



HAL
open science

Se lier au(x) sens : à la recherche des différents chemins de la sensorialité chez l'enfant TSA : entre ouverture et enfermement

Charlotte Ullmo

► To cite this version:

Charlotte Ullmo. Se lier au(x) sens : à la recherche des différents chemins de la sensorialité chez l'enfant TSA : entre ouverture et enfermement. Psychologie. Université Paris Cité, 2021. Français. NNT : 2021UNIP7388 . tel-04434525

HAL Id: tel-04434525

<https://theses.hal.science/tel-04434525>

Submitted on 2 Feb 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Université de Paris

Université de Paris

École Doctorale de Recherches en Psychanalyse
et Psychopathologie I ED 450

Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine et Société

Se lier au(x) sens

*À la recherche des différents chemins de la
sensorialité chez l'enfant TSA :
entre ouverture et enfermement*

Charlotte Ullmo

Sous la direction de

Professeure Mi-Kyung Yi
Professeur Bernard Golse

Jury

Madame Chantal Lheureux-Davidse, MCF HDR, Université de Paris

Présidente

Professeur Olivier Bonnot, Université de Nantes

Rapporteur

Professeur Denis Mellier, Université de Franche-Comté

Rapporteur

Madame Dominique Mazéas, MCF, Université Paris13

Examinatrice

Docteur Geneviève Haag

Invitée d'honneur

Professeur Didier Houzel, Université de Caen

Invité d'honneur

Thèse soutenue le 30 mars 2021

Remerciements

A ma directrice de thèse, la Professeure Mi-Kyung Yi, pour son soutien et sa bienveillance constante tout le long de mon parcours universitaire. Sa finesse de réflexion et son élégance de pensée m'ont beaucoup appris sur la clinique et la pédagogie. C'est à elle que je dois d'avoir compris l'importance de la recherche lorsque celle-ci s'inscrit dans une dynamique de sens. Le titre de ce travail lui est dédié, afin de la remercier de m'avoir rappelé d'écrire en faisant parler mes sens.

A mon directeur de thèse, le Professeur Bernard Golse, d'avoir été une telle source d'inspiration et de motivation. C'est à lui que je dois mon parcours de psychologue clinicienne et ma passion pour l'autisme. Je le remercie d'avoir toujours soutenu mon épanouissement et de m'avoir accompagnée pendant toutes ces années. Sa sensibilité m'a permis de percevoir la musicalité et le pouvoir narratif de la clinique de l'enfant.

A Madame Chantal Lheureux-Davidse, maître de conférences, présidente de mon jury de thèse. Je pense que tout a commencé lorsque j'assistais à ses cours en licence. Comprendre l'autisme comme une défense a été un enseignement majeur jusqu'à aujourd'hui.

Au Professeur Olivier Bonnot, de me faire l'honneur d'être membre du jury en tant que rapporteur.

Au Professeur Denis Mellier, pour ses remarques qu'il m'offre en qualité de rapporteur.

A Madame Dominique Mazéas, maître de conférences, d'avoir accepté d'être dans mon jury de thèse en tant qu'examinatrice.

Au Professeur Didier Houzel, pour ses travaux qui ont joué un rôle important dans ma formation et mon travail. C'est un véritable honneur de le compter parmi les membres du jury.

Au Docteur Geneviève Haag, pour son intérêt porté à mon travail. Je souhaite lui témoigner mon admiration pour le respect qu'elle porte aux enfants autistes dans ses récits et son approche.

Je remercie toute l'équipe du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Necker-Enfants Malades et en particulier mes collègues de l'Unité De Jour pour leur expertise et le plaisir partagé.

A Madame Bérangère Rousselot-Pailley, maître de conférences, de m'avoir appris à regarder, écouter et jouer avec un enfant autiste.

Au Docteur Franck Zigante, de m'avoir soutenue, formée et permis de comprendre la spécificité de la pédopsychiatrie.

I also want to thank Dr. Gershom Lazarus from Emory University for his help with statistics and for his friendship.

A la Professeure Danièle Brun, de m'avoir raconté la psychanalyse comme elle me raconte les histoires de famille.

A ma famille et mes proches pour leur soutien et leur présence inestimable.

Et enfin mais surtout, merci aux enfants et à leurs parents qui sont les sujets de ma recherche et m'ont accepté pour que l'on se fasse une place ensemble. Merci pour ce voyage multi-sensoriel. Les fenêtres relationnelles qu'ils m'ont ouvertes durant ce périple m'ont donné la possibilité de voir au-delà d'une norme, de croire en l'insensé et de prendre le temps de penser aux autres ; ces autres dont je n'oublierai jamais la souffrance et la force. Mes futurs projets s'inscrivent dans la continuité de ces rencontres.

(A propos des chants des oiseaux)

*Un langage dont le sens est peut-être purement émotionnel,
purement esthétique, "une musique qui pénètre
à l'intérieur du corps et s'empare de l'âme".*

J.C. Ameisen, 2014

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	1
Introduction.....	13
PARTIE 1 :THEO ET ALEXIS, LA CLINIQUE AU COMMENCEMENT.....	21
THÉO	24
ALEXIS.....	39
PARTIE 2 : AUTISME ET SENSORIALITÉ.....	53
I. Ce que l'on sait aujourd'hui sur l'autisme.....	56
1. Le début d'un grand périple : description princeps.....	56
2. Une évolution des critères diagnostiques?	59
3. Combien et pourquoi?.....	62
4. La théorie de l'esprit ou comment ne pas se comprendre	70
II. La sensorialité, entre dedans et dehors.....	73
1. Définition de la sensorialité.....	73
2. De quels sens parlons nous ?.....	77
3. Organisation de la sensorialité.....	80
PARTIE 3 : LES SENS AU FONDEMENT DES INTERACTIONS PRECOCES....	83
I. " Ouvre la bouche "	87
1. Le goût.....	87
2. La bouche au cœur de la motricité de l'enfant	90
3. L'alimentation.....	91
4. Sucrer son pouce	95
II. " Donne-moi la main "	97
1. Le toucher.....	98
2. La peau.....	99
3. Porter et être porté	102
III. " Ça sent bon "	103
1. L'odorat	103
2. " Se humer et se sentir "	104
3. " Il est où ton doudou ? "	105
IV. " Écoute-moi"	106
1. L'audition.....	106

2. La voix.....	107
3. La rythmicité.....	109
V. “ Regarde ”	110
1. La vision	110
2. Se regarder.....	112
3. Un fonctionnement en miroir	113
VI. “ Lève la tête ! ”	116
1. Le système vestibulaire: l'équilibre	116
2. La proprioception	117
3. Un 6 ^{ème} sens !.....	119
PARTIE 4 :UNE SENSORIALITÉ D'OUVERTURE.....	123
I. Sensorialité et genèse de l'appareil psychique	126
1. Notre part la plus ancienne?.....	126
2. Le traumatisme de la naissance : une continuité sensorielle discontinue	132
3. Pulsivité et sensorialité	135
4. La capacité de représentation	141
II. La sensorialité: entre être et avoir	145
1. Autosensualité : Je sens donc je suis ?.....	146
2. Autoérotisme : Je ressens donc je suis ?.....	148
3. L'affect médiateur et l'accès au monde intersubjectif.....	151
III. La sensorialité, plurielle mais une	154
1. Sensorialité et action: un corps en mouvement.....	156
2. Sensorialité et construction corporelle	162
3. Une synchronie sensorielle.....	168
4. Le schéma corporel et l'image du corps	173
5. “Dessine-moi un cercle”	178
PARTIE 5 : UNE SENSORIALITE D'ENFERMEMENT.....	181
I. Les troubles des interactions sociales	188
1. Un débordement sensoriel.....	190
2. Une séparation inélaborable	194
3. Une difficulté à se représenter son corps	198
4. Les troubles de l'imitation.....	199
5. L'isolement autistique : la carapace.....	201
II. Les troubles de la communication	204
1. Le rapport au langage.....	205

2. Les particularités du langage chez l'enfant autiste	207
3. Ne pas voir ce que l'on dit.....	211
III. Les comportements restreints et activités répétitives.....	213
1. La recherche d'un mouvement perpétuel	215
2. Le rapport aux objets.....	216
3. Désaccordage corporel et recherche rythmique	221
IV. Comment soigner ce corps insensé ?	225
1. La psychomotricité.....	225
2. L'orthophonie	227
3. La spécificité de la psychothérapie d'un enfant autiste.....	229
PARTIE 6 : THEO ET ALEXIS, PAREILS-PAS PAREILS.....	235
I. Méthodologie	238
1. La recherche	238
2. Le déroulement de la recherche	241
3. Population étudiée.....	243
4. Problématique et hypothèses	245
5. Les outils d'évaluation	246
6. Outils d'analyse statistique	263
II. Analyse des résultats.....	265
1. Description de notre population	265
2. Deux groupes distincts : Typique- Atypique	267
3. Description de nos deux groupes.....	268
III. Comparaison entre nos deux groupes	273
1. Comparaison des scores ADI R et CARS	275
2. Deux profils sensoriels différents	280
3. Étude des corrélations entre le domaine de la communication à l'ADI et le Profil Sensoriel de Dunn.	305
PARTIE 7 : TOURS, DÉTOURS ET RETOUR DES SENS.....	311
I. " La sensorialité, le liant du langage ? "	313
II. Débat nosographique : tous les mêmes ?	318
III. Limites de la recherche.....	330
IV. Un projet de recherche en devenir	333
CONCLUSION : LE BROUILLARD DES SENS	335
Bibliographie.....	345

Index.....	373
Annexes.....	377
Annexe 1: Critères diagnostiques du Trouble du Spectre de l'Autisme, DSM-5 et CIM10.....	379
Annexe 2 : Métareprésentation Théorie de l'esprit.....	385
Annexe 3 : Structure de l'oreille.....	385
Annexe 4 : Le stade sensori-moteur selon Piaget.....	386
Annexe 5 : Formulaire de consentement	387
Annexe 6 : Algorithme de l'adi.....	389
Annexe 7 : CARS	392
Annexe 8 : Profil sensoriel de dunn.....	396

Avant-propos

Ma mère avait une marque de sacs qui s'appelait "Synesthésie". Elle confectionnait des sacs en utilisant la technique "patchwork" qui consiste à rassembler des carrés de couleurs et matières différentes. Ainsi, elle s'efforçait de tisser minutieusement ces morceaux de tissus "hétérogènes et disparates"¹ pour obtenir un objet suffisamment contenant et solide et qu'un autre puisse y déposer sa personne : un sac.

Elle avait cette conviction que l'éveil des sens à travers le toucher de différentes textures permet une sensation apaisante et excitante en même temps. D'où le nom "Synesthésie".

Une définition "neutre" (Larousse) du mot serait la suivante : "expérience subjective dans laquelle des perceptions relevant d'une modalité sensorielle sont régulièrement accompagnées de sensations relevant d'une autre modalité, en l'absence de cette dernière". Une personne pourrait par exemple, associer un son à une couleur. Contrairement à l'anesthésie qui abruse et endort nos sens, la synesthésie les réveille et les croise. Elle voulait que cette sensation d'éveil puisse se retrouver dans un sac, ce "lieu" que l'on porte sur soi, qui nous appartient et dont la perte bouscule tout un chacun.

¹ Définition Larousse du mot "patchwork": quelconque forme d'éléments hétérogènes, disparates

Quand commence la vie ? *What a question* ! Certains diront qu'elle commence dans le désir d'avoir un enfant, d'autres qu'elle commence durant le coït sexuel, d'autres encore penseront qu'elle commence in-utéro et certains pourront aussi croire qu'elle commence à la naissance. La diversité des réponses est immense puisque chacun se fait sa propre théorie. Le point de convergence serait cependant la sensorialité. En effet, on part du constat et du principe que les sens sont à l'origine du développement de l'individu. La sensorialité engagée dans la pensée, dans les désirs, dans le corps à corps : tout part des sens.

La mère donne naissance à l'enfant. Celui-ci, équipé sensoriellement à minima, entre en contact avec l'environnement à travers la continuation de ses sensations corporelles et la réception de celles-ci par ses parents. Le paradoxe est que cette rencontre avec le milieu extérieur n'est possible qu'à travers un éveil sensoriel et de façon réciproque : l'éveil sensoriel est le résultat de cette rencontre avec l'environnement. Les sens qui petit à petit prennent forme vont se lier entre eux en même temps que l'on s'attache à l'autre. Ainsi, au fur et à mesure de l'expérience, de la répétition et du partage de ses sensations, le bébé va progressivement apprendre à les tisser entre elles. Tel un véritable travail de " patchwork ", il faut pouvoir (r)assembler différentes sensations et objets pour pouvoir créer un tout. Construire une unité, une enveloppe dans laquelle déposer notre expérience. La synesthésie devient alors un moyen et l'expression même de l'émergence de la pensée. Cette magnifique synesthésie² écrite par J.P. Sartre dans *L'Être et le Néant* (1943) illustrera peut être mon propos : " Si je mange un gâteau rose, le goût est en rose, le léger parfum sucré et l'onctuosité de la crème au beurre sont le rose. Ainsi je mange rose comme je vois sucré ". Le bébé, porté dans les bras, tête le sein ; il va

² En philosophie, une synesthésie est une métaphore s'appuyant sur la correspondance de plusieurs perceptions sensorielles simultanées.

progressivement goûter l'amour maternel et aimer le lait. Pouvoir utiliser ses sens simultanément et les "connecter" entre eux n'est possible que grâce à l'apport et la sollicitation de son milieu extérieur. Il faut que les sens du nouveau-né soient apprivoisés par l'environnement pour qu'ils puissent ensuite s'accorder à lui. L'affect déclencheur et resurgissant de la relation donne ainsi lieu à une collectivité accueillante qui va alors déterminer une certaine organisation sensorielle. Les sensations corporelles éprouvées lors d'expériences vécues avec autrui peuvent ainsi devenir le représentant de l'affect qui y est sous-jacent. Le tissage sensoriel de chacun s'imprègne alors d'images (traces de l'expérience avec le monde) et donc, il est possible de voir ce que l'on goûte, tout comme on peut goûter ce que l'on voit si l'on retrouve la "sensation-représentation". Un "tissage sensoriel" ne peut se faire qu'avec autrui ; c'est bien la rencontre entre deux corps, deux systèmes sensoriels, qui marque le commencement de l'existence. Une sensorialité en miroir nous permet de nous imprégner des autres tout en déposant une part de soi sur notre chemin. La rencontre des sens de l'un avec les sens de l'autre donne alors du sens aux sens. Telle est la magie de la sensorialité.

Cependant, il arrive parfois que des sens paraissent "insensés". L'observation de l'enfant autiste nous confronte souvent à une sensorialité semblant inaccessible et manquant de liens. On peut réussir à s'identifier à ce qu'on imagine de leur vécu corporel mais on ne sait à quoi le rattacher (à l'image peut être de ce que vit l'enfant autiste). Les difficultés sensorielles éprouvées et exprimées par l'enfant autiste témoignent d'une difficulté à utiliser ses sens entre eux et donc à comprendre le monde qui l'entoure. Comme si l'enfant autiste était perdu, voire enfoui, dans ses morceaux de tissus de patchwork et qu'ils étaient ou bien collés entre eux ou trop éloignés. N'arrivant pas à faire aboutir à ce travail de tissage, l'enfant autiste souffre de ce qu'il ne réussit pas à mettre en place. L'image du corps est alors aussi fragile que la confection couturière qui ne peut prendre une forme de contenance. La sensorialité de l'enfant autiste parle

et enferme en même temps, le “ sens ” devient alors invisible. Le besoin de se ressourcer de sensations corporelles est constant, l'enfant autiste s'accroche à sa sensorialité et ayant du mal à se l'approprier, il la recherche.

Ainsi, en fabriquant ses sacs aux textures et couleurs variées, peut-être que ma mère, sans le savoir non plus, me montrait la place centrale de la sensorialité dans le développement de l'enfant et dans la clinique.

Introduction

La perception sensorielle peut être considérée comme la fonction physiologique la plus aisée et la plus universelle nous mettant en lien avec le monde extérieur. Elle est en effet présente dès le début de la vie in-utéro. Avant même que le nouveau-né ne puisse partir à l'exploration du monde qui l'entoure, il est en relation avec l'environnement et avec lui-même par la sensation. Ainsi, la sensorialité se pose comme un des piliers de toute construction identitaire. Qu'en est-il de la sensorialité de l'enfant autiste ?

Dès 1911, le psychiatre E. Bleuler, à qui il revient d'avoir parlé d'autisme pour la première fois, donne à la pensée autistique une logique sensorielle-cognitive. Le monde des enfants autistes serait un " monde essentiellement sensoriel apparemment insensible ". En 1944, Léo Kanner, psychiatre américain, renouvelle le concept d'autisme sous le terme d'autisme infantile précoce. Il décrit une incapacité du petit enfant à établir des contacts affectifs et relationnels avec son environnement, dès le début de sa vie. Winnicott (1972) fera souvent référence à " l'autosensualité " des enfants autistes qui ont du mal à " connecter " de façon spontanée et continue un vécu interne à une sensation du corps.

Ainsi, l'autisme est une maladie bien mystérieuse qui entrave le sujet dans son développement global et l'empêche d'interagir dans le monde comme on pourrait l'attendre. L'enfant autiste a du mal à comprendre ce que l'on

attend de lui ; il peine encore à se représenter son corps comme distinct de celui d'autrui et n'a de cesse d'avoir recours à son vécu corporel tant pour exprimer sa détresse que pour partager son ressenti.

La sensorialité de l'enfant autiste est très particulière et similaire à celle du nourrisson. Entravé dans son processus de subjectivation et d'individuation, l'enfant autiste se construit pour éviter au maximum les sensations déplaisantes, souvent ravageantes, car inexprimables en mots. L'enfant autiste donne ainsi à voir un corps insensé, reflet du manque de sens de ce qu'il fait. Tel est le constat douloureux de la clinique de ces enfants: enfermement et ouverture sont souvent confondus.

Se pose alors la question de la lecture sensorielle, supposée instinctive, innée, lorsque celle-ci est brouillée par des mécanismes psychiques enfermant l'individu.

Le rapport au corps et la sensorialité d'un enfant autiste interpellent le thérapeute qui s'y trouve confronté. Poser un regard sur ce "corps insensé" ouvre sur un vaste champ épistémologique duquel émergent des questions nosographiques, cliniques et thérapeutiques. S'intéresser au rôle de la sensorialité de l'enfant dans son développement nous mène inéluctablement à la question des prémices de la communication et de l'indiscutable intrication entre soi et autrui. Ce n'est qu'après avoir compris qu'il existe un lien entre sensorialité, interaction et communication que nous le recherchons chez les enfants autistes. Ainsi, nous imaginons qu'il existe une corrélation entre sensorialité et communication qui nous pousse à postuler que la sensorialité pourrait être un prisme de lecture qui affine le diagnostic.

Nous nous sommes intéressés aux profils sensoriels de deux enfants, Théo et Alexis, pour constater qu'ils étaient similaires pour certains domaines mais très différents pour d'autres. Nous avons alors voulu voir plus large en prenant en compte leur accès à la communication. En effet, ce domaine est devenu aujourd'hui une enseigne nosographique pour les Troubles du Spectre Autistique. En s'intéressant à leurs ressemblances et leur divergence, nous avons voulu faire de la sensorialité un chemin d'éclairage. On se propose alors de mieux comprendre les différentes formes d'autisme en s'intéressant davantage aux profils sensoriels d'enfants porteurs d'un TSA.

Cette thèse débute ainsi par une présentation de deux enfants, dont les destins développementaux ont emprunté deux voies distinctes qui aboutissent à un diagnostic similaire de Trouble du Spectre Autistique malgré leurs différences majeures. **Les deux cas cliniques d'Alexis et Théo** apparaîtront au fil de notre travail comme un éclairage et un reflet paradigmatique de la différence significative entre les deux groupes qui étayent cette étude et qui sont nommés conformément à leurs initiales : Théo pour le groupe Typique, Alexis pour le groupe Atypique. Le constat de ce qui les unit nous mènera inévitablement à ce qui les différencie.

Nous sommes donc dans un deuxième temps, partis de ce **concept de sensorialité et de son déroutant vécu chez les enfants souffrant d'autisme**. Notre objectif a été de comprendre le rôle de cette sensorialité inélaborable soit dans le renforcement de la barrière autistique pour certains enfants ou dans l'ouverture vers une voie atypique de développement pour d'autres. Cette perspective nous a permis une réflexion nosographique questionnant le diagnostic même de Trouble du Spectre Autistique. La sensorialité exacerbée de ces enfants devenait alors un prisme de lecture commun en même temps qu'elle s'avère être le point de divergence de leur construction psychique.

Nous nous interrogeons dans un troisième temps sur le **rôle des sens au fondement des interactions précoces** en nous centrant sur la théorie développementale de la sensorialité chez le bébé qui va bien et qui peut utiliser son bagage sensoriel dans des interactions primaires, fondement de sa construction identitaire. Nous y découvrons alors un rôle d'ouverture et comprenons progressivement que la sensorialité serait en quelque sorte, le maillon par lequel se tissent corps et psyché.

Nous poursuivons dans une quatrième partie une réflexion sur le **rôle d'ouverture de la sensorialité dans le développement de l'enfant** afin de caractériser une dichotomie entre sensorialité d'ouverture et sensorialité d'enfermement, dans une logique de continuum clinique entre normal et pathologique.

Nous proposons dans une cinquième partie, **l'autisme comme une sensorialité d'enfermement** et nous développons longuement l'écueil développemental dans lequel se trouvent les enfants pour qui cette ouverture ne peut s'opérer, laissant place à un trépied de symptômes qui constituent les TSA. C'est à travers les notions d'entrave et de repli que nous décidons d'aborder la clinique de l'autisme et le rôle qu'y joue la sensorialité. Dans cette même étape de réflexion et de "recul", nous pensons également une approche thérapeutique sensorielle, faisant de la sensorialité l'objet menant à la découverte de l'objet.

La sixième partie met en perspective **les résultats de la recherche** conduite avec les enfants et familles de l'Unité De Jour de l'Hôpital Necker-Enfants Malades. À partir des similitudes et des différences entre Théo et Alexis, nous exposons comment l'ensemble de ces considérations nous a mené à élaborer un protocole de recherche pour tester les hypothèses

découlant de cette problématique. Nous détaillons le recueil et l'analyse de nos données.

Nous ouvrons enfin une discussion en septième partie sur **les limites et ouvertures de cette approche** pour l'enfant autiste. Nous confrontons les résultats obtenus aux données de la littérature dans une réflexion épistémologique et nosographique. En tissant sensorialité et communication, nous tentons de retrouver le sens des sens pour les faire parler.

PARTIE 1 :

**THEO ET ALEXIS,
LA CLINIQUE
AU COMMENCEMENT**

Cette recherche débute par la rencontre avec deux garçons interpellants: Théo et Alexis.

Ces deux garçons ont franchi la porte de l'Unité De Jour de l'Hôpital Necker-Enfants Malades en 2018 et 2019, accompagnés de leurs parents qui se posaient des questions quant à leur développement.

Deux garçons entravés dans leur fonctionnement.

Deux garçons mis à mal par leur corps.

Deux garçons pris dans une sensibilité relationnelle débordante.

Afin de poursuivre la lecture aisément, nous poussons le lecteur à s'autoriser d'imaginer que la sensorialité puisse parler...

THÉO

A l'arrivée

Théo hurle devant la porte de l'Unité De Jour, il semble ne pas vouloir rentrer, ne pas vouloir rester sur le trottoir et ne peut rien montrer de ce qu'il souhaite. Ses parents démunis le tiennent par le bras; Théo ne semble pas être conscient de ce qui l'entoure et pourrait s'échapper sur le boulevard en un instant.

Une fois dans la salle d'attente, Théo parvient à se calmer en restant adossé aux jambes de son père. A mon arrivée, Théo a les yeux fixés sur ses chaussures et reste ainsi pendant que je me présente à ses parents. Il nous suit, malgré une petite réticence de départ et entre, tiré avec douceur par son père dans mon bureau. Une fois ses parents assis, il se positionne sur les genoux du père et triture de manière incessante le bout de sa fermeture éclair.

Les parents se posent des questions sur le développement de leur fils, Madame me dit "je vois bien qu'il y a quelque chose qui ne va pas!" .

Au bout de quelques minutes d'entretien, Théo glisse un regard furtif en ma direction, le seul de ce premier entretien. Il s'entoure d'une litanie enveloppante dont l'intensité est fluctuante pendant tout l'échange avec ses parents.

Ce que les parents racontent

Théo est un petit garçon de 5 ans 1 mois, fils unique. Les parents racontent que c'est un bébé qui a été très attendu (9 mois pour tomber enceinte, 9 mois pour le rencontrer). La grossesse s'est déroulée sans encombre, si ce n'est des nausées importantes pour Madame jusqu'à la fin du

deuxième trimestre. Par ailleurs, Madame peut dire que les mouvements de Théo dans son ventre, lui procuraient une impression étrange, “comme si il y avait un alien dans mon ventre”. L’accouchement a été très long mais sans difficulté notable. Théo était un beau bébé de 3kg 900gr qui a crié d’emblée. Les parents décrivent Théo, dans les premiers temps, comme assez “simple”. C’était un bébé calme, qui dormait beaucoup. Seule l’alimentation au sein est difficile à mettre en place, avec une prise de poids un peu lente qui inquiète sa maman et la pousse à proposer des compléments “pour être sûre qu’il ait assez”. Très vite, Théo “refuse” le sein et il passe au lait maternisé de manière exclusive, Madame vivra cet arrêt “à cause du biberon” comme décevant se voyant l’allaiter davantage. La diversification alimentaire est par la suite compliquée, Théo refuse toutes les textures “non lisses” et semble s’étouffer aux moindres petits morceaux; comportements qui perdurent encore aujourd’hui. Actuellement, Théo mange des purées moulinées, des yaourts sans morceaux et des “Danettes vanille” exclusivement. Il peut, depuis peu, suçoter des bouts de pains, les désagrégeant complètement et recrachant les morceaux, ce que Madame trouve sale.

Madame dit que Théo n’était pas toujours facile à comprendre, il pouvait beaucoup dormir, se réveiller pourtant comme s’il était nerveux, fatigué et alors se mettre en colère en “faisant le bâton”, c’est à dire, en se raidissant corporellement. Aujourd’hui encore, Théo peut se mettre dans des colères noires face à la frustration essentiellement, il oscille alors dans son tonus avec une hyper-raideur ou une forme de mollesse le rendant incontenable, il “coule de partout”. Cela déstabilise beaucoup ses parents qui se sentent jugés quand cela arrive dans les lieux publics par exemple.

Madame a pris un congé parental et a gardé Théo jusqu’à l’entrée en petite section de maternelle. Durant ces 3 années, elle observe que son enfant aime se concentrer sur les jeux musicaux qu’il peut relancer inlassablement. De même “il est passionné” par les télécommandes qu’il dérobe et qu’il peut manipuler pendant des heures. Au parc, elle note vite qu’il est un peu “pataud” par rapport aux autres enfants, il préfère jouer seul même

s'il ne semble pas être dérangé par la présence d'enfants autour de lui. Théo mange le sable frénétiquement dans le parc à côté de chez eux, ce qui a contraint Madame, par la force des choses, à aller dans un parc un peu plus éloigné de chez eux. Théo adore prendre le bus et jusqu'à il y a un an, ces sorties étaient toujours agréables. Aujourd'hui, Théo refuse de descendre du bus, pouvant faire des colères si fortes que maintenant, Madame hésite à continuer ces sorties.

Aux alentours de 18 mois, les parents commencent à s'inquiéter auprès de leur pédiatre devant la non acquisition de la marche de Théo contrastant avec des mouvements très toniques par ailleurs. Celui-ci les rassure et leur dit de ne pas s'inquiéter, "chaque enfant a son rythme". Théo parviendra à marcher de manière autonome à 21 mois. De même pour le langage, Théo est un enfant assez silencieux jusqu'à ses 2 ans et demi, ses parents disent avoir entendu quelquefois des mots en répétition, mais sans que cela ne s'insère dans un stock lexical stable et sans qu'il n'y ait une continuité dans son utilisation. Il a pu dire quelques fois "maman" à bon escient, ce que Madame relate avec beaucoup d'émotions.

Au cours du deuxième trimestre de petite section de maternelle, la maîtresse demande à voir les parents de Théo. Elle leur exprime le fait qu'elle a l'impression d'être démunie face à leur garçon qui semble ne pas investir l'école, ni dans les apprentissages, ni dans la socialisation. De plus, les colères nombreuses de Théo et son incapacité à verbaliser les choses l'inquiètent. Devant ce retour, le pédiatre oriente Théo vers un psychomotricien de ville qui suivra Théo pendant 4 mois. Une prise en charge orthophonique a été également préconisée par le médecin mais les parents disent n'avoir trouvé aucune place dans leur secteur. Madame a fait des démarches pour "compenser le manque d'orthophonie" en consultant un kinésithérapeute qui lui aurait dit que la difficulté principale de Théo était "mécanique" car il "respirait à l'envers". Au début de la grande section, l'enseignante de Théo alarme davantage les parents leur

disant que “Théo ne comprend rien et n’a rien appris depuis l’année dernière!” Madame, affolée, prend rendez-vous chez un pédopsychiatre de ville qui l’oriente dès la première rencontre vers le service de pédopsychiatrie de l’Hôpital Necker-Enfants Malades.

Le premier jour

Théo arrive accompagné de sa maman, il porte à la main son doudou, un long tissu usé gris appelé “ninnin”. Ils sont venus en taxi pour éviter “la crise du bus”. Le temps des formalités, Théo reste collé aux jambes de sa mère. Il peut s’en extirper pour aller directement dans le coin de la piscine à balles.

Théo ne marque pas la séparation. Pour Madame, l’émotion est plus intense, elle l’embrasse et lui souhaite une bonne journée, lui rappelle qu’il la retrouve le soir. Elle a besoin de toute la réassurance de l’équipe pour quitter l’Unité et restera de longues minutes devant la porte à regarder par le hublot, jusqu’à l’arrivée du pédopsychiatre qui l’accompagnera vers la sortie.

Théo est d’emblée plongé dans l’ambiance de l’Unité, une petite fille hurlant extrêmement fort à ses côtés. Il paraît indifférent et joue avec une balle de la piscine ne montrant rien de son état interne. Une mèche lui cache la moitié du visage, ce qui amplifie l’effet d’indifférence au monde extérieur. A mon approche, Théo se détourne et se met à chantonner de manière rauque comme il l’avait fait lors de notre première rencontre, un chant qui le protège en le séparant de l’autre. Plus je m’approche, plus le volume de sa litanie augmente. Il se détourne légèrement et continue de manipuler sa balle rouge. Je m’installe à ses côtés, pas de face, et je me présente à lui. Lui rappelant que nous nous sommes déjà vus et que ses parents nous accordent leur confiance pour que nous puissions le rencontrer. La balle échappe des mains de Théo et roule un peu plus loin, il ne bouge pas et laisse ses mains semi ouvertes. Je lui propose une autre

balle de couleur différente qu'il va laisser aussitôt glisser de la même façon. Je lui en propose une autre rouge et lui signifie qu'elle est comme la première. Il la saisit mollement et se dégage un peu de notre espace commun tout en se repositionnant à une distance certainement plus supportable pour lui. Je ne bouge pas plus et attends quelques minutes. Lorsque je me relève, nos regards s'entrecroisent quelques secondes. J'ai rencontré Théo.

Exploration de l'Unité De Jour

Théo répond à minima lorsqu'on s'adresse à lui. Il explore son environnement petit à petit. Très vite, il jette son dévolu sur les voitures et le circuit de train qu'il investit exclusivement durant toute la journée se montrant alors d'une gestualité fébrile. Théo manipule beaucoup les objets qu'il explore tout d'abord par les sens. A la recherche de stimulations sensorielles quasi permanentes, Théo passe sur sa joue les Duplo³, son regard au travers des rails du train, amplifiant l'effet hypnotisant en les mettant dans le contre-jour des spots du plafond de l'Unité. Théo regarde également les roues du train, surtout celles de la locomotive qui fonctionnent en synergie avec une barre, il y passe beaucoup de temps, puis la pose, regarde les roues d'autres wagons et revient à elle. Il ne peut pas se saisir de la proposition de l'adulte pour intégrer un jeu partagé. Cependant, on observe des esquisses de représentations mentales communes: le train roule, il construit une sorte de pont en Duplo. Ces prémices de jeux sont entrecoupées de retour au sensoriel. D'autant plus lorsque l'adulte le sollicite plus intensément. Alors, il se détourne de cette activité, et peut se montrer désespéré. Attiré par le train et inquiet du "à côté", il peut s'effondrer et sa litanie se transforme en cris, proches de râles douloureux. De même, toute transition semble être douloureuse; Théo est mis à mal

³ Les Duplo sont des jouets pour les enfants âgés entre 1 et 5 ans, ce sont des briques en plastique plus grosses et maniables que les Lego.

lors des changements et manifeste alors une opposition qui entraîne une désorganisation le coupant davantage de la relation.

Lors du premier repas, Théo ne mange rien et ne parvient pas à rester à table. Il glisse au sol, comme sa mère pouvait le décrire, dans une hypotonie saisissante et geint. Il acceptera une compote à boire à la fin du repas.

Les jours qui suivent

Théo réussit progressivement à prendre des repères au sein de l'Unité et se présente sous différents jours. Il montre un fort besoin de " rituels " pour que les transitions puissent avoir lieu. Effectivement, de manière générale, Théo est vite pris dans des activités répétitives dont le changement entraîne un débordement émotionnel majeur.

Théo a du mal à accepter les sollicitations venant de l'adulte et peine à répondre à une situation de demande. Il cherche peu, voire pas, le contact et son intérêt pour l'environnement extérieur, tant envers les autres enfants que les jeux de l'Unité demeure très restreint. Une indifférence qui semble être dérangée parfois par l'afflux de stimulation. Ainsi, il est poussé à s'isoler, sans objet à manipuler de façon contextualisée. Théo se montre alors dans une manipulation et une autostimulation corporelle importante. Il fait des sauts, marche sur la pointe des pieds, se colle aux différentes parois, recherche différentes sensations vestibulaires avec une augmentation de cris.

On est saisi face à la fluctuation de ce qu'il semble vivre comme un baromètre de l'ambiance de l'Unité. Effectivement, pendant la sieste des plus petits, le néo-langage de Théo est plus doux et l'on perçoit plus de rires, qui bien que immotivés semblent montrer un vécu interne plus calme. A d'autres moments, notamment lors des repas, Théo est extrêmement agité, son enveloppe sonore s'intensifie; il va alors agiter ses bras sur le côté, porter ses doigts à la bouche et se balancer sur lui-même. Plus qu'un

baromètre, il s'agit d'une illustration même d'un couple opposé: sommeil et repas comme le sont repli régressif et ouverture introjective.

Lors de la seconde semaine d'observation, Théo semble plus acclimaté. Les transitions sont plus douces à condition qu'elles soient préparées. Théo peut par exemple comprendre qu'on va passer à table si on lui montre expressément les couverts que l'on pose sur la table. Cependant, un matin, qui selon le père, avait déjà été un peu plus agité qu'à l'accoutumée, une grosse crise éclate au moment de déposer son sac à dos sur le porte manteau. Crise classique, Théo crie, pleure, se tape le front avec la paume de sa main et se tape la tête sur le carrelage au sol. Puis, il reste allongé par terre, son père dans l'incompréhension et navré de laisser son fils dans cet état finit par partir. Théo continue de s'agiter sur le dos tournant sur lui-même, mordant son pouce. L'éducatrice de l'Unité De Jour s'assied à distance de lui et cherche à le contenir, provoquant davantage de colère. A mon tour, je m'assoie, en face d'eux et nous entamons une petite comptine de routine. Théo ne semble pas accessible, il crie tout autant mais s'agite moins. L'éducatrice détache le sac à dos et le place à côté de lui. Je lui rappelle que c'est son sac à lui mais que ce n'est pas lui et que son dos est entier. Théo se retourne sur son flanc collant son dos au mur et l'éducatrice va alors glisser sa main entre les deux et le caresse doucement, marquant dans le concret la réalité de mes propos. Peu à peu, Théo se calme dans cette position laissant place à son chant litannique habituel. Je sors et laisse l'éducatrice l'accompagner dans l'Unité; ce sera le seul jour où Théo aura eu besoin de faire la sieste.

Le temps de l'évaluation

Lorsque je vais chercher Théo pour l'amener dans la salle d'évaluation, il s'agite et manifeste une réticence corporelle dès lors que je m'approche de lui. Il ne répond pas à l'appel de son prénom mais manifeste une cer-

taine opposition en se retournant complètement afin que je ne sois plus dans son champ de vision.

La situation de bilan est compliquée pour Théo qui peine à comprendre ce que je lui demande. Il est rapidement mis à mal et réagit par une forte opposition, passant par une désorganisation telle que je l'avais vu pour le sac à dos.

Théo crie, s'agite et va se déshabiller, jetant ses affaires autour de lui, il détache sa couche une première fois le temps que je ramasse son pull. Le corps de Théo devient son support de désorganisation et d'apaisement en même temps. Tel est l'enfermement qu'il vit malgré lui. Il n'a que son vécu corporel pour ressentir, communiquer, en somme, pour exister. Il n'a alors eu d'autre moyen que d'enlever ses " couches vestimentaires ", témoignant d'une enveloppe corporelle fragile. Le retour à " la peau nue " vient ainsi me montrer ce besoin de ressentir son corps dans son état le plus primaire à l'instar de "l'affaire du sac à dos".

Une fois la situation de bilan installée, à travers un matériel de jeu ne nécessitant que peu les consignes directes, Théo peut montrer quelques-unes de ses compétences. Cependant, Théo porte davantage intérêt à l'objet qu'à l'action et encore moins au lien avec moi. A l'aide d'un jeu de bulles de savon, j'observe les prémisses d'une attention conjointe. Les bulles provoquent tout d'abord une grande agitation passant par une décharge motrice. Ses stéréotypies apparaissent alors de façon plus marquée, créant une enveloppe corporelle le coupant de la relation et confondant l'environnement. A la fin de la séquence, Théo va utiliser ma main pour m'inciter à recommencer le geste qui lui procure de la joie. Je ferme le tube fermement et le place sur la table. Théo s'en saisit, le manipule, cherche à l'ouvrir sans y parvenir et va ensuite le jeter par terre. Les mouvements d'opposition que montrent parfois les enfants autistes sont toujours, paradoxalement, un bon signe pour le psychologue clinicien qui les observe. En effet, ces comportements signifient qu'une certaine place

est donnée à l'autre, malgré le fait que ce soit pour la réfuter. Par la suite, je l'aide à le remettre sur le bureau et lui demande s'il veut quelque chose. Théo s'agite et crie plus fortement. Je parviens à accrocher son regard et verbalise pour lui: "encore des bulles?" et j'en refais. Il s'agite de manière stéréotypée jusqu'à leur nouvelle disparition et je replace les bulles sur le bureau. Théo se remet à pousser les cris, mais cette fois-ci, dans son agitation, il va chercher à se contenir et parvient à initier un regard de bonne qualité, me montrant ainsi l'intégration sociale de cette séquence.

Tout au long de l'évaluation psychologique, le vécu corporel de Théo m'apparaît comme une frontière située au centre d'un monde interne extrêmement vaste sans empreinte possible et d'une zone multi sensorielle dangereuse. Je suis dans l'obligation d'endosser le rôle de "thermostat", régulant les interactions de trop froides à trop chaudes. C'est à dire, soit lorsque Théo est psychiquement trop loin et peut être trop enfermé, soit son excitation est trop débordante et son corps trop près, me forçant à adopter alors cette fonction pare-excitante.

Durant la passation, je lui présente des cubes texturés, faisant appel à la découverte sensorielle. D'emblée, il les refuse et se détourne. Là où je vois du sensoriel, lui ne se le représente pas, (Ironie! aux vues des nombreuses fois où il me démontrera l'inverse au cours de cette période). Mon rôle d'intermédiaire est alors primordial, je prends sa main pour la mener vers un de ces cubes dans un mouvement lent, en accord avec sa modalité perceptive, afin qu'il puisse vivre le mouvement et non le subir. L'éveil sensoriel sous-jacent à l'objet permet à Théo de partager un vécu commun qui se solde par la possibilité d'un regard ainsi que par une ouverture de son torse, signant alors un éprouvé sensoriel permettant d'investir nos visages. Ce mouvement de "prendre sa main" pour l'amener vers un objet ressemble fortement au sien lorsqu'il "utilise la mienne" pour l'amener vers les bulles par exemple. Cependant, m'apparaît une différence fondamentale: de mon côté, le partage d'un vécu, du sien, l'utilisation de ma corporalité au service de son vécu.

Au moment de quitter mon bureau, Théo se fige dans une hypertonicité qui m'empêche de le guider, il bloque ses articulations et se bouche les oreilles, comme pour fuir tout mouvement extérieur. Cette transition comme toutes les autres, est difficile et est vécue comme une forme d'arrachement. Théo se raidit corporellement; le fameux "bâton" évoqué par ses parents. Pour pallier son manque de contenance et faire face à ses angoisses corporelles provoquées par une transition de lieux, Théo me montre qu'il a développé cette "méthode auto-défensive" qui passe par cette raideur musculaire pour faire tenir et contenir l'ensemble des articulations et par une activation de son corps pour empêcher ces sensations insupportables. Je vais alors utiliser les bulles, qu'il a tant appréciées auparavant, et le guider, grâce à elles, de mon bureau jusqu'à la grande salle de l'Unité. Ainsi, je l'aide à changer de canal sensoriel et transforme son vécu, de désagréable à agréable.

Ce que les parents peuvent dire du vécu sensoriel

"Ça se passe bien ?" me demande la mère de Théo pendant l'entretien de mi-séjour. J'évoque rapidement ses "mises à nue"(prenant conscience de la pureté de ce double sens) que l'on avait également repérées au sein de l'Unité. Ainsi j'explique à cette maman que certainement Théo a été pris d'angoisse dans cette situation d'évaluation et dans un espace soudainement délimité (représenté par une porte qui se ferme). Ce comportement représente sûrement la désorganisation interne qu'il peut alors vivre. De plus, le fait de se retrouver dans une situation de demande sans pour autant comprendre la demande a été une source d'angoisse importante pour lui. Cette façon de réagir qu'a Théo en se déshabillant fait également écho, en elle, à la technique d'apaisement, qu'elle et son mari, lui procuraient quand il était petit, en l'enveloppant d'une couverture dans les "moments de crise". Par ailleurs, au cours de l'entretien, Madame m'explique que le peau à peau instauré dès la maternité, fonctionne en-

core aujourd'hui. En effet, pour apaiser les crises les plus violentes de Théo, elle se retrouve à le câliner de cette façon très régressive encore à son âge car selon elle, cette méthode est imparable en dernier recours.

A mon évocation de moments plus calmes pour Théo pendant la journée, Madame rebondit instinctivement et me demande "à quel moment cela arrive?". Je lui évoque alors les moments du bain thérapeutique. En effet, Théo s'est montré particulièrement apaisé lorsqu'il a pu bénéficier, avec l'éducatrice, de ce moment dans l'eau. La mère semble surprise car à la maison il déteste les douches et surtout avoir de l'eau sur la tête; lui laver les cheveux est très compliqué. L'enveloppe aquatique et thermique devient pour Théo support de canalisation, comme si le bain constant de chaleur et mouvement (de l'eau) lui permettait alors de rassembler son vécu corporel et donc de pouvoir y accéder par une certaine représentation (celle du bain notamment). Ainsi, on a observé que Théo pouvait souvent prendre la main de l'adulte et l'amener jusqu'à la salle de bain, signifiant alors une demande. Il montre alors qu'il a repéré dans l'espace, le lieu où il se sent le mieux. Lorsque Théo est dans l'eau, la qualité du contact visuel s'améliore, il est moins recroquevillé sur lui-même et montre des postures corporelles plus ouvertes (épaules dégagées). En effet, la sensation de pesanteur est similaire à celle éprouvée par le fœtus dans le liquide amniotique de la mère. Cette sensation de "légèreté" vient alors modifier notre capacité à percevoir l'espace et la place que l'on y a. L'environnement semble alors à portée de main de par un vécu enveloppant et embaumant le corps. Dans l'eau tiède, Théo peut alors relâcher ses articulations et se montre moins hyper-vigilant et tendu. Il fait bouger ses mains et cherche alors à partager ses découvertes (qu'on pourrait également appeler des "retrouvailles corporelles") en sollicitant l'adulte par le regard. On voit à quel point il est important pour Théo de l'accompagner dans la recherche de sensations premières afin d'y insérer l'autre. La sensation corporelle engagée dans le bain n'est donc pas la même que celle qui peut se produire dans une douche. Dans la douche, l'eau vient se

déposer sur la peau tandis que dans le bain, c'est la peau qui vient se mêler à l'eau. On peut donc imaginer en effet, que Théo ne supporte pas la douche où l'eau serait alors un objet extérieur effractant car il ne peut se représenter d'où elle provient. A l'inverse, le bain est un objet dans lequel il s'insère, telle une "baignoire-enveloppe"...

Madame évoque, en échos, les difficultés de Théo dans la voiture ou dans le bus où il oscille entre excitation très forte et un débordement émotionnel caractérisés par des balancements, un chant incessant et des cris qu'elle envisage comme étant le témoin de cette excitation plutôt satisfaisante mais également des grosses colères à la fin du trajet. Elle ne comprend pas qu'il ne puisse pas s'arrêter, elle trouve qu'il exagère et essaye de lui inculquer que "toute bonne chose a une fin". Elle ne parvient pas à comprendre le vécu discontinu de son fils, c'est à dire un vécu dont la rupture annule le vécu précédent.

Ce que Théo peut générer dans la sensorialité de ses parents

Lors d'un entretien semi-dirigé avec les parents de Théo, je m'intéresse à leur vécu sensoriel d'adultes et à ce qui s'y mêle lorsqu'ils sont confrontés à la corporalité douloureuse de leur enfant.

"J'ai mal aux dents de l'entendre grincer toute la journée" s'exclame la mère. En effet, les bruxismes de Théo peuvent devenir une source de crispation corporelle pour cette mère qui ne sait comment apaiser son fils. Elle décrit une même sensation d'enfermement en miroir à celle que vit Théo. Tel serait ainsi leur paradoxe, les deux se retrouvent là où ils ne peuvent s'accorder. En me racontant son ressenti corporel, je réalise à quel point la douleur de l'enfant autiste ne peut se dire que lorsque celui qui l'observe peut l'éprouver en miroir. Cette dynamique réflexive exclusive se dessine alors comme le rond que Théo peine à fermer.

Le père, quant à lui, peut dire s'identifier au vécu corporel de son enfant. Il se sent lui aussi très gêné par les bruits extérieurs et dit avoir besoin de s'isoler lors de ces moments vécus comme des débordements sensoriels également. Ainsi, Monsieur n'aime que la musique sans paroles: "s'il y a des mots alors je n'entends plus la musique". On retrouve dans cet exemple les difficultés de synchronie sensorielle qui peuvent exister chez tout sujet ordinaire. En effet, se concentrer sur les paroles, c'est-à-dire sur la symbolique du langage, mobilise chez ce père toutes ses entrées sensorielles, à tel point qu'il ne peut plus entendre la musique. Un peu comme si les images venaient alors se poser sur les sons.

Monsieur raconte également qu'il a un certain attrait pour les jeux vidéos qu'il retrouve chez Théo dans cette façon "d'être captivé par l'écran". Il se reconnaît dans le "côté solitaire" de son enfant et se souvient que ses parents lui racontait qu'il pouvait passer des heures à regarder les feuilles des arbres bouger lorsqu'il faisait ses devoirs étant enfant. Cependant, le père dit avoir été tétanisé lorsque Théo était bébé et qu'il se cognait la tête pour s'endormir. Face à la recherche de mouvement (et d'une sensation) perpétuel de Théo, nécessaire afin de trouver un apaisement corporel et psychique, son père réagit par un mouvement opposé et les opposant: la sidération, un arrêt total.

Lorsque j'évoque comment les parents ont investi le toucher avec leur enfant, Madame rétorque d'emblée sur ce qui est dur pour elle, le manque de câlins. Les difficultés du contact physique avec Théo le pousse à se montrer repoussant à l'égard de sa mère lorsque celle-ci vient le chercher. L'échange que recherche Théo se situe plutôt "dans le dur" lorsqu'il arrive que Théo "fonce" dans le ventre de sa mère, "comme s'il voulait se fusionner en moi" dit la maman. C'est alors Madame qui peut se montrer repoussante à l'égard de son fils, lorsqu'elle cherche à le "décoller" de son corps, peinant de la regarder de par l'agression éprouvée dans ce "choc

corporel”. “On dirait qu’on n’est jamais sur le même tempo” finit-elle par dire les larmes aux yeux.

Madame raconte également avoir mal vécu les difficultés d’alimentation de Théo depuis sa naissance. “Moi qui aime tant faire la cuisine je passe mon temps à décongeler des purées Picard!” s’exclame cette mère avec la même intensité émotionnelle. Le non investissement de Théo face à la nourriture a entraîné, petit à petit pour Madame, un désintérêt de “faire à manger pour”, signant là la part narcissique propre à l’alimentation. Ne pouvant se nourrir de la satisfaction de donner à l’autre et que l’autre prenne en soi, Madame ne fait donc plus la cuisine. Telle une boucle de retour n’ayant jamais pu s’installer.

Le dernier jour

A la fin de sa période d’observation, Théo a montré qu’il pouvait bénéficier d’une continuité dans le soin. Ainsi, il s’est montré plus apaisé et plus disponible, pouvant intégrer certains repères au niveau des lieux et des personnes. Les moments de désorganisation ont diminué, laissant alors entrevoir le besoin de continuité et d’étayage pour cet enfant.

Au moment où son père vient le chercher, à la fin de son dernier jour, Théo est allongé dans la piscine à balles, entièrement recouvert avec juste son visage à l’air. Le père fait mine de ne pas voir Théo et improvise une forme de cache-cache auquel Théo ne semble pas vraiment adhérer. “ Où est Théo?” “Zut, Théo est parti tout seul à la maison?”. Théo reste immobile. L’éducatrice rit et relance un peu le jeu “oui il nous a dit au revoir et il est rentré chez lui!” Cet échange, tendre, n’est pas à la portée des représentations internes de Théo à proprement parler. Cependant, l’élan du père combiné à celui de l’éducatrice a pu être perçu par Théo, il se met à rire et à bouger dans les balles. Les adultes font semblant de le découvrir et Théo va alors montrer une excitation plus contenue car plus partagée. Comme si lorsque les angoisses de la nouveauté se levaient et que

l'enveloppe corporelle était contenue par les balles, alors les canaux de réception pouvaient être plus en lien avec l'autre, signant un pas vers une intersubjectivité émergente. Tous les deux sortent de l'Unité dans un mouvement qui laisse envisager des possibilités d'interactions encourageantes

ALEXIS

A l'arrivée

De mon bureau, j'entends des éclats de voix qui s'intensifient quand je m'approche de la salle d'attente, Alexis crie sur sa mère "grosse pute". Il se tient dos à moi et semble très agité. Je me tourne vers Madame, qui l'accompagne, seule, elle se trouve gênée d'être confrontée à cette situation face à moi, mais sans en faire tout un cas, cela n'étant certainement pas la première fois. Mon "Alexis ?" le fait s'arrêter net, se retourner, me toiser et instinctivement rejoindre sa mère pour quasiment se cacher derrière elle. Je les invite à me suivre dans mon bureau, il n'est plus question d'insultes, Alexis se montre réservé et ne dit plus rien.

Tous deux s'installent côte à côte sur les fauteuils. Alexis croise les jambes de la même manière que sa mère et adopte un air concentré dans l'entretien.

Ce que les parents racontent

Alexis est un petit garçon de 6 ans 2 mois. Il est le second d'une fratrie de trois, il a une sœur aînée, Léa, âgée de dix ans, et un frère cadet, Max, de deux ans.

La mère évoque sa grossesse en ces termes " inattendue mais tout à fait acceptée". Madame "adorant être enceinte". Elle a été angoissée pendant deux semaines à la suite de l'échographie du second trimestre qui révélait des anomalies au cerveau. Elle sera rassurée par l'échographie de contrôle. L'accouchement a eu lieu à 40 semaines + 5 jours post terme par voies basses et n'a présenté aucune difficulté. Madame raconte un épisode à la maternité au cours duquel une pédiatre lui aurait dit "il est déjà hyperactif celui-là!" qu'elle n'a pas du tout apprécié et pris au premier degré, jusqu'à ce que le pédiatre de son aînée la rassure complètement.

Les premiers temps avec Alexis sont assez simples, Madame décrit un gros dormeur, bébé glouton qu'elle allaite exclusivement, avec d'autant plus de plaisir que pour son aînée cela avait été compliqué. Alexis sera allaité jusqu'à ses quatre ans, en parallèle d'une introduction d'alimentation diversifiée à partir de 10 mois. Aujourd'hui, le repas n'est toujours pas simple; d'une part en raison des allergies d'Alexis à certains aliments, notamment au lactose, ce qui complique beaucoup son alimentation. Par ailleurs, il a une aversion pour "le rouge", tous les aliments de cette couleur sont bannis et cela semble irrémédiable à l'heure actuelle. Il montre, enfin, une forte appréhension face aux aliments solides. Il peut alors dire que "ça va tomber dans son ventre". La mère décrit "un casse-tête" afin de le faire manger équilibré.

Par ailleurs, Alexis fait de l'eczéma et peut être recouvert de plaques sur l'ensemble du corps, source de souffrance dont on ne trouve l'étiologie. Il est suivi par un dermatologue, naturopathe et suis un traitement homéopathique encore aujourd'hui en plus de soins de la peau après le bain, longs et nécessairement réguliers.

Petit, il est décrit comme un bébé social, souriant et communicatif, "assez connecté". Madame explique par exemple qu'Alexis pleurait plus fort que sa sœur quand celle-ci se faisait mal, ou encore aujourd'hui avec son petit frère, il peut se calquer sur ses émotions, notamment lors des colères de Max, Alexis va crier plus fort que lui.

Les acquisitions motrices se sont faites aux âges attendus, pour Madame il était très moteur et "cherchait toujours à s'échapper". En revanche, Alexis a parlé plus tard, à l'âge de trois ans après deux trimestres d'école et avec des aides mises en place.

Alexis a été gardé par sa mère jusqu'à son entrée en crèche à 24 mois, où l'adaptation a été très difficile : “ il pleurait beaucoup à mon départ, parfois 3h sans s'arrêter” pendant plus de trois mois.

La psychologue de la structure aurait alerté les parents d'Alexis devant un comportement de retrait et des stéréotypies parlant de “suspicion d'autisme”. Devant l'affolement que cela procure chez les parents, le pédiatre traitant oriente Alexis vers une prise en charge articulée avec le SESSAD⁴, il est alors suivi en orthophonie, psychomotricité et dans un petit groupe. Au fil du temps et de sa prise en charge, le langage émerge, la qualité de la communication s'améliore.

Aujourd'hui, Alexis est capable de construire des phrases plus élaborées, il parvient à formuler des demandes simples, pouvant faire de petites phrases de 3 ou 4 mots, relatant maladroitement des événements qu'il a vécu. Les parents évoquent également des créations de mots qu'ils ne comprennent pas, des néologismes tels que “pinou” pour les gâteaux, “Mumu” pour sa sœur. On retrouve des difficultés dans la pragmatique de son discours, il n'est pas toujours évident de suivre le fil de sa pensée. Le manque de repères temporels entraîne une organisation précaire et son impulsivité ne permettant pas une réciprocité de bonne qualité dans l'échange.

Lorsqu'il est agité, il arrive qu'Alexis répète “ compulsivement ” le discours des autres, d'allure adultomorphe. De plus, il lui arrive de s'accrocher à des questions organisationnelles qu'il répète de façon incessante, signant là encore son incapacité à avoir une représentation du temps. D'ailleurs, il demandera de façon répétée à sa mère durant l'entretien “après c'est l'heure du goûter?”

⁴ Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

Lorsque Alexis a été scolarisé en Petite Section de Maternelle, le retour de l'école le concernant évoque un enfant communiquant ayant néanmoins des difficultés d'interaction et d'intégration auprès de ses pairs. Actuellement, Alexis est en (maintien de) Grande Section de Maternelle. La psychologue scolaire note "un besoin que tout soit très ritualisé, un langage investi mais peu de jeux partagés avec ses pairs." Par ailleurs, l'enseignant de sa classe décrit un comportement compliqué: " Alexis hurle et pleure à chaque frustration ; il joue parfois avec deux fillettes plus jeunes que lui sinon il reste souvent seul. Il semble aimer être au contact des autres mais ne sait pas comment faire ". On peut communiquer avec Alexis sur ce qu'il veut ou sur un inconfort.

Au niveau des apprentissages scolaires, Alexis a beaucoup de mal à investir le graphisme et notamment l'écrit, il comprend difficilement les consignes complexes mais montre une bonne mémoire auditive et visuelle et porte son intérêt sur les ateliers comptines durant lequel il se montre très excité et duquel il extrait un panel de paroles de chansons qu'il peut répéter en boucle.

En récréation, Alexis peut s'adosser à un arbre et attendre. Actuellement, Alexis s'intéresse aux autres enfants mais toujours en adoptant une position d'observateur et en restant à distance. Madame relate paradoxalement une forte avidité relationnelle à l'égard des bébés. Au niveau de l'autonomie, Alexis est propre et peut s'habiller tout seul. Il a cependant besoin d'aide pour se laver et pour attacher ses chaussures.

Depuis la maternelle, Alexis retient les logos des marques et les stations de métro. Etant petit, il pouvait aligner ses jouets et faisait des puzzles "en boucle". Par ailleurs, il est passionné par les dinosaures et de ce fait questionne en permanence les adultes et ses camarades sur ce sujet.

D'un point de vue corporel, Alexis est décrit comme un enfant "moteur". Il a peur de faire des roulades par terre et montre un certain ralentissement dans ses déplacements et mouvements. Les parents rapportent également

des “jeux qui ne veulent rien dire où il rentre dans la peau de ses personnages”.

Au niveau sensoriel, les parents racontent qu’à dix-huit mois, Alexis pouvait regarder ses mains dans une sorte de stimulation visuelle. Il ne supporte toujours pas les habits en laine et les cols roulés. Alexis peut également se montrer écœuré devant le coton et montre une forte appréhension vis-à-vis du toucher. Il hurle lorsqu’on lui coupe les cheveux et à l’école, il garde souvent son manteau fermé sur lui. La mère termine l’entretien en disant qu’Alexis est un enfant fatigable qui “part un peu dans son monde”.

Madame me dit que le père d’Alexis a un cousin qui a toujours été décrit “ dans son monde ”, lui faisant penser à son fils.

Le premier jour

Alexis vient accompagné par sa mère. Il se présente d’emblée comme un garçon sympathique, assez jovial, curieux à l’égard des adultes. Il pose ainsi des questions dès son arrivée : “ Tu t’appelles comment ? ”, “ T’es qui ? ”. La relation paraît alors “ un peu rapide ” et même si Alexis utilise le langage pour communiquer, celui-ci semble peu construit et parfois mal articulé. Lorsque sa mère quitte les lieux, Alexis ne comprend pas immédiatement qu’il s’agit d’une séparation, il regarde immobile la porte en attendant que sa mère la rouvre. Lorsque l’éducatrice l’invite à participer à une séquence de jeux, il semble prendre conscience enfin de la réalité de la séparation. Il va alors manifester une détresse intense, il s’empresse d’aller chercher son manteau et retourne en criant “nooon” à la porte. L’éducatrice de l’Unité met en mot cette séparation et lui explique qu’il retrouvera sa mère à la fin de la journée. A chacun de ses mots, Alexis intensifie ses cris, il ne pleure pas mais grimace comme si c’était douloureux. Il se jette en arrière et repousse l’éducatrice avec ses pieds cherchant à la toucher à nouveau lorsque celle-ci se protège de la projection de son corps. Alors il se cambre, bloque sa respiration, son corps

entier est crispé, son visage est rouge écarlate et il se mord la main. Il va se désorganiser ainsi en rejetant les tentatives des adultes pendant presque une heure. Ces cris vont toutefois se transformer en une longue plainte lancinante. Il réussira tout de même à s'apaiser lorsque l'adulte ne le regarde plus et va alors s'allonger par terre, prêt à s'endormir. Cet enjeu de la séparation, Alexis le rejouera tout au long de l'observation, avec une intensité, toutefois, de moins en moins importante, au fil du temps.

Dans l'utilisation de l'espace, Alexis se meut dans un comportement moteur assez précipité, impulsif, qui ne peut prendre en considération l'autre. Il privilégie l'objet à la personne, comme lors d'un jeu de train qui regroupe plusieurs enfants et où Alexis va à plusieurs reprises casser le montage de rails et bousculer un garçon, pour récupérer la pièce de l'aiguillage qui le passionne.

Ainsi, il va fréquemment passer d'une activité à l'autre, avec une entrée dans le jeu par un détail attirant son intérêt mais sans considérer l'ensemble de la scène. En parallèle, il n'initie que très peu de jeu complet et à besoin de l'étayage de l'adulte pour construire quelque chose de plus consistant. Cependant, sensible aux jeux ludiques et à l'humour, Alexis se présente comme un enfant assez rieur. A midi, je traverse l'unité et voyant le temps du repas se préparer, lance un "bon appétit" à tous. Alors, Alexis s'approche de moi et dit "mange quoi?" je lui dit que l'éducatrice va lui dire le menu. Il se montre alors très excité, "mange quoi? mange quoi? mange quoi?". L'éducatrice n'étant pas disponible, je vais dans la cuisine voir le repas prévu: coquillettes/omelette. Il m'attend devant la cuisine en sautillant. "Oulala! C'est pas bon!" lui dis-je en faisant une grimace surjouée, puis je souris et lui dis "mais si c'est bon!!! C'est des coquillettes et de l'omelette! Tu aimes non?", il rit de ma blague tout en montrant un soulagement. Je lui dis "Alors c'est bon? Tu aimes?" il me répond en surjouant le dégoût "ah non pas bon" reprenant à son compte ma blague dans une réciprocité assez adaptée cette fois ci.

Au fur et à mesure de la journée, apparaît une fatigabilité importante le rendant moins disponible à la relation déjà précaire. Il joue beaucoup plus seul, se défend davantage des différentes sollicitations et cherche à s'isoler dans l'espace en refermant les portes derrière lui. Alexis est nettement moins accessible avec une fluctuation retrouvée tant sur le plan relationnel que sur le plan émotionnel. Il est plus fermé, rétif, triste, avec des moments de repli et de refus plus marqués. Il va se mettre sur un petit banc avec un cube musical et sombre dans une somnolence jusqu'à l'arrivée de sa mère en retard. Lorsque celle-ci arrive, il est le seul enfant restant. Alexis se dirige directement, sans même la regarder, vers la porte et l'attend sans saluer les adultes encore présents. Madame lui demande comment était sa journée et nous salue, elle aura comme seule réponse "on va manger des nuggets?".

Les jours qui suivent

Alexis se familiarise progressivement avec les lieux et les personnes de l'Unité. Les crises à la séparation sont plus courtes mais tout aussi explosives les deux premières semaines. Une fois cette transition passée, il se récupère beaucoup plus rapidement. Dans l'Unité, il est plus présent et accessible malgré le fait qu'il montre un éventail de modalités d'interaction assez limité et toujours similaires.

Alexis est un enfant assez excitable dans la relation, ce qui peut rapidement entraîner un débordement sensoriel et relationnel. Lorsque l'échange devient trop intense, Alexis a du mal à s'ajuster à la dynamique du groupe, en blanc ou noir, il peut s'exclure du groupe pour se réfugier dans un jeu solitaire avec les personnages Playmobil. Alexis met en place de nombreux rituels afin de rester "connecté" à l'environnement et de faciliter un travail de représentation sur ce qui se passe et est à venir. Par exemple, il supporte difficilement que l'autre s'immisce dans son jeu, si ce n'est pour répéter une séquence mise en place au tout début de

l'observation, où il avait donné des prénoms à chaque Playmobil. En effet, l'ensemble des jeux et activités investis sont assez immatures et "sans scénario". Lors de ces jeux avec les personnages, Alexis les serre entre ses mains dans une sorte de mouvement rapide de "serrage-desserrage", il les rapproche ensuite très près des yeux tout en se déplaçant dans une trajectoire sans orientation. Des bruitages singuliers apparaissent en même temps que ses mouvements, témoignant à nouveau d'une recherche sensorielle massive. Avec les autres enfants, Alexis est en difficulté pour se saisir des jeux et enjeux groupaux, ce qui entraîne alors une grande variabilité dans sa qualité de présence.

Alexis est un enfant très sonore, bruyant tant dans sa parole que dans ses mouvements, avec une prosodie particulière entraînant une certaine mise à distance relationnelle. Le langage semble être plus adapté dans un contexte de commentaire et non pas tant "conversationnel". La réciprocité semble fragile chez Alexis qui peine souvent à pouvoir imaginer ce que l'autre peut penser, ou bien même d'imaginer que l'autre penserait autre chose que lui. Une boucle réflexive non achevée laisse alors en suspens toute possibilité de représentation intersubjective. Les sujets autour de l'oralité sont très fréquents, il demande les menus et les horaires des différents repas ou collations. Il demande également aux différents intervenants ce qu'ils mangent. Il peut aussi demander ce que mangent tels ou tels animaux. Cette appétence et attrait pour la nourriture sont d'autant plus présents, qu'Alexis présente des allergies alimentaires importantes dont il ne semble avoir aucune représentation. En effet, un jour où il aura un menu particulier car il ne pouvait pas "manger comme les autres", il sera très en colère et très agité tout le long du repas, cette différence sonnait comme une punition et ne pouvant comprendre l'aspect "protecteur" de ce menu. De même, il ne semble jamais rassasié, il engloutit la nourriture sans prendre le temps de mastiquer et finit son assiette toujours avant les autres. Alors il peut piquer dans celles des autres enfants ou demander à se resservir. Là encore, la frustration lui fait violence.

Par ailleurs, Alexis est en difficulté pour accéder à la dimension symbolique du langage et peine à accéder à un discours narratif. Ainsi, l'exercice de "raconte-moi une histoire" ne peut que se résumer à l'évocation d'une activité réalisée ou bien d'un souvenir factuel.

Alexis, dans son style singulier, a tendance à rajouter un "r" dans son corpus. A nouveau, la dimension sensorielle prend le dessus. Si on fait l'exercice de répéter cette lettre, on ne pourra passer à côté de la stimulation gutturale que la prononciation suppose : "Airme faire la balenrcoirr". De plus, Alexis a besoin de s'appuyer sur l'autre pour décoder le langage qui lui est adressé et celui qu'il emprunte. Il demande à chaque personne traversant la salle son prénom. Un jour, je lui réponds : " mais tu sais comment je m'appelle je te l'ai déjà dit ", il se détourne de moi comme si cette réponse était la réponse à la question posée, comme si demander un prénom était une situation sociale intégrée comme telle sans représentation et que finalement peu importe la réponse reçue. Un autre jour, j'anticipe sa demande et lui dis avant lui "comment tu t'appelles toi?" Je suis alors surprise de voir qu'il ne peut répondre. Et ce n'est que grâce à un tour des prénoms que j'initie en me montrant du doigt puis en désignant les personnes autour de nous, qu'il peut me répondre. Je note la fragilité de sa construction qui entre en résonance avec l'expression "il fait bien illusion" que les membres de l'équipe ont utilisé à son égard. Illusion en terme d'image, comme dans un faux-self très archaïque. Alexis a intégré ce que l'adulte attend de lui et cherche à y répondre, cela lui est certainement très coûteux et reste très maladroit au final.

Le temps de l'évaluation,

Alexis manifeste une réelle anxiété lorsqu'il est sollicité sur le plan des apprentissages. Il montre alors une agitation motrice importante et peine à rester assis sur sa chaise. Il peut répéter en boucle "pas longtemps" ou "après on va manger". Il va cependant se montrer coopérant et cherche

l'approbation de l'adulte en continu. Parmi les épreuves passant uniquement par des consignes verbales, Alexis montre des difficultés de compréhension. Il est sensible à la situation de demande à son égard mais ne réussit à se représenter ce que j'attends de lui. La qualité du contact est alors moins bonne, Alexis étant distrait et pouvant alors répéter des phrases qui résonnent en lui de par la proximité de situation: "reste assis" ou encore "concentre toi".

Par ailleurs, Alexis est en difficulté pour se représenter le mouvement. Une épreuve de répétition illustrera mon propos: alors que je demande à Alexis de répéter la phrase "la petite fille le regarde" puis de me montrer à quelle image cette phrase correspond, Alexis répète "la petite fille" et montre l'image désignant une petite fille seule.

Il arrive également qu'Alexis cherche parfois à décoller les images que je lui présente, comme si celles-ci pouvaient devenir des objets, "si seulement on pouvait les prendre".

Plus les activités s'enchaînent, plus Alexis reste mobilisé. Si le temps de transition entre les activités est trop long, alors Alexis peut manifester une agitation et l'anxiété reprend le dessus. Sensible au regard que l'on porte sur lui, Alexis peut rapidement se sentir intrusé et met alors en place des comportements qui le mettent à distance de l'autre. Il peut ainsi se couper de la relation en regardant par la fenêtre ou bien en manifestant une forte opposition le désorganisant dans ses comportements (il jette la chaise par terre, montre des gestes hétéro agressifs).

Il semble sensible à l'échec et lorsqu'il pense par anticipation ne pas réussir une tâche, il repousse le matériel. Ainsi à la fin de notre première séance, il rejette le matériel de façon systématique. Je lui propose, afin de

tester ses capacités de jeux symboliques, de faire un gâteau d'anniversaire en pâte à modeler. Il semble intéressé par cette matière qu'il explore de manière très sensorielle en la portant à sa bouche pour la sentir. Je partage la boule en deux, et lui fait une démonstration de ce que j'attends de lui: une boule qu'on aplatit pour faire "comme un gâteau" et dans laquelle on plante des bâtonnets symbolisant les bougies. Il m'imites et au moment d'aplatir la boule, il lève le bras et la pâte reste collée à la paume de sa main. Il crie, en me regardant terrifié "collé dedans main ça collé dedans". J'esquisse un geste pour lui montrer qu'on peut la retirer mais dans un geste brusque, il me repousse en continuant à crier, il lève la main vivement comme s'il venait de se brûler et la pâte à modeler reste collée. Alors, je prends ma boule et la colle sur le dessus de ma main et lui montre que l'on peut la décoller. Je la reprend, la recolle sur mon bras, puis sur ma paume et finit par la coller sur mon front en lui soulignant "regarde ça ne colle pas dans ma peau mais sur ma peau et je peux l'enlever sans que cela me fasse mal!". Alexis esquisse un sourire et secoue alors sa main, la boule tombe enfin. "Non mal, non mal,!" répète-t-il. Je fais alors un boudin que je fais glisser entre les deux mains puis entre sa paume et la mienne, il se met à rire comme un plus petit et dit "encore! encore". Je fais perdurer le jeu afin de transformer son vécu corporel qui dans un premier temps a été violent, en un vécu ludique qu'il peut alors se représenter de manière plus concrète et plus apaisée.

Ce que les parents peuvent dire du vécu sensoriel

Durant un entretien avec la mère, je la questionne sur les "symptômes corporels" de son fils. Je lui parle entre autres de ces mouvements impulsifs qui le rendent maladroit ou de ses moments de repli où il ne peut plus être en adéquation avec les autres et où il répète les mêmes gestes de manière stéréotypée. A chaque exemple, Madame justifie les actions de son fils en les rattachant à une réalité externe dont elle a l'illusion: "Il manipule près des yeux parce qu'il devrait porter des lunettes mais les

casses tout le temps!” (lunettes pour myopie), “ Il saute quand il est content parce qu’il l’a vu dans un dessin animé...” Ces propos témoignent d’une réponse de la mère en écho(lalie) à la “bidimensionnalité” de l’enfant.

Ce qu’Alexis peut générer dans le vécu sensoriel de ses parents

J’évoque le moment “pâte à modeler” à Madame. Je fais le rapprochement avec son vécu de bébé grand eczémateux, qu’elle avait elle-même décrit au premier rendez-vous comme “collant” avec toute la crème dont elle devait l’enduire, elle avait également pu me dire que elle n’avait pas apprécié les bains et les changes avec lui (contrairement à ses frères et sœurs) car sa peau était toujours à vif et suintante. Je lui dis alors que j’avais pu observer qu’en passant par le ludique, Alexis avait pu intégrer une représentation de sa peau plus douce. A cela elle me répond “bah si c’est la pâte à modeler qui fait de la peau douce, je vais lui tartiner le corps alors” montrant à quel point pour elle aussi l’idée de la représentation psychique de l’enveloppe corporelle n’était pas intégrée. Après avoir pris le temps de lui expliquer ce que l’on peut entendre dans cette notion, elle pourra le lier au surpoids d’Alexis et du reste de la famille.

Le dernier jour

Alexis a trouvé de bons repères au sein de l’unité. Il se situe plus facilement dans l’espace-temps, grâce aux rituels mis en place par notre équipe. A l’heure du goûter, il demande comme à son habitude “les gâteaux” et lorsque l’éducatrice lui sort la boîte des goûters il va pour la première fois en tendre un à un garçon très renfermé qui ne s’approche pas de la table. Il lui dit “mange ... c’est bon” puis le laisse à côté de lui et va chercher deux gâteaux pour lui qu’il place sur un coin de la table comme une image apprise durant les semaines de la portion dont il a

besoin. A la fin du goûter quand l'adulte range la boîte, il se met à crier "encore, encore" et semble de nouveau submergé par le manque de sentiment de satiété montrant une amorce d'une possible limite qui reste encore très précaire.

Enfin, à l'arrivée de sa mère, Alexis s'agite et court dans tous les sens. Sa mère l'appelle mais cela ne fait qu'augmenter son agitation. "Viens mettre tes chaussures" lui dit-elle, mais Alexis ne peut s'arrêter pour la regarder et répondre à sa demande. Madame prend alors ses affaires et s'approche de lui pour les lui mettre. Alexis se débat empêchant sa mère de le rhabiller, il lui tire ses cheveux et la bouscule. Madame se retourne alors vers moi, me disant "vous voyez il m'attaque". L'éducatrice rejoint l'enfant avec ses chaussures pendant que j'explique à Madame que c'est peut être difficile pour Alexis de quitter cet endroit dans lequel il s'est bien senti. Une fois habillé, Alexis se jette dans la piscine à balles en riant aux éclats. Tous les adultes dans la pièce posent un regard sur lui, lui permettant d'apaiser son agitation et d'enfin suivre sa mère.

NOTA BENE:

Car la clinique se doit d'être au centre de toute recherche, Théo et Alexis resteront présents tout au long de ce travail, afin d'illustrer la théorie et de comprendre la méthodologie utilisée.

Les garder à l'esprit afin de découvrir ensemble le parcours de ces enfants et d'éprouver par la lecture, l'indispensable continuité dont ils ont besoin.

PARTIE 2 :

AUTISME ET SENSORIALITÉ

Théo et Alexis sont deux enfants diagnostiqués autistes. Ils ont en commun un même diagnostic ainsi qu'une sensorialité singulière. "Autisme et Sensorialité", tels seraient les mots clés de ce travail. Les deux termes ont en commun la recherche d'une limite entre le dedans et le dehors. Le plus souvent, l'enfant autiste peine à habiter son corps par ses sens tout comme il est en difficulté pour savoir ce qui vient de lui et ce qui vient de l'autre. La recherche d'une limite dedans-dehors est alors permanente, témoin d'une sensorialité déliée, alternant entre enfermement et ouverture. Il nous a ainsi semblé important de commencer par résumer l'histoire mouvementée de ce qu'est l'autisme et raconter ce qu'est la sensorialité. Tout naît du constat de ces deux enfants, de ce qui les unit et ce qui les diffère. L'observation de leur vécu corporel et de leurs difficultés relationnelles nous a permis de mieux comprendre le rôle que joue la sensorialité dans le développement normal de l'enfant et la déviance qu'il peut prendre lorsque la capacité à être en lien est entravée.

I. Ce que l'on sait aujourd'hui sur l'autisme

Le concept d'autisme demeure aujourd'hui une maladie mystérieuse. Actuellement, les travaux de recherches n'ont pas permis de rattacher directement les troubles autistiques à une lésion précise. Il est par ailleurs manifeste que de nombreuses causes différentes peuvent s'exprimer cliniquement par un tableau autistique. Il n'existe ainsi pas un autisme mais des autismes, d'où la nouvelle appellation de " Troubles du Spectre Autistique ". La plupart des auteurs s'accordent pour invoquer un modèle étiologique polyfactoriel à l'origine de cette affection probablement très hétérogène, associant dans des proportions variables et différentes pour chaque enfant, des éléments génétiques, neurobiologiques, affectifs, relationnels et psychosociaux.

1. Le début d'un grand périple : description princeps

C'est en 1911 que le psychiatre E. Bleuler a parlé d'autisme pour la première fois. Il a inventé le mot autisme à partir du mot autoérotisme duquel il a ôté le mot " éros ". L'autisme serait finalement un autoérotisme sans éros, c'est-à-dire sans la relation à l'autre. Bleuler considérait cette pathologie comme un système de pensée circulaire. Pour lui, la forme de pensée autistique est déréelle et elle se présente comme une réalité elle-même. Elle peut être confuse ou désorganisée, mais elle a une logique sensorielle-cognitive : " monde essentiellement sensoriel apparemment insensible ". On parle alors de pensée rotatoire (S. Resnik, 2011), c'est-à-dire d'une circularité autistique ; le sujet autiste se crée un champ perceptif géométrique contenant le maximum d'informations dans un espace minimum. " La difficulté du patient autiste consiste à se projeter et à être dans le monde " (S. Resnik, 2011). Ainsi, il convient de parler de l'autisme en termes d'expériences.

On parle souvent d'autosensualité pour faire référence aux enfants autistes qui, à travers la recherche de sensations, tentent de se procurer un "sentiment d'exister en continu" (D. W. Winnicott, 1969). On imagine que les personnes autistes ont du mal à "connecter" de façon spontanée et continue un vécu interne à une sensation du corps. Jusqu'en 1943, l'autisme a été classé parmi les psychoses infantiles, en étant rattaché à la catégorie des schizophrénies infantiles. C'est Léo Kanner, psychiatre américain, qui renouvelle le concept d'autisme sous le terme d'autisme infantile précoce ("Early Infantile Autism", 1944) en décrivant un tableau clinique différent de la schizophrénie infantile et caractérisé, selon lui, par une incapacité du petit enfant à établir des contacts affectifs et relationnels avec son environnement, dès le début de sa vie.

Avec son article intitulé "Autistic disturbances of affective contact", dans la revue *Nervous Child*, il décrit le comportement de 11 enfants (8 garçons et 3 filles) qu'il a pu observer depuis 1938 pendant six ans. Il va sortir de la pensée classiquement appliquée aux enfants avec des retards et comprend que les différents troubles de l'intelligence et du comportement que présentent ses jeunes patients sont les symptômes d'un même désordre neurologique. Dans cette nouvelle appellation, il détache la schizophrénie de ces troubles du comportement et met en évidence une origine précoce. L'"autisme infantile précoce" marquera un nouveau tournant dans la psychiatrie infantile et deviendra ultérieurement l'autisme de Kanner.

Dans la description de ces enfants, âgés de 2 ans¹/₂ à 10 ans, il retient pour le diagnostic de son syndrome les principaux critères cliniques suivants :

- L'isolement et le défaut profond de liens affectifs avec autrui ("aloneness")
- Le besoin obsessionnel et angoissé d'immuabilité ("sameness")
- Les bizarreries de comportements, notamment ceux se rapportant à l'utilisation stéréotypée et ritualisée d'objets ("oddness")

- Le mutisme ou l'existence d'un langage qui ne semble pas être utilisé pour établir une communication et auquel s'associe l'impression de surdité (“deafness“)
- Le délai de 30 mois d'âge requis pour affirmer le diagnostic.

Il note aussi chez ces enfants leur physionomie intelligente et leurs bonnes capacités cognitives, qui se manifestent en particulier par des aptitudes particulières dans certains domaines (prouesses mnésiques, étonnantes performances dans le domaine de l'organisation spatiale...). A la même époque, un pédiatre autrichien, H. Asperger, rapporte sous le terme de “ psychopathologie autistique ” des observations analogues sans avoir connaissance des travaux de Kanner.

Tout en défendant la spécificité de son syndrome, Kanner le rattache à la schizophrénie, seule entité nosographique de l'époque décrivant un fonctionnement psychotique. Il expose une description phénoménologique qui mêle différents niveaux : clinique descriptive, psychopathologie, et hypothèses étio-pathogéniques, laissant place à une assez large interprétation. De ce fait, le regard sur cette pathologie a été variable au cours du temps et des époques, avec des répercussions sur le type de prise en charge préconisée. Aux États-Unis, la description de L. Kanner a pendant longtemps été admise comme une entité rare, rattachée à la schizophrénie infantile, seul diagnostic officiellement admis par la classification psychiatrique américaine jusque dans les années 70.

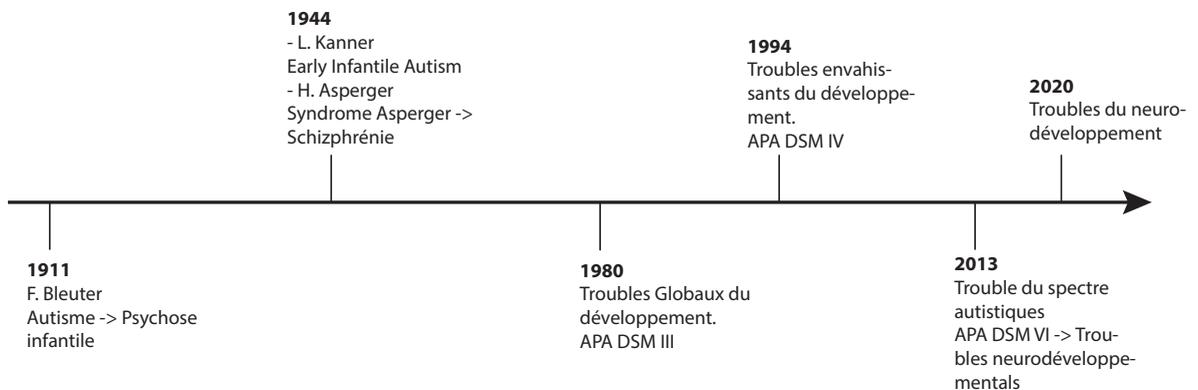
En France, c'est le terme de psychose qui a longtemps prévalu pour décrire les troubles graves de l'organisation de la personnalité, l'autisme de Kanner étant rattaché aux psychoses précoces.

« Aujourd'hui, dans le champ des maladies mentales, le diagnostique étiologique a pris une place prépondérante, Les conséquences quoti-

diennes de la pathologie et son retentissement fonctionnel, peuvent parfois, être relégués au second plan » (O. Bonnot, 2012).

Si on se laisse porter par ce parcours historique sur ce qu'est l'autisme, on est inévitablement surpris de constater les différents chemins nosographiques de cette pathologie. Un bref rappel s'impose alors.

2. Une évolution des critères diagnostiques?



En parallèle à l'accélération anthropologique caractéristique du 20^{ème} siècle, s'est produit un changement nosographique concernant la notion de diagnostic elle-même.

Alors qu'au 19^{ème} siècle on ne savait parler d'autisme autrement qu'en termes de psychoses, aujourd'hui on ne sait que parler de psychose infantile en terme de Troubles du Spectre Autistique (TSA).

C'est ainsi que Théo et Alexis se sont retrouvés avec le même diagnostic alors qu'ils ont pourtant des profils différents.

Dans les années quatre-vingt, la parution de la troisième version du manuel des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA

1980), classe l'autisme dans la section des “ Troubles Globaux du Développement ” qui deviendront avec la parution du DSM-IV (APA 1994) : “ les Troubles Envahissants du Développement ”. La notion de psychose précoce disparaît alors. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit alors l'autisme comme un “ développement anormal ” ou déficient, manifesté avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants, tels que décrits par la Classification Internationale des Maladies (CIM-10)⁵ :

- Les interactions sociales réciproques
- La communication
- Les comportements au caractère restreint et répétitif

Suite à la parution du DSM-V, le terme “ Trouble Envahissant du Développement ” a été substitué par le terme de “ Trouble du Spectre Autistique ”. Aujourd'hui, on se réfère à l'autisme en le nommant par “ Trouble neuro-développemental ”. On constate ainsi dans le temps, que l'on est passé du plus précis au plus large. A l'image, en quelque sortes, de ce que l'on attendrait de l'enfant autiste, c'est-à-dire qu'il soit capable d'avoir une représentation globale.

Le DSM-V introduit (paradoxalement) la notion de continuum autistique. La triade symptomatologique laisse alors place à une dyade : les altérations qualitatives des interactions sociales et les altérations qualitatives de la communication sont regroupées sous le terme de “ communication sociale ”.

Les critères diagnostics du DSM-V sont donc les suivants :

- Déficit de la communication sociale : qui regroupe un déficit de réciprocité socio-émotionnelle, un déficit dans les comporte-

⁵ Voir en Annexe 1 les critères diagnostiques du DSM V et de la CIM 10.

ments de communication non verbale utilisés dans les interactions sociales, un déficit dans la relation à autrui.

- Comportements restreints et répétitifs : qui se manifestent par un discours, des mouvements ou une utilisation des objets stéréotypés ou répétitifs, un attachement excessif à une routine, des comportements ritualisés, une résistance aux changements, des intérêts particulièrement restreints et sélectifs ainsi que des particularités sensorielles au niveau de traitement de l'information provenant de l'environnement.

La Haute Autorité de la Santé (HAS) retient les signes suivants dans ses recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic d'autisme :

- L'absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois.
- L'absence de mots à 18 mois.
- L'absence d'association de mots (non écholaliques) à 24 mois.
- Une perte du langage ou des compétences sociales à n'importe quel âge.

Il est intéressant de souligner la dimension communicative comme principalement caractéristique des pathologies autistiques.

En effet, telle est la principale souffrance de Théo et Alexis. Cependant, alors que Théo ne sait que communiquer par son corps, Alexis ne sait encore communiquer avec la symbolique du langage. Ils sont donc certes tous deux entravés au niveau de la communication sociale, mais ces difficultés ne situent pas au même niveau. L'un restant sur les sens, l'autre n'y accédant pas.

3. Combien et pourquoi?

Prévalence

L'autisme est un trouble du développement dont la prévalence est estimée à 700 000 personnes autistes en France (INSERM).

La plus récente revue de littérature avec méta-analyse (A.J. Baxter, 2015), incluant 41 études dans 18 pays, a estimé la prévalence mondiale des TSA (chez les moins de 27 ans) à 7,2/1 000 en 2010, soit 1/132 personnes. La prévalence mondiale de l'autisme était estimée à 2,4/1 000, avec une prédominance chez les hommes (3,6/1 000) par rapport aux femmes (1,2/1 000) (ratio 3:1).

Dans son expertise collective sur le dépistage et la prévention des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent (2001), l'INSERM fait état d'une fréquence plus faible, et propose en résumé l'estimation suivante: "Un taux de 9/10 000 pour la prévalence de l'autisme peut être retenu. En se fondant sur ce taux, on peut estimer que la prévalence du syndrome d'Asperger est voisine de 3/10 000 et que la prévalence des autres troubles du développement, proches de l'autisme, mais n'en remplissant pas formellement tous les critères, est de 15,3/10 000. Au total, on peut donc retenir que la prévalence de toutes les formes de Troubles Envahissants du Développement avoisine 27,3/10 000."

Il faut indiquer cependant que des études récentes rapportent des taux de prévalence plus élevés, de l'ordre de 17/10 000 pour l'autisme et de 60/10 000 pour l'ensemble du spectre autistique (HAS 2018).

Cette augmentation apparente de la prévalence de l'autisme s'expliquerait essentiellement par l'élargissement des critères diagnostiques au fil des définitions, et à une meilleure détection des cas en population générale.

Sex-ratio

Le sex-ratio correspond à 3,8 garçons pour 1 fille et semble être constant dans le temps. En effet, d'après le DSM-V, le diagnostic de TSA est porté quatre fois plus souvent chez les garçons que chez les filles.

C'est par choix que nos deux présentations cliniques, Théo et Alexis, sont des garçons, afin de refléter ce facteur important.

En outre, les filles atteintes d'autisme, présentent proportionnellement plus de retard de développement cognitif et de troubles neurologiques associés, ce qui suggère que les filles sans déficit intellectuel ou sans retard de langage pourraient être sous-diagnostiquées, peut-être en raison d'une présentation clinique atténuée des difficultés sociales et de communication.

Une méta-analyse (R. Loomes, 2017) à partir de 54 études de prévalence ayant inclus plus de 13 millions d'enfants dont 53 712 avec TSA suggère, à partir d'analyses de sous-groupes, que chez les enfants remplissant les critères de diagnostic du TSA, le rapport homme-femme serait proche de 3 :1 et non 4 :1, à la différence de ce qui est communément admis.

Antécédents familiaux

Les premières études familiales (R.E. Smalley et al., 1988 ; P. Szatmari et al., 1998) ont montré un taux de récurrence plus élevé (de 2 à 6%) du syndrome autistique dans la fratrie par rapport à la prévalence observée dans la population générale. Mais le risque de récurrence s'étend également à des troubles appartenant à la catégorie des Troubles Envahissant du Développement non spécifiés (TED-NOS) (Steffenburg et al., 1989; Bailey et al., 1998). Des études familiales ont en effet montré un taux élevé de

syndrome d'Asperger dans la fratrie, ce taux pouvant atteindre 5% si les troubles appartenant au spectre autistique étaient pris en compte (C. Gillberg, 1991; C. Gillberg et al., 1992). De plus, il semble que le type de troubles psychopathologiques retrouvés chez les apparentés soient dépendants du QI de la personne atteinte. Le syndrome d'Asperger étant plus fréquemment observé dans des familles ayant un patient autiste sans retard mental associé (G.R. DeLong et J.T. Dwyer, 1988).

En 2010, une revue complète de la littérature avec méta analyse montrait que le risque de développer un autisme pour un nouvel enfant dans une fratrie où il existe déjà un enfant avec TED est de 4 % si l'enfant déjà atteint est un garçon, de 7 % si l'enfant atteint est une fille. Le risque augmente fortement (25 % à 30 %) si la famille a déjà deux enfants avec TED. La concordance de l'atteinte entre jumeaux monozygotes varie de 70 % à 90%.

Apport des données génétiques: l'autisme se transmet-il?

Le substratum organique dans la pathologie autistique ne fait aucun doute. Cette conception est renforcée par l'avènement de stratégies de recherches génétiques et par les progrès réalisés en imagerie fonctionnelle. Actuellement, ces travaux s'orientent vers une conception de l'autisme en tant que syndrome hétérogène dans ses causes et ses expressions cliniques. De ce fait, il existe plusieurs modèles étiologiques qui viennent étayer la thèse d'une participation génétique à l'étiologie de l'autisme.

Les études d'épidémiologie génétique ont montré qu'il existait une différence significative entre la fréquence de l'autisme chez les apparentés de premier degré d'un sujet autiste (estimée entre 2 et 6 %) et celle dans la population générale (1 à 16 / 10000 selon les études) étayant ainsi l'hypothèse d'une transmission génétique. Chez les frères et sœurs d'enfants

autistes, l'incidence de l'autisme est approximativement 50 fois plus importante que dans la population générale : 2% des frères et sœurs d'enfants autistes souffrent d'un autisme avéré, 3% présentent des formes d'autisme quelque peu atypiques, et 3 à 25% présentent, à un certain degré, des difficultés cognitives, communicatives et sociales caractéristiques des enfants autistes. Rutter suggère que certaines familles seraient prédisposées génétiquement à développer des altérations cognitives et linguistiques dont l'autisme serait une manifestation extrême. Il est à noter que les enfants présentant les formes les plus sévères d'autisme ont un risque plus élevé d'avoir des apparentés autistes que les personnes présentant des symptômes modérés.

D'autre part, un certain nombre d'études se sont intéressées au cas de jumeaux, ce qui constitue une méthode de choix pour l'analyse de l'influence génétique, en raison de l'identité du patrimoine génétique des jumeaux monozygotes et d'une relative similitude des influences du milieu. Ces études ont apporté les résultats les plus significatifs. L'étude princeps de Folstein et Rutter en 1977, montrait une concordance de 82% chez les jumeaux monozygotes non atteints, comparativement à une concordance de 10 % trouvée chez les jumeaux dizygotes non atteints pour des déficits cognitifs (essentiellement langagiers).

Dans une étude ultérieure, Rutter évalue un taux de concordance phénotypique compris entre 60 et 90% chez les jumeaux monozygotes alors qu'il n'est que de 5% chez les jumeaux hétérozygotes. (M. Rutter et al., 1999). Plus récemment, L. Bailley et al. (1995) confirment les résultats de Folstein et Rutter, avec un taux de concordance de 87 % pour les monozygotes et de 9 % chez les dizygotes. Ces résultats plaident en faveur de l'implication de plusieurs gènes interagissant en synergie.

Par ailleurs, dans une étude de jumeaux complémentaire à celle de Folstein & Rutter, Le Couteur et al. (1996) donnent des indications concernant la présence d'un phénotype élargi exprimant un " génotype autis-

tique commun". Ils décrivent ce phénotype élargi pour 7 des 9 couples de jumeaux monozygotes et pour 2 des 20 couples de jumeaux dizygotes.

Les jumeaux non directement atteints présentent en effet des troubles sociocognitifs, tels que de subtils problèmes dans l'interaction sociale et/ou la communication alors qu'ils ne présentent pas de comportements stéréotypés et répétitifs. Pour eux, la persistance de ces difficultés à l'âge adulte montre que ces difficultés ne sont pas seulement la conséquence du trouble de leur frère ou de leur sœur autiste sur leur fonctionnement. Ainsi, malgré un QI non verbal normal, seuls deux des jumeaux non atteints avaient un emploi rémunéré, un seul avait une relation intime et aucun ne vivait de façon indépendante. Les auteurs en concluent qu'il existe bien un phénotype élargi dans le cadre de la pathologie autistique correspondant à l'expression variable d'une même charge génétique. Ces données concernant les divers aspects du génotype autistique laissent présumer que le phénotype élargi ne se présente pas seulement dans la fratrie des sujets autistes mais également chez leurs parents.

Bien que la présence de facteurs de vulnérabilité génétique impliqués dans l'autisme soit établie, le mode de transmission de cette pathologie reste encore indéterminé. Les données d'épidémiologie génétique concernant les jumeaux mono et dizygotes, et les apparentés de sujets autistes, sont en faveur d'un modèle polygénique impliquant probablement de 3 à 10 gènes différents, interagissant entre eux et avec l'environnement. Si les données actuelles suggèrent que l'autisme est un trouble neuro-développemental lié à plusieurs gènes de vulnérabilité, il n'en demeure pas moins que les stratégies génétiques habituelles se heurtent à d'importantes difficultés pour l'identification des gènes en cause. Un certain nombre de mutations ont été identifiées, comme les mutations des gènes des Neurologines 3 et 4, mais elles ne sont présentes que chez moins d'1% des sujets autistes, et peuvent être associées à des cas de retard mental sans autisme.

Apport des sciences cognitives: une dyssynchronie neurologique?

Accompagnant le développement des sciences cognitives, de nombreux travaux ont porté sur les modalités particulières du fonctionnement cognitif des enfants autistes. Leurs auteurs s'intéressent de près à la présence d'un éventuel déficit cognitif spécifique et constitutif de la pathologie dont les troubles relationnels ne seraient que la conséquence.

On repense à la mère de Théo qui pouvait demander: "c'est son cerveau qui fonctionne mal?"; comme s'il était parfois nécessaire de localiser dans le corps ce qui fait défaut.

En effet, la psychologie cognitive postule que la pensée est liée au fonctionnement du cerveau, et notamment aux opérations mentales nécessaires au traitement de l'information venant de l'environnement. G. Macé (1992) divise ces opérations mentales en quatre étapes : la sensation, la perception, la mise en mémoire et la conceptualisation.

Dans l'autisme, l'objectif est d'identifier les particularités des processus impliqués dans la communication, la perception et le traitement d'information sensorielle, le raisonnement, l'utilisation des symboles et ainsi de déterminer les perturbations spécifiques aux personnes atteintes. Il ne s'agit pas ici de faire une liste exhaustive des troubles de l'intelligence. Nous rappellerons seulement à nouveau que l'on retrouve un retard du développement dans environ 70% des cas allant de léger à profond.

L'hypersensibilité sensorielle caractéristique de l'enfant autiste est liée à des problèmes de filtrage. Pour l'audition (hyperacousie), le système permettant d'inhiber les bruits de fond est insuffisant, entraînant une

difficulté, chez certains patients, à supporter un environnement sonore trop chargé. Concernant la vision, les sujets autistes ont tendance à polariser leur attention sur un détail au détriment de l'ensemble de l'image puis, soudainement, la scène sera évaluée dans son ensemble pour revenir ensuite au traitement local. Le traitement des informations est dit " hyperfocal ".

On observe également une pauvreté de la généralisation des conduites due à un défaut d'intériorisation des schèmes cognitifs. En effet, ceux-ci sont construits de façon partielle et ne sont donc pas assez consolidés pour pouvoir être généralisés. La résistance au changement fait également partie des troubles du fonctionnement cognitif. Elle est l'expression d'un défaut de recherche de nouveauté et de la persévération des schèmes cognitifs acquis, ce qui expliquerait certains phénomènes de lenteur, de viscosité mentale ou encore de rigidité rencontrés si souvent chez ces jeunes enfants.

J.L Adrien (1996), s'appuyant sur les théories piagétienne, a développé l'hypothèse d'une dysrégulation chez les sujets autistes. Il s'agit de particularités concernant la régulation des modes de traitement des informations : ruptures, persévérations, dysrythmie, dyssynchronisation. Cette hypothèse rend compte de la difficulté des sujets autistes à mettre en œuvre des activités cohérentes et continues. Il s'agit d'un trouble des conduites cognitives caractérisé par un déroulement atypique des schèmes élémentaires, une variabilité dans l'utilisation des schèmes adéquats, une lenteur ou une rapidité excessive dans la résolution des problèmes et une adhésivité. Ces phénomènes de labilité du schème et de dislocation du programme d'action semblent attester d'un trouble de la régulation cognitive.

Selon l'hypothèse exécutive, ce sont des perturbations des fonctions exécutives qui constituent la source fondamentale des difficultés des

personnes autistes. Par fonctions exécutives, on entend les opérations cognitives qui sous-tendent la capacité à se désengager du contexte immédiat et à maintenir des stratégies de résolution de problèmes adaptées à la réalisation d'un but futur. Participent notamment de la fonction exécutive la planification, le contrôle des interférences, l'inhibition d'action non pertinentes, le maintien des stratégies, la flexibilité de la pensée et de l'action, la mémoire de travail. Selon cette hypothèse, les problèmes que rencontrent les autistes dans les tâches de mentalisation et dans le jeu de faire-semblant pourraient être la conséquence de troubles des fonctions exécutives. Les données les plus directes en faveur de l'existence de dysfonctions exécutives chez les autistes proviennent d'études sur la résolution de problèmes et sur la flexibilité des stratégies. Ces études ont montré que les performances des sujets autistes sont très médiocres dans les tâches de planification telles que la tâche de la Tour de Hanoï (S. Ozonoff & al. 1994; C. Hughes & al. 1994) et dans les tâches de changements de stratégies telles que la "Wisconsin Card Sorting Task" (J. M. Rumsey, 1985; M. Prior & W. Hoffman, 1990; S. Ozonoff & al., 1991a, 1991b). En outre, la performance dans ces tâches est un meilleur discriminateur entre autistes dotés d'un QI normal ou proche de la normale et groupes de contrôle, que les tâches de mentalisation (S. Ozonoff et al., 1991a). Des expériences réalisées par Russell et ses collègues (J. Russell et al. 1991; C. Hughes & J. Russell, 1993) ont également montré qu'il était difficile pour les sujets autistes d'inhiber des stratégies pré-potentes mais incorrectes. Les autistes manifestent également un profil de réponse similaire à celui des sujets atteints de lésions frontales dans les tâches de mémorisation. Comme ceux-ci, ils ont de mauvaises performances dans les tâches exigeant un traitement actif, stratégique, tel que le rappel de l'ordre temporel, la mémoire de la source et le rappel libre (L. Bennetto, B. F. Pennington & S. J. Rogers, 1996). On peut également considérer comme des indices de dysfonctionnements exécutifs, les difficultés rencontrées par les autistes dans les tâches de rappel de la source d'une action et les difficultés qu'ils rencontrent dans les tâches d'imitation.

4. La théorie de l'esprit ou comment ne pas se comprendre

En sciences cognitives, l'expression "théorie de l'esprit" désigne les processus cognitifs permettant à un individu d'expliquer ou de prédire ses propres actions et celles des autres. Cette aptitude enrichit qualitativement les interactions sociales (communication, collaboration, compétition, apprentissage, etc.) et relève donc de la cognition sociale.

Le concept de Théorie de l'esprit se distingue de celui d'Empathie car il désigne la compréhension de tous les types d'états mentaux, alors que l'empathie s'applique aux sentiments et aux émotions.

L'hypothèse "mentaliste" développée notamment par Leslie et Baron-Cohen suggère que la déficience fondamentale de l'autisme est une "cécité au mental" ; une incapacité à inférer et comprendre les états mentaux d'autrui. Celle-ci serait la conséquence du développement déviant ou retardé d'un module spécialisé, le "mécanisme de la théorie de l'esprit", qui sous-tend notre capacité à interpréter le comportement en termes d'états mentaux et à prédire le comportement d'un agent sur la base de ces états. Selon ses défenseurs, l'hypothèse mentaliste pourrait également rendre compte de la pauvreté du jeu de faire semblant (A. M. Leslie, 1987) et des difficultés exécutives (P. Carruthers, 1996) des sujets autistes. Cette hypothèse s'appuie sur des données issues de tâches expérimentales visant à tester la compréhension par les enfants des états mentaux. Ces données montrent que, relativement à des groupes de contrôle d'enfants normaux et présentant un retard, ces tâches présentent pour les enfants autistes des difficultés spécifiques. Ils ont de graves difficultés à prédire correctement les croyances d'autrui (S. Baron-Cohen, A. M. Leslie et U. Frith, 1985; S. Leekam et J. Perner, 1991; A.M. Leslie et L. Thaiss, 1992). Ils distinguent moins bien entre états mentaux et états physiques (S. Baron-Cohen, 1989; S. Ozonoff et al., 1991a) et ont du mal à distinguer apparence et réalité (Flavell J.H. et al., 1986). Bien qu'ils soient capables de comprendre les désirs simples (S. Baron-Cohen, 1991), ils ont du mal à prédire

les désirs d'autrui quand ceux-ci entrent en conflit avec leurs propres désirs (P.L. Harris & A. Muncer, 1988).

Alexis ne pouvait par exemple pas comprendre qu'un enfant veuille un autre goûter que le sien.

U. Frith et F. Happé (1994) considèrent que la difficulté dans la reconnaissance des émotions de base participe intégralement à un déficit cognitif plus global, à savoir, l'incapacité de reconnaître l'existence d'états mentaux chez autrui.

Selon eux, cette absence de la théorie de l'esprit serait responsable des difficultés d'attention conjointe et du peu d'aptitude à la communication par le regard ainsi qu'à l'accès au jeu du "faire semblant". Ce déficit s'expliquerait par une incapacité à former ou à manipuler correctement des méta-représentations. Cette capacité s'acquiert normalement entre 1 et 4 ans. Cette difficulté chez les enfants autistes à reconnaître l'existence d'états mentaux, de pensées et d'intentionnalité chez autrui apparaît fondamentale aux yeux de certains observateurs qui considèrent qu'elle est à l'origine de leur isolement. Pour Frith (1992), le défaut fondamental des enfants autistes serait dû à une impossibilité des capacités innées du cerveau à assurer la cohérence des perceptions. Ainsi l'enfant autiste montrerait un certain détachement vis-à-vis de son environnement social du fait de cette incapacité à l'organiser en un ensemble stable et cohérent⁶.

La théorie de l'esprit est "nouvelle" dans son appellation et dans le consensus qu'elle représente. Cependant, son contenu n'est pas forcément nouveau car il reprend des notions fondamentales en sciences humaines,

⁶ Voir tableau sur la métareprésentation de la théorie de l'esprit en Annexe 2

à savoir: la réciprocité, la réflexivité et l'intersubjectivité. En effet, l'enfant autiste est en difficulté pour accéder à sa propre conscience et de ce fait, à celle d'autrui également. Il ne peut donc comprendre qu'il existe plusieurs réalités internes (propres à chacun) tout en partageant une commune, la réalité matérielle.

Le seul consensus actuel permettant une continuité dans l'histoire de cette maladie mentale qu'est l'autisme est le " trépied symptomatique ". En effet, on s'accorde pour dire que l'enfant autiste a du mal à explorer le domaine des interactions, de la communication et de l'environnement. Ainsi, la difficulté majeure de l'enfant autiste est d'accéder à la relation, de s'y laisser aller pour ensuite revenir sur soi. L'autisme est une maladie bien mystérieuse qui entrave le sujet dans son développement global (tant corporel qu'intellectuel) et l'empêcher d'interagir dans le monde comme on l'attendrait. L'enfant autiste a du mal à comprendre ce que l'on attend de lui, il peine encore à se représenter son corps distinct de celui d'autrui et n'a de cesse que d'avoir recours à son corps tant pour exprimer sa détresse que pour partager son ressenti.

On dit beaucoup des enfants autistes qu'ils sont autocentrés. En effet, la réciprocité n'est pas encore représentable et ne prend donc pas sens pour eux. Ils ne peuvent que se fier à leur ressenti corporel (sensoriel notamment) en ce qu'il est le seul objet dont ils peuvent se saisir. La temporalité de l'enfant autiste est ainsi très particulière et similaire à celle du nourrisson.

L'utilisation particulière que l'enfant autiste fait de sa sensorialité a été notre point de départ. Cela nous a permis de penser le rôle de la sensorialité de façon plus globale dans le développement de l'enfant, afin d'en comprendre le sens qu'il peut avoir pour l'enfant autiste: entre ouverture et enfermement.

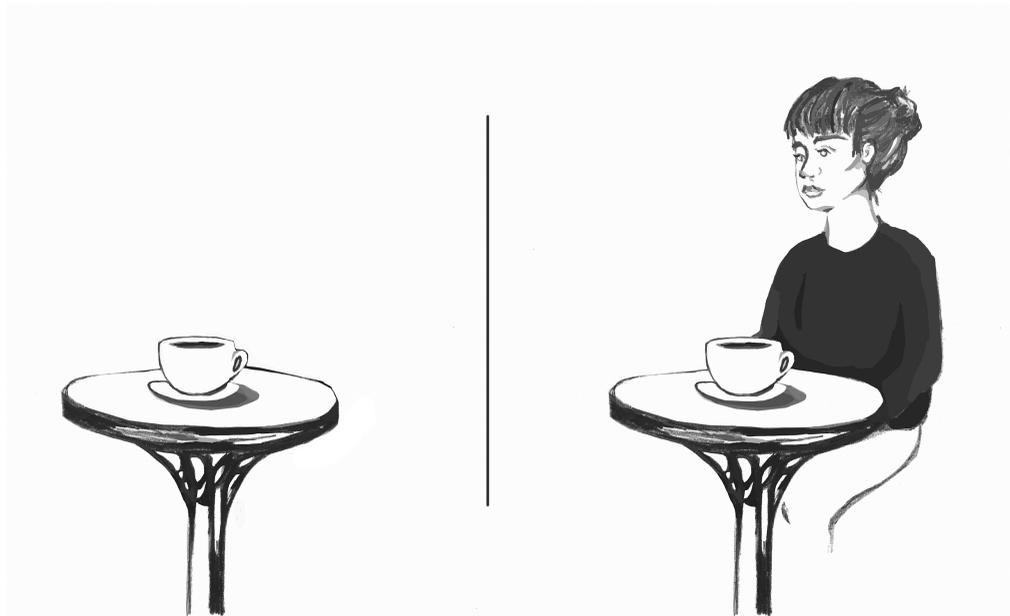
II. La sensorialité, entre dedans et dehors.

1. Définition de la sensorialité

Il est intéressant de constater que dans toutes les langues du monde, le mot “ sens ” a une définition double. Il représente non seulement la sensation physiologique (reliée aux organes sensoriels) mais il veut également dire la signification de quelque chose. Le mot “ sens ”, à lui tout seul, “ montre à quel point l'accès au sens dépend fondamentalement de la sensibilité et de la sensorialité ” (B. Golse, 2011). C'est bien cette indifférenciation langagière entre ressenti corporel et signification qui montre l'investissement nécessaire et inévitable des sens. En effet, on éprouve une sensation au niveau du corps uniquement grâce au corps de l'autre. C'est dans cette liaison corporelle “ soi-autrui ” que les sens prennent sens. Il faut que la sensation soit partagée pour exister en tant que telle.

Notre organisation sensorielle pourrait finalement être à l'image de ce qui a du sens pour nous. On s'entend d'ailleurs souvent dire “ ça n'a pas de sens ” ou bien “ c'est insensé ” pour parler de ce qui est dans notre norme, logique, ou bien ce qui ne l'est pas. On comprend alors un peu mieux que ce qui paraît sensé pour l'enfant autiste ne le soit pas toujours pour celui qui l'observe.

Tout part de la rencontre entre un corps en devenir et un corps habité. Tout objet a besoin d'être placé face à un individu doté d'un système sensoriel pour exister. Prenons pour exemple l'image d'une tasse de café , on ne voit qu'une tasse. Cependant, si l'on prend l'image d'une tasse et d'un homme, alors on peut percevoir une infinité de mouvements tels que boire la tasse, renverser la tasse, se réchauffer les mains avec la tasse, remplir la tasse, etc., car la tasse a soudainement la possibilité d'être habitée et donc d'exister.



Ainsi, en admettant que le corps soit une maison à habiter, nous pouvons définir la sensorialité comme la serrure de la porte d'entrée. C'est-à-dire, la sensorialité comme point de liaison entre le dedans et le dehors.

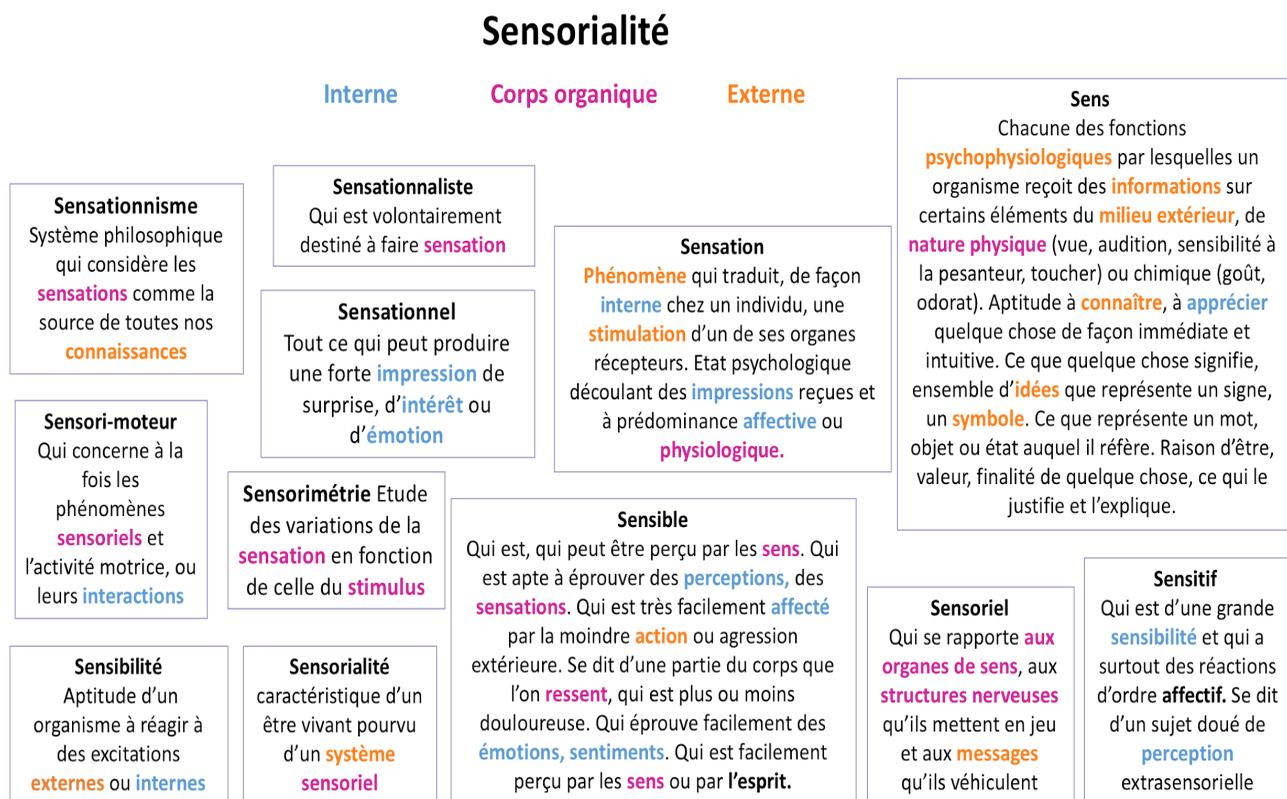
“ La sensation est une donnée psychique impossible à saisir dans sa pureté, mais dont on s'approche comme d'une limite.” (A. Lalande, 2010).

On comprend mieux grâce à cette définition la difficulté à laquelle on est confronté dès lors que l'on tente de se représenter concrètement ce qu'est une sensation et ce qu'est la sensorialité. Comme s'il y avait une partie de ce terme difficilement transposable en mots. Voilà peut-être pourquoi il est si difficile de donner une définition concrète de ce qu'est la sensorialité. Cette “limite” à laquelle on se confronte serait finalement la limite de ce qui est représentable. Ainsi, tout un chacun peut se représenter une image dès lors que l'on nomme les sens un à un (à l'ouïe correspondrait par exemple la représentation d'une oreille ou encore une chanson). Cependant, il est difficile d'accéder à une représentation de ce qu'est la sensorialité dans son ensemble. La “limite” dont Lalande fait référence pourrait ainsi correspondre à ce qui demeure “non élaboré” (certains

oseraient même dire archaïques) chez soi. La limite de là où les mots ne peuvent encore accéder.

Aujourd’hui, les données de la littérature tendent vers l’hypothèse que l’utilisation de nos canaux sensoriels sont à l’origine de la découverte et l’exploration de l’environnement. Le dictionnaire Larousse nous donne cette définition de la sensorialité : “ caractéristique d’un être vivant pourvu d’un système sensoriel ”.

En partant des mots commençant par “ sens ”, on se propose de repenser une définition plus élargie du terme “ sensorialité ”.



Après lectures de ces définitions, dans l'objectif de les rassembler, on observe que chacune d'entre elles possède des mots du registre de l'interne, du corps (au sens physiologique) et de l'externe. Il est donc intéressant de constater que les mots commençant par sens, une fois réunis, nous révèlent la spécificité de la sensorialité. Celle-ci pourrait donc se résumer à : l'utilisation de ses sens pour créer un lien entre le dedans et le dehors. Pour s'en servir, nos sens sont d'abord notre point d'appui. Ainsi, on peut dire que tout commence par les sens.

2. De quels sens parlons nous ?

Dans un premier temps de vie, le sujet baigne dans ce que l'on pourrait appeler une brume sensorielle. Le contact avec l'environnement est inévitable et indispensable. D'où cette fameuse phrase de Winnicott (1969): "There's no such thing as a baby!". L'enfant va se laisser guider par ce qu'il ressent dans son corps grâce aux soins que lui prodiguent ses parents. C'est uniquement parce que ces derniers interprètent puis répondent aux appels du corps de leur enfant, qu'un sens peut leur être accordé. Toute interaction sensorielle est donc une interaction affective. L'attachement se fait par les sens pour donner du sens à nos conduites. En effet, l'affect s'insère alors dans cette brume primaire pour l'éclaircir petit à petit, et l'enfant réussit à s'approprier ce qu'il ressent (et donc à y voir plus clair). C'est par les sens que commence un processus d'individuation en même temps que la rencontre.

On est tous familiers avec les cinq sens classiques : le toucher, le goût, l'odorat, l'audition et la vue. Cependant, il s'avère qu'on en a six et il ne faut donc pas oublier le système vestibulaire, la somesthésie, c'est-à-dire l'équilibre et la "perception interne". Chacun de ces sens joue un rôle fondamental dans le développement de tout individu et alors même que l'on peut les différencier, ils sont tous intimement reliés et c'est au sujet de les connecter.

Un flux sensoriel correspond aux informations provenant de la rencontre avec l'environnement qui viennent toucher un organe sensoriel possédant des capteurs qui se chargent de réceptionner l'information.

A. Bullinger distingue plusieurs types de flux sensoriels:

Le flux gravitaire

Source	force de pesanteur liée au mouvement (passif ou actif) de l'organisme.
Capteur	oreille interne dotée du saccule et de l'utricule qui permet d'enregistrer les changements de position de la tête.
Fonctions	orienter dans l'espace, donner la perception d'un haut et d'un bas.

Les flux tactiles

Source	force de pesanteur liée au mouvement (passif ou actif) de l'organisme
Capteur	toute la surface corporelle.
Fonctions	découverte des objets, situer son corps dans l'espace et en connaître ses limites.

Les flux olfactifs

Source	environnement
Capteur	cellules ciliées dans le nez
Fonctions	favorise l'attachement entre le bébé et ses parents et la communication.

Les flux auditifs

Source	environnement
Capteur	oreille interne et enveloppe corporelle
Fonctions	organiser nos conduites et orienter un objet dans l'espace. permettent les conduites d'alerte, d'orientation et de traitement de la distance qui sont nécessaires à la constitution de la communication par ce canal

Les flux visuels

Source	milieu éclairé de l'individu
Capteur	périphérie de la rétine et fovéa (centre de l'œil)
Fonctions	orientation du corps dans l'espace, régulation tonico-posturale

Le gustatif

Bullinger parle d'un système gustatif plus que d'un flux notamment car il est " intimement lié aux aspects olfactifs " (A. Bullinger, 2010, p.131).

Capteur	L'organe sensoriel gustatif est situé sur la langue.
Fonctions	Retentissement sur les états toniques du bébé et la modulation de l'activité orale.

Le développement de ces flux sensoriels sur l'organisme se manifeste par des réactions émotionnelles et des modulations toniques. Ainsi, lorsque le bébé bouge, il reçoit simultanément des informations issues de sa sensibilité profonde et des différents flux sensoriels. C'est bien la coordination de ces différents signaux, internes et externes à l'organisme, qui permet à la fonction proprioceptive de se former. Une concordance entre les sensations superficielles et profondes est vitale (F. Dubreuil, 2019).

3. Organisation de la sensorialité

La fonction cutanée, le tact, se met d'abord en place. Viennent ensuite les appareils gustatif et olfactif, puis le système vestibulaire responsable principal de l'équilibre. Plus tard, ce sont les fonctions auditives et visuelles qui s'établissent.

Dans cette lignée développementale, B. Golse (2018) distingue la sensorialité proximale de la sensorialité distale.

<p>La sensorialité proximale</p>	<p>Qui ne peut se jouer qu'au contact de l'objet : l'olfaction, le goût. <i>Tel Alexis qui sent et met dans la bouche la pâte à modeler.</i></p>
<p>La sensorialité distale</p>	<p>Dont la fonction est de pallier la distance de l'objet : la vision, l'audition. <i>A l'instar de Théo qui peut regarder les bulles dans une expérience commune.</i></p>

Les termes “ proximité ” et “ distance ” sont particulièrement intéressants car ils permettent de comprendre le rôle que joue la sensorialité dans le développement de l’individu et particulièrement dans sa relation à l’objet, puis aux objets. Aristote distinguait déjà un partage des sens en deux groupes: “ distanciés et proximaux ” . Par la suite, en 1898, dans son article “ Sens, sensation, sensibilité ”, E. Boirac fait allusion à ces deux couples sensoriels opposés : d’un part le goût et l’odorat permettant des sensations affectives ; d’autre part, l’ouïe et la vue déclenchant des “sensations représentatives ” centrales dans le développement intellectuel du sujet.

Qu’en est-il alors du toucher ? Le toucher est le sens le plus important au départ. On peut y voir une dimension passive, le reliant alors au premier groupe “affectif ” et un côté actif, la main et ses mouvements, faisant alors appel aux compétences de représentation et le rapprochant du second groupe “représentatif”.

En prenant comme repère chronologique l’ordre maturatif des sens du bébé in-utéro, on se demande si le goût, le tact, et l’odorat (premiers sens à se développer durant la vie fœtale et déterminant ce que l’on appelle la sensorialité proximale) ne sont pas les sens les plus archaïques, les plus primaires. L’ouïe et la vue (derniers sens à se développer en fin de gestation et correspondant à la sensorialité distale), les plus élaborés en même temps que les plus récents. On se pose cette question grâce à ce que nous montrent les enfants autistes qui ont du mal à intégrer une sensorialité distale, ce qui s’observe dans leur façon d’être en contact avec l’environnement.

Théo par exemple ne peut regarder l’adulte ou encore, il colle les objets au niveau de ses yeux. Il privilégie le toucher pour communiquer.

Cela nous permet de mieux comprendre la précocité traumatique que vivent certains enfants autistes, comme s'ils avaient encore du mal à se familiariser à cette sensorialité, peut-être encore trop immature.

Le rapport au corps qu'a l'enfant autiste nous interpelle autant que son rapport à la communication et à la relation. En effet, la sensorialité déliée de l'enfant autiste confirme à quel point le corps est le support en même temps que le lien que l'enfant crée avec son environnement. La sensorialité, présente dès le début de la vie in-utéro se pose donc au fondement des interactions précoces.

PARTIE 3 :

**LES SENS AU FONDEMENT
DES INTERACTIONS PRÉCOCES**

“ Quand j’assiste au commencement des conduites d’autrui, mon corps devient moyen de les comprendre, ma corporéité devient puissance de compréhension de la corporéité d’autrui ” (M. Merleau-Ponty., 1949-1952, p.39).

Les sens développés in-utéro permettent au bébé d’être en contact avec son corps et son environnement, ainsi, on parle de sensorialité du fœtus. A la naissance, le nourrisson n’a que son équipement sensoriel, encore immature mais amorcé, pour survivre. Le développement sensoriel du fœtus est le résultat de ce “ début ” d’interaction avec le milieu intérieur de la mère qui paradoxalement représente également l’environnement extérieur de l’enfant à naître. On retrouve alors la spécificité du bébé qui doit apprendre à démêler les confusions entre intérieur et extérieur.

Ainsi, avant sa naissance, le bébé se familiarise progressivement avec l’environnement extérieur grâce à son équipement sensoriel. Une fois “sorti du noir”, il éprouve progressivement la rencontre avec autrui. Le contact entraîne alors une sensation qui déclenche une expression qui est reçue (on l’espère) par l’autre. C’est dans cette boucle “expression-réception” qu’un échange se crée et qu’un sens peut alors être donné au vécu sensoriel de l’enfant. Cela s’inscrit dans la lignée de Merleau-Ponty qui disait que “ toute connaissance commence avec la sensation ” et que

“les sens sont ce par quoi le sensible en puissance passe à l’acte ” (M. Merleau-Ponty, 1949-1952).

Dans un premier “ temps de familiarisation et de rencontre ”, le bébé n’a pas encore conscience que lui et autrui sont deux entités à part entière mais intimement reliées. Il se voit dans le visage de sa mère qui le porte et le berce et confond “se voir” et “te voir”. Telle distinction ne peut encore prendre sens et aboutir. Pour Max Scheler (1920), la conscience est inséparable de son expression et il n’y a pas de différence radicale entre conscience de soi et conscience d’autrui. Les consciences ne sont séparées que par leur corporéité, par l’ensemble des instruments dont elles se servent. La “ corporéité ” dit Merleau-Ponty, “ c’est en quelque sorte la matière sensible à l’aide de laquelle on appréhende soi-même ou autrui ” (1949-1952, p.43). Cette “matière” se crée dans la rencontre entre deux corps et c’est alors qu’elle peut devenir sensible.

Les interactions affectives sont caractérisées par l’influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et celle de sa mère. C’est la notion de réciprocité qui compte et qui ouvrira sur un “environnement suffisamment bon”, nécessaire au développement de l’enfant. Un “accordage affectif” (D. Stern, 1989) se met donc en place lors des moments de nourrissage, lorsque le visage de l’enfant et celui du parent sont menés à se rencontrer. Les travaux de T. Brazelton (1991) tendent à décrire une relation bien ajustée comme “synchrone” et réciproque. Mais, E. Tronick (1998) a revu ce modèle pour démontrer, par une méthode de micro-analyse d’interactions filmées, que la communication précoce réussie se compose de désajustements et de réajustements. C’est une communication qui est en perpétuel mouvement. Il s’agit d’une régulation mutuelle, chacun des partenaires réagit en fonction de l’autre.

Nous exposerons la théorie des interactions précoces “sens par sens”, afin de refléter la corporéité de l'enfant autiste, qui fonctionne souvent sur ce clivage sensoriel. Les titres des parties à venir seront toujours “en mouvement”, afin de conserver la spécificité de la sensorialité dont l'enfant autiste ne peut se détacher.

Nous commencerons par parler de la bouche, et de ce fait du goût car le développement de l'oralité est le représentant d'un besoin de comodalisation sensorielle pour exister.

I. “ Ouvre la bouche ”

La bouche est le berceau de la perception (Sptiz R., 1965). Le goût va bien au-delà de la saveur qu'il véhicule car avant le goût, c'est la découverte de la bouche. Elle a la particularité de rassembler en une seule et même région anatomique plusieurs sens : le toucher, le goût, l'odorat et la sensibilité profonde intervenant dans l'acte de déglutir.

“ Chacun sait l'emplacement anatomique très particulier de la bouche, au carrefour du dedans et du dehors et, de ce fait, la bouche se trouve impliquée dans toute une série de fonctions et de processus qui participent profondément à l'ontogenèse de la personne ” (R. Simas & B. Golse, 2008, p.247).

1. Le goût

La gustation est le sens qui permet la perception du goût. Le goût nous permet de percevoir les différentes saveurs qui nous viennent de notre entourage. Toute sensation gustative va ainsi de pair avec une réaction émotionnelle.

D'un point de vue anatomique, les informations gustatives sont traitées dans le lobe pariétal du cortex. Neurologiquement, le goût, l'odorat et l'émotion sont tous les trois situés dans le système limbique. D'où le fait que le système gustatif et olfactif soient liés et fonctionnent de paire. Tous deux participent à la mise en place des liens d'attachement

Dès le début de la vie du fœtus, des réflexes innés au niveau de la sphère orale se mettent en place.

- Le “ stomodeum ”, c'est-à-dire la cavité naso-buccale primitive, se forme dès la quatrième semaine embryonnaire.
- Dès la septième semaine d'aménorrhée, des premiers bourgeons gustatifs se forment au niveau des papilles gustatives sur la langue, le palais, l'intérieur des joues et la gorge, ce sont eux qui permettent d'identifier les saveurs dont les plus connues sont le sucré, le salé, l'acide et l'amer.
- A la huitième semaine, la dimension tactile de la zone orale est déjà présente. Par exemple, quand la main s'approche du bord inférieur de la lèvre, cela déclenche l'ouverture partielle de la bouche (c'est le réflexe de Hooker).
- A la dixième semaine, la descente de la langue dans la bouche primitive permet la fermeture de la voûte palatine : la cavité buccale est alors formée (C. Senez, 2002).
- Vers la quinzième semaine, le fœtus, à la suite d'un contact des doigts avec ses lèvres, suce son pouce. Cet acte de suçotement dans lequel on observe un comportement autoérotique serait ainsi présent dès la vie in-utéro.
- A la vingt-deuxième semaine, le fœtus est capable de déglutir le liquide amniotique et “certaines expériences ont montré que le type de nourriture de la mère pendant la grossesse pouvait influencer, dans une certaine mesure, l'attirance du nouveau-né à la naissance

pour des substances ou des molécules en rapport avec cette nourriture maternelle prénatale” (R. Simas & B. Golse, 2008).

L'ensemble du système gustatif est fonctionnel à trois mois. Il est important de souligner que le système gustatif est intimement lié au système olfactif ; non seulement du fait de la proximité entre la bouche et le nez mais également par la proximité entre leurs zones réceptrices situées dans une certaine continuité (F. Dubreuil, 2019). O. Bogdashina (2013) rajoute : “ Le sens gustatif s’occupe des éléments chimiques solides et liquides alors que l’odorat s’occupe des éléments chimiques contenus dans l’air ” (p.44).

On observe d'emblée à quel point la somesthésie, l'olfaction et la gustation sont liées. Par ailleurs, B. Cyrulnik (1993) indique que lorsque la bouche ou l'oreille du fœtus captent les vibrations de la voix maternelle, celui-ci projette ses mains vers l'avant et ouvre la bouche. Selon l'auteur, cela voudrait dire que quand la mère parle, le bébé la goûte. De plus, la bouche contribue à l'évolution des systèmes perceptifs car c'est là que se joue le passage d'une perception par contact à la perception à distance visuelle. Lors de la tétée, lorsque le nourrisson perd et retrouve le contact de sa bouche avec le mamelon, il maintient le contact visuel avec le visage de sa mère de façon continue (R. Simas & B. Golse, 2008).

Ainsi, l'activité orale manifestée par le fœtus indique que les fonctions essentielles à la vie néonatale s'organisent déjà dans la vie intra-utérine. Dès sa venue au monde, le bébé possède des structures neurologiques et un équipement anatomique fonctionnel qui forment les réflexes indispensables à la découverte du monde et qui montrent la place essentielle qu'a très précocement la bouche. Pour R. Spitz (1965), toute perception débute dans cette cavité ; elle est le lieu du sensoriel, de l'affectif et du lien à l'autre.

Pendant la grossesse, la nourriture de la mère va faire varier la saveur du liquide amniotique. De nombreuses recherches montrent les corrélations directes entre les goûts de l'enfant et ceux de sa mère. A la naissance, l'enfant peut reconnaître le goût du lait que lui offre sa mère. Le bébé est également capable de manifester des préférences gustatives par des expressions de plaisir ou à l'inverse d'évitement ; signaux qui sont interprétés comme tels par les adultes s'occupant de lui. Le système gustatif a ainsi un rôle central dans la mise en place des liens d'attachement.

2. La bouche au cœur de la motricité de l'enfant

A. Bullinger (2007) conçoit le développement sensorimoteur de l'enfant comme la coordination entre divers espaces. L'espace oral est contenu dans l'espace de préhension, de saisie, qui lui-même est contenu dans l'espace des déplacements. " L'espace oral " joue un rôle primordial car il assure un relais entre les espaces gauche et droit du corps. Il ajoute que des désorganisations de la sphère orale ont souvent des retentissements dans la coordination de ces espaces gauche et droit qui est alors rendue difficile parce que la bouche ne peut servir de relais entre ces espaces. "A la constitution de l'axe corporel correspond la constitution d'un espace de préhension unifié. Les héli-espaces gauche et droit peuvent se coordonner pour autant que l'espace oral ait pu jouer son rôle de relais " (A. Bullinger, 2004, p.96).

Dans la même perspective, R. Vasseur (2000) note qu'au cours des deux premiers mois, lors d'un changement de posture d'un bébé allongé à l'horizontal, ce dernier présente une désorganisation tonique avec des mouvements de la bouche et de la langue. Le nourrisson peut aussi porter une main ou deux à la bouche à cette occasion. Le contact des deux mains se réalise uniquement au niveau de la bouche qui devient le point de jonction des espaces droits et gauches et participe à la construction de l'espace médian. En effet, si on regarde notre visage, on observe que la

bouche se situe à peu près au milieu: elle trace l'axe médian qui traverse notre corps. Ainsi, elle permet à l'individu d'acquérir une coordination corporelle (entre la gauche et la droite) et une représentation de son corps dans l'espace.

De même, G. et M. Haag (1998) parlent " d'une expérience première de chute au milieu ". Un jeu avec le sein réalisé par un bébé de quatre mois montre comment " ce trou du milieu " suscite la motricité buccale. A la fin de la tétée, l'enfant, assis face à sa mère sur ses genoux, se tient sans soutien (le tronc droit). On observe des rotations de la tête de la gauche vers la droite. Lorsqu'il atteint la ligne médiane, sa tête et son torse tombent en avant sur le sein et le bébé se saisit du mamelon et recommence plusieurs fois ce mouvement. Les séquences de ce jeu mettent bien en lumière le rôle de l'activité orale dans l'élaboration de l'axe médian. La chute sur le sein et le maintien du buste sont articulés par l'activité de la bouche qui opère, selon les auteurs, comme " une prothèse de rassemblement ", comme un lien de jonction.

3. L'alimentation

On peut survivre sans voir, écouter ou parler mais on ne peut pas vivre sans manger. La fonction alimentaire a une place vitale dans le développement du sujet. La mère donne la vie au nouveau-né en lui donnant sa première nourriture. Ainsi, la vie débiterait d'un échange oral. " On dit qu'il n'y a rien dans les relations humaines qui soit plus puissant que le lien existant pendant l'excitation d'une tétée entre un bébé et sa mère" (D.W. Winnicott, 1957, p.121).

Dans *L'Interprétation du rêve* (1899), à travers " le rêve des Trois Parques ", Freud nous dit que la faim est le préliminaire à l'émergence du désir. Cette remarque anticipe sur toute la question du représentant psychique de la pulsion qui fait l'objet d'un long commentaire par la suite. Pour Freud, la

sensation de faim mène à la découverte de l'amour et du désir. Le besoin est le socle sur lequel va se constituer le désir, le fait de reconnaître qu'il y a un autre du désir : la mère qui donne le sein. Le sein va ainsi représenter la personne que le bébé va aimer. " Mon rêve des trois Parques est évidemment un rêve de faim, mais il s'entend à ramener le besoin de nourriture jusqu'à la désirance de l'enfant pour le sein maternel et à utiliser le désir innocent comme couverture d'un désir plus sérieux qui ne peut se manifester d'une façon aussi peu dissimulée" (S. Freud, 1899, p.272). Le désir naîtrait donc de la mise en attente de la satisfaction du besoin, en l'occurrence de la sensation de faim qui se découvre comme la manifestation d'un désir pour la mère.

Quand Théo ne peut s'aventurer à manger d'autres aliments que ceux connus, quitte à sauter des repas ou à mâchonner longuement un aliment, on peut dire qu'il ne trouve pas d'issue satisfaisante à la répétition de son mâchonnement. De ce fait l'investissement premier de ce sens est compliqué. Le soubassement physiologique dont parle Freud n'est plus une zone réellement érogène ; se pose alors la question de son investissement pour la suite de son développement et notamment pour l'accès au langage.

Quant à Alexis, la fin de la sensation de déplaisir n'est pas intégrée et ce n'est que dans l'agir (manger) qu'il trouve une amorce de plaisir qui ne se pérennise jamais. Alors, la compulsion alimentaire devient juste un moyen à très court terme d'être en adéquation avec son ressenti.

La succion du nourrisson est dans le plaisir de prendre et de recevoir, elle suppose donc d'emblée un échange avec autrui. L'alimentation du nouveau-né est l'une des modalités essentielles des interactions mère-enfant. Le bébé boit d'abord pour se nourrir, pour survivre, pour effacer la sensation de déplaisir mais très rapidement, il va découvrir lors des premières tétées, toute une série de plaisirs parmi lesquels la voix, l'odeur, le tou-

cher, le regard... C'est alors que les affects et la relation d'objet se mettent en place. La bouche est de ce fait le premier lieu au carrefour du sensoriel et de l'affectif, dans le lien qui s'établit lors des moments de nourrissage. Il est important de mettre l'accent sur la fonction relationnelle de l'alimentation car en effet, l'alimentation ne vient jamais seule. C'est en tétant, le mamelon dans la bouche, que le bébé regarde sa mère. Il établit avec elle un lien dynamique entre la succion du sein et l'agrippement du regard. C'est dans cette même situation que la mère a le temps de contempler le visage de son bébé et de s'y submerger. " Le bébé nourrit la mère en mettant son doigt dans la bouche de cette dernière. Il se développe une situation d'allaitement mutuel" (J.F. Rabain, 2004, p.820). Souvent, en effet, lorsque l'on observe une mère en train d'allaiter son enfant, on remarque cette tendance chez le nourrisson de mettre sa main contre sa bouche. Comme s'il y avait un échange en retour, ou une certaine empathie du bébé vis-à-vis de sa mère.

On se souvient de la mère de Théo racontant avec émotion les difficultés d'accordage rencontrées lors des moments de nourrissage.

La mère d'Alexis pouvait raconter ces moments comme des expériences de fusion. "Je pouvais l'avoir tout le temps au sein, ça ne me dérangeait pas" disait-elle.

L'alimentation ouvre sur autrui et permet un processus d'individuation car la bouche est l'organe qui participe le plus à l'établissement d'une limite entre le dedans et le dehors. Cependant, lorsque cette dernière est confuse, cela s'exprime par la bouche également.

De plus, en situation d'alimentation " normale " et orale, le bébé est particulièrement actif. Il s'adapte à la posture par des mouvements contre le corps de sa mère. Les postures et les ajustements de chaque partenaire à

la posture de l'autre forment un dialogue tonique dont la fonction est d'apporter une régulation tonifiante entre les deux partenaires. Cela permet de maintenir le bébé dans un état tonique suffisant, ce qui lui permettra d'avoir une activité instrumentale telle que la succion (A. Bullinger, 2000).

A nouveau, l'image de Théo "coulant" des bras de sa mère, preuve d'une alimentation déliée de son accordage affectif. A l'inverse, si l'on pense à Alexis, on retient de lui d'être collé au sein de sa mère. Délié pour l'un, confondu pour l'autre.

Ainsi, les difficultés au niveau de l'alimentation ont inévitablement un impact sur la dynamique affective entre l'enfant et ses parents. L'alimentation représente la possibilité de prendre en soi, une partie de l'autre. Les enfants présentant un Trouble du Spectre Autistique sont de ce fait souvent entravés au niveau de l'oralité, que ce soit au niveau du langage ou bien de l'alimentation (ou les deux bien sûr). Du fait de l'inévitable lien à l'autre qu'elle suppose, l'alimentation devient le lieu où tout se joue et où tout s'exprime.

Alexis ne supporte pas les aliments de couleur rouge, il y réagit de façon presque phobique (mais trop "théâtralisée" pour l'être) car l'association psychique sous-jacente ne peut se détacher de la perception en elle-même. Ainsi, telle une synesthésie râtée, l'objet matériel est soudainement coupé de sa fonction sensorielle (gustative) et confondu avec une représentation psychique encore trop labile et donc, envahissante.

Pour Alexis, la tomate n'est pas qu'un aliment, ce qui confirme à quel point l'alimentation renvoie à bien plus que manger.

4. Sucer son pouce

S. Freud (1905) décrit le suçotement comme une répétition rythmique de la succion sans but alimentaire. Il y voit les premières manifestations sexuelles de l'enfant. Le nourrisson reproduit les sensations liées à la satisfaction alimentaire et affective et son but est la recherche de plaisir. Lors de cette activité, le bébé atteint un état de quiétude qui le conduit le plus souvent à l'endormissement. La sensation familière déliée du corps physique de l'autre le permet alors. On pourrait presque dire que lorsque l'enfant suce son pouce, s'est alors produit une incorporation de la place de l'autre en lui. Il peut ainsi, à travers son corps et la sensation qu'il se procure, le retrouver.

Théo portait souvent quatre doigts à la bouche, tous sauf le pouce. Il avait tendance à le faire notamment lorsqu'il était au sol et qu'il s'évadait du groupe environnant. On pouvait parfois croire qu'il suçotait ses doigts tel un plus jeune enfant qui sucera son pouce. Cependant, alors que la sensation de suçotement du pouce représente pour la plupart des enfants une sensation transitionnelle, rappel de l'autre qui protège; pour l'enfant autiste, elle est utilisée comme un moyen d'évitement relationnel car cet autre n'est pas encore représentable mentalement (pour y faire appel).

Alexis, lui, suçait son doudou de façon démesurée; dès qu'il pouvait. On peinait alors à reconnaître les moments relationnels qui pouvaient déclencher ce besoin de sensation rassurante. Comme si parfois, la sensation devenait objet de mouvements compulsifs et répétitifs, à l'image d'un mécanisme psychique sous-jacent, encore peu élaboré. On retrouve alors, comme pour Théo, une sensation déliée d'inscription relationnelle.

Le réflexe de succion est déclenché par le contact du mamelon ou de la tétine perçu par les récepteurs cutanés de la bouche. Les stimulations olfactives et gustatives renforcent son déclenchement (V. Abadie, 2002). La traduction de ces stimulations sensorielles au niveau cortical détermine le déclenchement de la motricité buccale (C. Gordon-Pomores, 2004). De plus, les stimulations tactiles jouent un rôle essentiel dans la conduite de la succion car elles sollicitent deux systèmes. Le premier traite des aspects qualitatifs tels que la température, les sensations agréables/désagréables et, le second, les aspects spatiaux du stimulus permettant aux lèvres et à la langue de s'ajuster à la forme de la tétine. Le bon déroulement de la succion dépend de l'équilibre de ces deux systèmes tactiles. Au sein, les stimulations olfactives ainsi que le contact du mamelon sur la joue ou les lèvres provoquent des mouvements giratoires de la tête et une ouverture de la bouche. R. Spitz (1965) considère la perception tactile comme le premier mode d'exploration de l'environnement chez le bébé et soutient l'idée que les lèvres et le pharynx sont les premières surfaces utilisées par le nouveau-né pour cette exploration. Ainsi, une synchronie sensorielle est inévitable et primordiale.

La bouche est un élément de liaison dont la maturité avancée par rapport à celle des autres fonctions motrices est à l'origine du développement psychologique et sensori-moteur de l'enfant. De ce fait, elle peut également devenir le représentant d'un trouble développemental. Ainsi, nombreux enfants TSA, tels que Théo et Alexis montrent un investissement oral très particulier, souvent en lien avec une dyssynchronie sensorielle, reflet de leur rapport aux objets et aux autres.

La cavité orale avec la langue, les lèvres, les joues et le pharynx permet à l'enfant d'explorer le monde de par la simultanéité sensorielle qu'elle propose. Ainsi, il est finalement quasi impossible de différencier le goût du toucher, si ce n'est par la place active (ou pas) que l'on accorde à l'autre.

II. “ Donne-moi la main ”

“ Toucher, c’est prendre contact pour sentir, c’est éprouver une sensation, un sentiment. Celui qui est touché et celui qui touche éprouvent une sensation. Le toucher unit ” (B. This, 1981).

Le système tactile est le premier à se mettre en place (R. Sabourin, 2010) ; il nous permet de percevoir par le toucher, la pression, la température, l’excitation et la douleur par la “ surface réceptrice ” (F. Dubreuil, 2019) qu’est la peau. Le fœtus est en contact avec la paroi utérine. C’est le toucher qui procure au fœtus ses premières sensations du contact entre son propre corps et l’environnement intra-utérin, stimulé en permanence par le monde extérieur. La densité de récepteurs sur la peau du nourrisson est bien plus élevée que celle de l’adulte. C’est donc par le toucher que s’établissent les premiers liens entre le dedans et le dehors.

R. Sptiz (1965) note que la main participe activement à l’alimentation. Le rythme des mouvements d’ouverture et de fermeture de la main serait lié au rythme de la succion. La bouche et la main sont coordonnées au sein d’une même activité et la sensibilité manuelle renforce cette fonction exploratoire qu’a la bouche. Les travaux de P. Rochat et al. (1988) renforcent cette hypothèse en ajoutant que la coordination main-bouche est dépendante d’un contrôle oro-pharyngien.

Lors des départs de Théo à l’Unité De Jour, alors que sa mère lui tendait la main, il ne pouvait le la lui rendre. Sa mère devait alors lui attraper la main: des mains non communicantes finalement.

1. Le toucher

In-utero, le fœtus baigne dans le liquide amniotique. Sa peau est donc d'emblée stimulée et ce de façon permanente. Dès la septième semaine de gestation, des récepteurs tactiles se développent autour de la bouche puis sur tout le visage à partir de la onzième semaine. Ils se développent par la suite sur le tronc et les racines des membres, avant de recouvrir toute la surface cutanée à vingt semaines.

Il existe différents types de récepteurs tactiles :

- Corpuscules de Pacini : ils permettent de percevoir la pression
- Corpuscules de Merkel et Meissner : ils permettent de percevoir le toucher et les vibrations.
- Corpuscules de Ruffini : ils permettent d'enregistrer les modifications de température et de pression
- Les nocicepteurs permettent de traiter les informations douloureuses.

On parle de somesthésie pour faire référence à la perception tactile. Elle comporte deux types de toucher (H. Segond, 2008):

Le toucher passif : il correspond à une perception cutanée diffuse (protopathique) réduite à la surface de l'objet du fait d'avoir été touché.

Le toucher actif : il désigne une perception fine discriminative (épicrotique) associée aux mouvements exploratoires sollicitant non seulement les récepteurs cutanés mais aussi les proprioceptifs qui permettent ainsi une reconnaissance et une discrimination de l'objet.

Les récepteurs sensoriels ne sont pas répartis sur la surface du corps de façon homogène. C'est notamment au niveau de la bouche et des doigts que l'on retrouve le plus grand nombre de récepteurs sensoriels. En effet, c'est au niveau de la main et du pied que l'on trouve la plus forte concentration d'un certain type de récepteurs encapsulés : les corpuscules tactiles de Meissner. Ce sont ces récepteurs qui vont permettre de transmettre toutes les informations des changements de la surface de la peau. Ils sont d'autant plus présents au niveau des doigts et plus particulièrement au niveau de l'index. C'est ce même doigt que privilégie l'enfant pour désigner les objets qu'il perçoit dans la tentative de les partager avec autrui. En effet, le pointage en tant qu'ébauche de communication est un élément indispensable dans le développement psychique et cognitif de l'individu.

La peau est une enveloppe tactile qui permet une "communication sensorielle" entre le fœtus et le corps de sa mère (R. Sabourin, 2010). Les contractions de l'utérus par exemple, déclenchent un "effet massage" sur le dos du bébé. Ainsi, dès la vie intra-utérine, la perception tactile permet au fœtus d'engager une réponse motrice en réactions aux sollicitations extérieures. La peau a donc une fonction première de communication et participe à la mise en place des premiers liens d'attachement.

2. La peau

La peau est la partie la plus profonde du corps. Elle est un système sensoriel unique qui définit les limites de tout organisme vivant en délimitant une frontière en même temps qu'un pont entre lui et l'environnement. Toute la surface de notre corps possède des récepteurs sensoriels qui permettent au sujet d'être en contact avec le monde extérieur et d'intégrer les informations qui en découlent.

Le concept de “Moi-peau” de Didier Anzieu (1974) permet de mieux comprendre le sentiment d'existence ou à la notion d'identité du bébé. Il cherche à définir comment se constitue le Moi (au sens du Self de Winnicott, 1969) en s'appuyant sur les données de l'éthologie, à l'instar de des travaux de Lorenz sur l'empreinte (1927) et ceux de Harlow sur les singes rhésus (1958) démontrant le besoin de contact avec d'autres êtres de la même espèce mais également sur les données issues de la théorie de l'attachement et enfin celles issues des tests projectifs (S. Cleveland et S. Fisher, 1958).

Anzieu va exprimer le fait que la constitution d'une personne, consciente d'elle-même, individualisée, va s'appuyer sur la peau.

Didier Anzieu, dans l'ouvrage qu'il consacre à ce concept (1985), définit le Moi-peau de la façon suivante: “ Par moi-peau, je désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le moi psychique se différencie du moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif ” (D. Anzieu, 1985, p.29).

Anzieu va introduire le corps comme dimension vitale de la réalité humaine, comme ce sur quoi s'étaient les fonctions psychiques. Ainsi, le moi s'étaye sur un moi-corporel, le Moi-peau.

Il est impossible de ne pas faire le lien entre les problèmes cutanés d'Alexis et l'absence d'enveloppe corporelle qu'il donne à voir. Là encore, le substrat physiologique entraîne une déviance de la trajectoire de la pulsion telle que décrite par Freud.

In utero déjà et dès sa naissance, grâce à l'éveil de ces 5 sens, le bébé va puiser dans son environnement proche les bases qui favorisent sa survie. Il a alors accès en premier lieu au corps de sa mère. Les sens du fœtus se développent et s'organisent afin qu'il puisse se percevoir comme étant contenu. Le corps contenant de la mère forme ainsi une structure de vie tout à fait sûre.

Dès la naissance, de brusques changements interviennent dans les repères du bébé, et la contenance est moins évidente car elle passe par une forme d'effort faite par le bébé (avoir de l'oxygène, communiquer ses besoins). C'est toutefois grâce à l'étayage du corps de la mère et aux interactions que le bébé va commencer à différencier une surface comportant une face interne et une face externe. Cela va permettre la distinction entre le dedans et le dehors, ce qui donne lieu à un volume ambiant dans lequel il se sent baigné, surface et volume que lui apportent l'expérience d'un contenant. Car, en effet, ces interactions se font de deux manières, par les peaux respectives et par l'enveloppe sonore. Les structures psychiques se mettent alors en place, permettant la construction du Moi. Cette construction va se faire progressivement en se fondant sur les expériences sensibles passées (les perceptions et sensations de peau à peau partagées entre le bébé et ses parents).

Ce qui est important de relever dans le concept du Moi-peau, c'est que cette construction répond à un besoin d'une enveloppe narcissique et va au fondement d'un bien être de base.

De nombreux chercheurs se sont intéressés à l'importance du toucher dans le développement physique et psychique du sujet. Le concept d'hospitalisme développé par R. Spitz en 1946 après avoir étudié les nourrissons de mères célibataires en prison montre par exemple que sans le toucher, le bébé ne parvient pas à entrer dans une construction identitaire consistante. Ces gestes ne peuvent se réduire à une action purement

mécanique, comme l'explique Winnicott (1960) dans les concepts de " holding " et " handling ", que nous avons déjà évoqués sous le regard des interactions, mais que nous reprenons maintenant avec la sensorialité comme prisme de lecture.

3. Porter et être porté

Lors d'une situation d'allaitement normale (ou de nourrissage par biberon) la mère (ou le père) porte le nourrisson. L'alimentation devient donc rapidement une situation qui engendre le corps et plus précisément, les corps.

Concepts fondamentaux dans la clinique de D. W. Winnicott, le holding et le handling sont indispensables à la mise en place d'une relation mère-enfant et participent au développement de tout individu. Winnicott désigne la façon dont on porte l'enfant aussi bien psychiquement que physiquement sous le nom de holding. C'est le portage, la maintenance ; ça commence avec la grossesse, ensuite, il faut porter le bébé dans ses bras. Comme s'il était nécessaire qu'il y ait une continuité de ce " corps à corps " entre la vie intra-utérine et la toute petite enfance. Il faut toujours porter l'enfant car ce que craint le plus le bébé c'est la chute, c'est l'effondrement. Le holding protège ainsi contre les dangers ; il tient compte de la sensibilité de la peau de l'enfant (le toucher, la température) mais également de sa sensibilité auditive et visuelle. Il s'agirait d'une forme d'amour qui s'exprime par le contact corporel.

Le handling c'est l'espace entre la main de la mère et le corps de l'enfant. C'est la manière de toucher l'enfant en lui donnant les soins nécessaires et en mettant l'accent sur le contact cutané et sur les caresses.

L. Kreisler et al. (1974) précisent que le bébé est particulièrement sensible à l'équilibre, aux tensions musculaires, aux postures, à la température et

aux rythmes maternels. La mère, suite à la grossesse, retrouve également une acuité pour la perception de ces phénomènes chez son enfant. L'ensemble de ces sensations forme un riche registre de signaux qui permettrait à chaque partenaire de s'informer l'un de l'autre.

III. “ Ça sent bon ”

L'olfaction est le sens qui permet la perception des odeurs. C'est un sens qui est au fondement de l'attachement et de l'installation des liens entre le bébé et ses parents. A. Bullinger disait (2013) : « Retrouver l'odeur familière est une activité qui peut orienter toutes les conduites d'un individu ».

1. L'odorat

Le nez et les narines sont formés entre la cinquième et septième semaine de grossesse. Les récepteurs olfactifs se situent sur l'épithélium olfactif à l'intérieur des narines et se développent entre la septième et neuvième semaine d'aménorrhée. Les corps cellulaires des neurones du nerf olfactif assurent la réception et la conduction du message olfactif (C. Ayer-Le Lièvre, 2004). L'olfaction et la somesthésie sont toujours liées à la modalité gustative. Lors de la mise en bouche d'un aliment, “l'olfaction rétro-nasale” et les sensations de température et de texture participent à la perception gustative. Ainsi, des deux mois de vie intra-utérine, le fœtus est capable de différencier les odeurs.

D'un point de vue anatomique, les fibres provenant du système olfactif rejoignent directement l'amygdale du système limbique. Besoin est peut-être de rappeler que le système limbique joue un rôle important dans le traitement des émotions ainsi que la mémoire. D'où le fait que certaines odeurs puissent déclencher de fortes émotions.

2. “ Se humer et se sentir ”

Dans la théorie de l'attachement développée par Bowlby (1978), à partir de travaux d'observation, on observe que “ la propension à établir des liens forts avec des personnes particulières existe dès la naissance et se maintient tout au long de la vie ”. Le besoin d'attachement est un besoin primaire et vital chez l'homme. Cet attachement se développe à partir de comportements innés tels que les pleurs, la succion et l'agrippement. Les comportements d'attachement (qui sont donc en partie déterminés biologiquement) permettent de maintenir la proximité physique et l'accessibilité à la figure d'attachement privilégiée qui est le plus souvent représentée par la mère. Le bébé a besoin de construire très précocement des liens de familiarité. Ce processus de liaison est soutenu par le développement rapide de la compétence à la reconnaissance. Il s'avère que le bébé reconnaît très précocement comme familiers, certains aspects de son environnement. Les travaux de Schaal, Montagner et al. (1980) montrent une baisse de l'agitation du bébé quand il sent l'odeur de sa mère. McFarlane (1975) a montré que dès l'âge de six jours, le nouveau-né est capable de reconnaître l'odeur maternelle et de s'orienter activement vers une source imprégnée de cette odeur.

Le système olfactif est en lien avec la régulation émotionnelle et se met en place avant la naissance afin que le bébé puisse reconnaître l'odeur de sa mère et en faire un repère pour s'organiser dans un univers à découvrir. L'odeur de la mère sur un foulard par exemple a la capacité de calmer le bébé. Ainsi, l'odorat a une fonction de régulation émotionnelle.

3. “ Il est où ton doudou ? ”

D. W. Winnicott (1950) a mis en lumière la fonction d'objet transitionnel, expliquant que cet objet permettait à l'enfant de faire le pont entre sa relation “primitive” au sein maternel, et le monde extérieur. Effectivement il est reconnu que l'objet transitionnel va permettre à l'enfant de créer un espace intermédiaire pour créer, penser et imaginer. Le doudou est le témoin de cet espace transitionnel qui s'organise.

Le mot “transitionnel” désigne l'objet trouvé (venant de l'extérieur), et en même temps créé (l'investissement de l'enfant). Le doudou est objet transitionnel car il est à la fois ” le prolongement de la mère, mais aussi un peu du bébé lui-même.

Par ailleurs, il joue un rôle primordiale dans la constitution de l'identité car il va aider le bébé à se dégager du besoin de sa mère, en étant le garant de la permanence de l'objet.

Son odeur est très importante car elle rappelle au bébé de bons moments dans son environnement sécurisant. Et le souvenir olfactif va devenir alors le lieu de sécurisation interne du bébé.

Dans cette lignée, nous avons été surpris de voir Théo arrivé avec comme doudou, une petite voiture métallique dure, dénuée d'odeur habituellement rassurante.

IV. “ Écoute-moi ”

Les nourrissons discriminent la langue maternelle dès la naissance. Quand l'adulte parle au bébé, celui-ci fait des petits mouvements avec son corps au rythme de l'énoncé.

1. L'audition

Les yeux possèdent deux types de récepteurs sensoriels : les bâtonnets, sensibles à la lumière tamisée et les cônes, sensibles aux couleurs et à la lumière vive. La croissance du globe oculaire est importante pendant les deux premiers mois de la vie car le nombre de cônes dans la fovéa augmente. La maturation du nerf optique s'achève dans les quatre premiers mois de vie. Les informations visuelles sont traitées par le lobe occipital du cortex cérébral.

Les muscles oculomoteurs et les globes oculaires se forment dès la quinzième semaine d'aménorrhée. Cependant, le câblage et la myélinisation des fibres nerveuses ne sont pas achevés à la naissance, d'où le fait que ce soit le sens le moins stimulé morphologiquement. En effet, cela s'explique en partie par l'absence de stimulations visuelles in-utéro. Le système perceptif se développe grâce aux informations fournies par le milieu extérieur.

Les récepteurs du système auditif se situent dans l'oreille interne, plus précisément dans l'organe de Corti au niveau de la cochlée⁷. Le fœtus peut entendre des sons à partir de la vingtième semaine. Quelques jours après sa naissance, l'enfant peut reconnaître variations, timbres et voix. Dès deux mois, l'enfant localise le bruit. Après trois mois, il tourne la tête face au bruit perçu et l'oriente dans l'espace. Il identifie les sons.

⁷ Voir schéma en annexe 3

On distingue deux processus au sein du système auditif :

- Le premier est un processus de transmission vibratoire où les ondes vont parvenir jusqu'au tympan qu'elles font vibrer qui à son tour fait vibrer une autre membrane, la fenêtre ovale, pour ensuite équilibrer la pression de l'air des deux côtés du tympan.
- Le deuxième processus consiste à transformer le message vibratoire en un message électrochimique, c'est-à-dire en récepteur neurosensoriel.

D'un point de vue anatomique, les informations auditives sont localisées sur une partie du lobe temporal qui est en contact avec la zone du langage. Le système auditif joue en effet un rôle très important dans la communication et dans la reconnaissance précoce des parents, c'est-à-dire, dans la mise en place des liens affectifs.

2. La voix

Le rapport entre le nourrisson et sa mère se noue en grande partie par la voix. La voix nous touche, elle exprime la vie, la présence de l'autre : la rencontre. L'enveloppe sonore du Soi, décrite par D. Anzieu (1976) est fondamentale : "Avant que le regard et le sourire de la mère qui allaite ne renvoient à l'enfant une image de lui qui lui soit visuellement perceptible et qu'il intériorise, pour renforcer son Soi et ébaucher son Moi, le bain mélodique (la voix de la mère, ses chansons) met à sa disposition un premier miroir sonore dont il use d'abord par ses cris (que la voix maternelle apaise en réponse)". Le sonore introduit ainsi progressivement les notions d' "extérieur" et d' "intérieur" afin de permettre à l'enfant de différencier les bruits de la voix maternelle. Ainsi, au fur et à mesure des dialogues interactifs, une différenciation va s'élaborer progressivement entre les sons agréables et désagréables. Toute une série d'affects va pouvoir s'exprimer de par et d'autre à travers la voix et notamment le cri.

Les cris et les pleurs du bébé constituent un véritable “ cordon ombilical acoustique ”. Ils déclenchent des affects intenses avec un sentiment d’urgence qui pousse les parents à agir et à mettre un terme à l’état de détresse du nourrisson. Par ses cris et ses pleurs, le bébé déclenche ainsi l’interaction et la proximité avec ses parents. Comme le disait D. Meltzer (1975) et comme le rappelle G. Haag (2004), la bouche est “le premier théâtre” émotionnel du bébé qui, par la production de sons et de lallations, met en scène ses états internes.

Par ailleurs, R. Sandri (1998) explique qu’au fur et à mesure de ces expériences, le bébé découvre que l’espace buccal peut être rempli, non plus seulement par un sein ou une tétine, mais également par des sons provenant de l’intérieur et qui peuvent être “ lâchés ” à l’extérieur. Il découvre en même temps que ces sons ont un effet sur l’espace psychique de l’autre (celui de sa mère en particulier qui répond à ses sons vocaux). C’est pour le nourrisson, une capacité de nouvelle figuration, de scénario de rapport à l’autre (Y. Noria, 2005). En effet, la bouche c’est aussi le cri qui permet grande partie un tissage entre le nourrisson et sa mère. Freud (1895) écrit : “La voix de décharge (le cri) acquiert ainsi une fonction secondaire d’une extrême importance : celle de la compréhension mutuelle” (p.336). Ainsi, l’audition mêlée à l’oralité a non seulement une fonction expressive mais aussi une fonction communicative et donc, relationnelle.

On observe chez le bébé une préférence pour les sons qui correspondent à la voix humaine. Dès l’âge d’un mois, le nouveau-né est capable de discriminer les sons de la langue qu’il entend parler autour de lui. Il est très tôt capable de synchroniser ses mouvements sur la voix de sa mère (W.S. Condon, 1975).

3. La rythmicité

En ce qui concerne les relations intersubjectives qui nous entraînent dans le monde de la réalité partageable, la voix joue un rôle primordial. L'étude de la prosodie, de la rythmicité, montre bien qu'il s'agit dans le discours de chacun d'un modèle unifié de la cognition et de l'émotion. Les expressions de la vocalisation sont, parmi toutes celles du corps, celle qui sont le plus intimement reliées à notre état de vitalité et de bien ou mal être. A travers l'observation des bébés, on découvre qu'ils ont une musicalité communicative : ils écoutent et répondent à la voix maternelle. C'est ainsi qu'ils commencent à partager leurs expériences mutuellement ; un espace intersubjectif peut alors se créer. Pour entrer dans l'ordre du langage (et du symbolique verbal), le bébé a besoin, non pas de savoir, mais d'éprouver et de ressentir profondément que le langage de l'autre lui est adressé. La mère sera touchée en retour de ses premières émissions vocales à lui. La voix fait partie de la musique du langage qui touche et affecte le bébé, et par laquelle il cherche très tôt à toucher et affecter l'adulte qui prend soin de lui. La voix maternelle reflète ainsi quelque chose de l'investissement de l'enfant par sa mère.

Les parents parlent à leur bébé même si ceux-ci ne savent pas encore parler. On observe que le nourrisson paraît en synchronie avec la parole de ses parents. Influencé par la prosodie du langage, les intonations, le timbre et surtout le rythme : " la musique du langage est la voie privilégiée par laquelle l'enfant entre dans le langage verbal " (B. Golse, 2005). La relation parent-enfant est donc marquée par une rythmicité, une continuité. La plupart des comportements humains sont sous l'influence des rythmes (alimentations, sommeil) qui, accompagnés par le langage, vont participer à l'adaptation, la compréhension mutuelle et la régulation émotionnelle.

La voix maternelle ne donne pas que le ton, elle a un sens par elle-même ; elle se situe à l'interface entre la musique et le sens. Le bébé ne l'entend pas que par les oreilles mais à travers la totalité de son corps car il existe des récepteurs auditifs sur les os.

V. “ Regarde ”

On s'intéresse à la capacité du bébé à regarder, à voir et à être vu.

« Le travail psychique passe par une mise en sens qui bien souvent s'enracine dans le visuel et emprunte les voies d'un conflit de regards » (D. Mellier, 2003).

1. La vision

Les yeux possèdent deux types de récepteurs sensoriels : les bâtonnets, La vision est le sens qui se développe le plus tardivement dans la vie intra-utérine.

sensibles à la lumière tamisée et les cônes, sensibles aux couleurs et à la lumière vive. La croissance du globe oculaire est importante pendant les deux premiers mois de la vie car le nombre de cônes dans la fovéa augmente. La maturation du nerf optique s'achève dans les quatre premiers mois de vie. Les informations visuelles sont traitées par le lobe occipital du cortex cérébral.

Les muscles oculomoteurs et les globes oculaires se forment dès la quinzième semaine d'aménorrhée. Cependant, le câblage et la myélinisation des fibres nerveuses ne sont pas achevés à la naissance, d'où le fait que ce soit le sens le moins stimulé morphologiquement. En effet, cela s'explique en partie par l'absence de stimulations visuelles in-utéro. Le système perceptif se développe grâce aux informations fournies par le milieu extérieur.

Dès la naissance, le nouveau-né est capable de diriger son regard vers un point mais il n'accomode pas son regard. A partir de la sixième semaine, les yeux du nourrisson sont capables de s'agrandir et deviennent plus brillants. Vers la fin du troisième mois, le bébé est en mesure d'accomoder ses perceptions et de suivre des yeux les déplacements de sa mère. Les cibles visuelles nouvelles sont plus regardées que les familières. Une cible visuelle homogène est moins regardée qu'une présentant un dessin contrasté (" pattern ").

La capacité de distinguer entre pattern et non pattern est fondamentale pour la perception d'un univers structuré. Présente et fonctionnelle à la naissance, elle ne se conserve que si elle peut s'exercer dès les premiers jours de vie postnatale. Une stratégie de recherche de contraste dans le champ visuel ainsi qu'une analyse des frontières entretient un niveau élevé d'activité du système oculo-moteur et des cellules visuelles corticales, ce qui favorise leur maturation ainsi que le maintien et le développement des capacités visuelles innées. Grâce à elles, le regard est attiré et retenu sur les zones de l'environnement les plus riches en informations, ce qui favorise la prise de connaissance du milieu, d'où l'intérêt privilégié pour le visage humain.

A un mois, le nourrisson possède la poursuite oculaire jusqu'à quatre-vingt-dix degrés et cent quatre-vingt degrés à deux mois. Entre six et douze mois, il y a une nette amélioration de la sensibilité des récepteurs sensoriels et les premières coordinations sensorielles s'organisent : relation entre tact, vision et audition. A trois mois, l'enfant jouera avec ses mains. A neuf mois, il voit un objet précis.

2. Se regarder

Le regard a une place privilégiée dans la relation parent-enfant. Dès le quinzième jour, mère et bébé tendent à se regarder, on parle de “ regard mutuel ”. Un boucle peut alors se créer, ouvrant ainsi le champ du désir et de l'absence.

Ajuriaguerra (1974) parle de “ regard sortilège ” pour souligner le support affectif que représente le regard qui permet au bébé de devenir “ sujet de la communication humaine ” (L. Alvarez & B. Golse, 2013). Le regard du bébé a des effets importants sur les parents, généralement perçu comme gratifiant, valorisant et permet ainsi une consolidation de l'identité parentale.

L'échange de regards représente l'élément primordial d'un attachement réciproque. C'est par l'engagement mutuel du regard que les parents peuvent répondre de manière adaptée à l'enfant. Le regard participe ainsi à la constitution du soi. Il apparaît très tôt comme essentiel au développement émotionnel et à la capacité créatrice de l'enfant.

Théo, dans sa bulle, ne parvient pas à adresser un regard qui serait pour lui une prémisse d'une communication impossible. Alexis quant à lui peut regarder l'autre sans que cela ne signe pour autant ce lien.

Le visage de la mère a une fonction primordiale dans la relation précoce parent-bébé. C'est sur ce visage que s'inscrivent les premières significations de la vie émotionnelle. Il joue d'une certaine façon un rôle de miroir pour l'enfant. En effet, c'est à travers le visage de sa mère (et de son père) que le bébé va pouvoir s'orienter et se construire. Il est le premier lieu de connaissance et de reconnaissance. C'est l'espace dans lequel il peut découvrir, comme dans un paysage, toute la richesse émotionnelle qui anime la vie interne de ses parents.

Tenu dans les bras de sa mère, l'enfant se voit dans son regard. Winnicott disait (1975) que “ dans le développement émotionnel de l'individu, le précurseur du miroir, c'est le visage de la mère ou plutôt la façon dont le bébé est vu par sa mère ”. Il connaissait le stade du miroir de Jacques Lacan qu'il évoque dans ce même texte “ Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant ” quand il dit s'en être inspiré. Les perspectives cependant ne semblent pas être les mêmes.

3. Un fonctionnement en miroir

Lacan (1966) a repris la description de ce stade chez Henri Wallon. Ce dernier décrit le stade du miroir comme caractérisé par le fait que l'enfant, porté par sa mère, reconnaît l'image de celle-ci dans le miroir, avant de se reconnaître lui-même. Lacan décrit ce stade comme un moment du développement psychique de l'enfant mais aussi comme une fonction qui révèle les relations d'aliénation que le moi entretient avec son image. “ Il faut comprendre le stade du miroir comme une identification ” (J. Lacan, 1966), phase du développement où l'enfant pense le “ je ” pour la première fois en relation à une image qui le représente. Ce rôle de miroir de la mère, où le sujet se réfléchit, se produit à un moment précis lorsque le bébé regarde sa mère et qu'il se voit lui-même. Autrement dit, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation avec le désir qui l'habite. Le bébé perçoit ainsi une anticipation unifiée de lui-même grâce au désir qui le porte. Le corps érotisé de l'autre, perçu par le regard, va donc se constituer en tant qu'objet du désir et objet désirant. Le visage amorce ici l'espace du désir qui ira de l'un à l'autre au rythme de l'identification que Mélanie Klein désigna comme projective (1946).

Théo est décrit par ses parents comme un bébé très calme et pleurant très peu. Le père dit lors d'un entretien “ qu'il ne le portait à peine car il se faisait tout discret ”. Ainsi, on se demande

l'espace de désirs qu'ils ont pu partager à travers ce portage en miroir.

Winnicott, lui, décrit plutôt un mécanisme à double direction qui implique autant le processus de “maternalisation” de la mère, constitué par le regard, que celui qui permet à l'enfant de se voir dans le regard de la mère. On pourrait parler de regards circulaires ou bien d'une synchronisation d'affects qui se dégage dans cette boucle de regards.

Serge Lebovici (1998) insistait lui aussi sur la relation en miroir et la réciprocité de ce processus. Il soulignait le fait que non seulement le nourrisson se voit dans le visage de sa mère mais elle aussi se voit en le regardant : “le visage maternel est le lieu unique où peuvent s'intégrer, en un même espace, des états affectifs différents dissociés les uns des autres. L'observation de la dyade mère-nourrisson montre les changements qui affectent les visages de chacun en fonction des modifications survenant chez l'autre. Il se produit une sorte de modulation permanente du visage de la mère en fonction de ce qu'elle perçoit chez le bébé, de telle sorte qu'elle tend à lui communiquer ce qu'elle a perçu de son état affectif”.

L'ensemble des recherches actuelles sur les premiers temps de la vie psychique, en particulier celles de Colwyn Trévarthen (2003), ont donné leur pleine valeur à l'hypothèse de Winnicott d'une mère fonctionnant comme miroir primaire des états internes du bébé. En outre, elles ont précisé que cette fonction de miroir est nécessaire pour que le bébé puisse entrer en contact avec son propre monde affectif, voire son propre monde représentatif. Peter Fonagy (1999) a également décrit cette “activité réfléchissante” de la mère.

Dès 1958, H. Wallon souligne le rôle du mouvement et de la vue dans la prise de conscience du corps propre à l'enfant. P. Marty (1980) insiste beaucoup sur l'importance de l'investissement sensori-moteur qui prend forme autour de la fonction visuelle. La découverte des “neurones mi-

roirs ” par les neurologues italiens nous fournit la base neuronale du mécanisme communicatif de l’émotion qui se fait par le biais de la représentation motrice. En 1996, l’équipe de G. Rizzolati met en évidence l’existence (dans la région frontale prémotrice du cortex du singe) de neurones qui s’activent à la fois lorsque l’individu exécute une action et lorsqu’il regarde un autre individu exécuter la même action. Le système moteur est alors activé non seulement lorsqu’une action donnée est exécutée mais également lorsqu’elle est observée. Ceci suggère qu’il existe une relation entre le contrôle de l’action et la représentation de celle-ci.

Chez le sujet observant, les neurones miroirs constituent un mécanisme de transfert qui projette une description de l’action d’autrui, élaborée à l’origine dans les aires visuelles, vers les zones motrices. Sans exécuter l’action, le cerveau de l’observateur engendre une simulation motrice de la personne observée entrain de faire quelque chose. Les études d’imagerie cérébrale ont montré l’existence dans le cerveau d’un lien direct entre l’action du sujet et son observation par autrui. Ainsi, observer et agir apparaissent intimement liés dans le fonctionnement neuronal (B. Golse, 2008). D’un point de vue neuropsychologique, l’action d’autrui est originellement inséparable de la nôtre. On comprend donc mieux que le rôle qu’a le visage de la mère en tant que miroir émotionnel et neuronal en même temps.

VI. “ Lève la tête ! ”

Tout enfant apprend à un moment donné de son développement à lever la tête. C'est ainsi qu'il se positionne et découvre le monde. On parle ainsi d'équilibre et d'une sensation interne qui permet à l'enfant de mobiliser son corps pour pouvoir solliciter ses sens.

1. Le système vestibulaire: l'équilibre

Le système vestibulaire nous informe sur la position de la tête et ses déplacements dans l'espace nécessaires à l'équilibre. Dans un premier temps, le sujet est libéré des contraintes de pesanteur. Progressivement, le fœtus s'adapte à la restriction de son espace en adoptant une position à l'origine de son développement tonico-postural.

Le système proprioceptif, aussi appelé kinesthésique, nous permet d'être informé de la position et posture de notre corps dans l'espace.

Les organes récepteurs se situent dans l'oreille interne et constituent des canaux semi-circulaires et des récepteurs otolithiques qui fournissent des indications sur la position et les déplacements de la tête nécessaires à l'équilibre. Ils sont matures vers la treizième semaine de grossesse. D'un point de vue anatomique, le nerf vestibulaire passe dans le tronc cérébral et émet des connexions avec les informations visuelles et cérébelleuses.

L'appareil vestibulaire participe donc au contrôle des équilibres statiques et dynamiques du corps, ainsi qu'à l'oculomotricité. Il joue un rôle important dans la mise en place des coordinations sensori-motrices. “ Le sens de l'équilibre est secondé par notre vision et par les propriocepteurs ” (O. Bogdashina, 2013, p.49). Ainsi, le système vestibulaire serait le résultat même d'une coordination sensorielle. Pour Wallon, activité et sensibilité tonique sont dans une constante dépendance mutuelle.

Les organes récepteurs sont appelés les propriocepteurs et se situent au niveau des muscles, des tendons et des articulations. “ Les propriocepteurs évaluent la juste quantité de pression nécessaire pour soulever quelque chose de léger ou de lourd ” (O. Bogdashina, 2013, p.49). Ils permettent ainsi une anticipation en même temps qu’une maîtrise de nos actions.

2. La proprioception

Pour Bullinger (2006), la modulation des flux sensoriels à la sensibilité profonde permet leur intégration. La proprioception permet d’améliorer les capacités d’instrumentation du bébé (F. Jouen, B. Guillois, M. David et M. Moline, 2015).

Ainsi, la proprioception correspond à un ressenti interne, intimement lié à nos autres sens. D. Brown parle de “ sens caché ” pour dire que finalement ce serait la proprioception qui nous permettrait d’utiliser nos autres sens simultanément, sans confusions. La proprioception est dépendante de notre système sensoriel, elle permet un équilibre et une synchronisation sensorielle, il ne s’agit pas là d’un sens uniquement musculaire, mais au contraire d’un sens connecté aux sens (l’ouïe, la vue, le toucher, le goût et l’odorat). Ces sens se développent dès la vie fœtale, en suivant un ordre de maturation et donc, nous pouvons imaginer que la proprioception se développe elle aussi en parallèle. Comme s’il s’agissait d’un sens omniprésent et gardien d’une “ sensorialité globale ”. Elle est ainsi, le lit de l’enveloppe corporelle (D. Anzieu, 1974) qui permet de s’aventurer dans le labyrinthe que créent la construction psychique et les mécanismes fondateurs du sentiment d’exister.

La proprioception est la “ perception propre ”. C’est la perception que l’on a de notre corps dans l’espace, que l’on bouge ou bien que l’on reste immobile. En effet, la position statique permet la statesthésie qui nous renseigne sur l’emplacement des membres les uns par rapport aux autres. Si l’on bouge, le mouvement, c’est-à-dire la kinesthésie, nous permet

d'avoir une représentation sur nos déplacements. Ainsi, si l'on ferme les yeux et on lève un bras, on va pouvoir percevoir notre bras sans que l'on ait à ouvrir les yeux.

Ressenti immobile (statesthésie) + Ressenti du mouvement (kinesthésie)
= *Proprioception*

Dans ses travaux sur le développement sensori-moteur, André Bullinger accorde une place centrale à la proprioception. Il la décrit comme résultat et agent d'une interaction entre stimulations sensorielles et sensations toniques et viscérales profondes. La proprioception est ainsi amenée à se modifier en fonction des interactions entre l'organisme et son milieu (F. Jouen, B. Guillois, M. David et M. Moline, 2015). Bullinger souligne l'importance de cette sensibilité proprioceptive comme élément liant les informations de l'intérieur et de l'extérieur. L'interaction entre le milieu et les flux sensoriels qu'il engendre sont possibles grâce au dialogue sensori-tonique.

A. Bullinger parlait d' "organisme " pour se référer au corps physique que l'enfant ne peut pas encore se représenter. Pour lui, le passage de l'organisme au corps se fait progressivement lorsque le bébé, en découvrant son environnement, se construit une représentation de son organisme par rapport aux objets, à l'espace et aux personnes. Cela est possible en partie grâce à la proprioception qui participe à la représentation de l'organisme comme objet faisant partie de l'environnement et agissant sur lui. La notion de corps supposerait alors une certaine conscience de soi en lien avec les autres et la représentation de leurs interactions qui impliquent inévitablement la mise en mouvement. La proprioception permet donc à l'organisme d'avoir conscience de la position et des mouvements de chaque segment du corps et donc d'accéder à la notion de "corps " (au moins une représentation du corps mouvant).

3. Un 6^{ème} sens !

“ Je le sens pas ”, “ je le sens bien cette fois ci ”, “ je fais confiance à mon 6ème sens ”, combien de fois pouvons-nous dire ou entendre ces phrases ? Avons-nous suffisamment réalisé à quel point nous baignons et utilisons un vocabulaire sensoriel pour parler de ce qui ne provient pas des mots ?

Dans de nombreuses langues, on va se servir de l'expression “ mon sixième sens ” pour parler d'un ressenti non exprimé par une représentation concrète. Ce “ sixième sens ” auquel tout le monde se réfère, avec une signification propre, semble bien énigmatique et depuis toujours teinté d'une dimension mystique. En effet, cela correspondrait en quelque sorte à une représentation de ce qu'est l'intuition, proche d'une pensée magique. C'est ainsi, et après l'avoir jadis associé aussi à une forme de sorcellerie, qu'aujourd'hui encore, on continue à penser que le “ sixième sens ” serait de l'ordre de la folie, qu'on s'efforcerait de contenir par la spiritualité, par exemple. Ou encore, le “ sixième sens ” traduirait une forme de don “ paranormal ”, à l'image des différents films dont les scénarii sont basés sur l'existence de fantômes avec lesquels une communication serait possible grâce à cette qualité de “ sixième sens ”.

Aujourd'hui, et notamment grâce à l'avancée des neurosciences, nous avons une meilleure appréhension de ce concept de “ sixième sens ”. Ce sont spécialement les travaux sur la proprioception qui ont permis de donner une place à l'existence d'un sixième sens qui ne serait pas directement relié à un organe de sens mais à plusieurs. La proprioception est ainsi dépendante et agent d'une comodalisation sensorielle.

On observe souvent dans la clinique de la psychopathologie, une corrélation directe entre le ressenti sensoriel des sujets et leur fonctionnement relationnel. En effet, dans le champ des psychoses, on comprend la confu-

sion qui peut se faire entre ce que l'on connaît sur la proprioception et les connotations mystiques de l'expression " sixième sens ". On remarque, par exemple, que les patients utilisent leur vécu sensoriel comme un indicateur en même temps qu' un objet de leur réalité psychique. Un système sensoriel " déséquilibré ", " détaché " exprimerait alors une fragilité psychique et des difficultés d'accordage dans la relation et la réalité externe. Le " sixième sens ", fondé sur un ressenti sensoriel interne, peut parfois prendre une forme de délire, d'hallucination, une sorte de matérialisation d'un vécu proprioceptif. C'est ainsi que le décrit le personnage principal du film *le Sixième sens* (1996) pour parler de ses hallucinations : " Sometimes you feel it inside. Like you're falling down real fast, but you're really just standing still " (*Parfois on le sent à l'intérieur comme si l'on tombait très vite mais en fait on est immobile*). Cela nous fait penser aux angoisses corporels des enfants autistes qui alternent entre mouvement perpétuel et mêmété statique.

On ne peut s'empêcher de penser à Théo qui se faisait tomber comme s'il cherchait à se procurer une sensation. On repense également à Alexis qui à l'inverse, craignait cela plus que tout.

Les sens se doivent de fonctionner entre eux pour avoir du sens. La sensorialité est le support corporel sur lequel l'enfant se base pour découvrir le monde. Les parents en font également un objet de communication et d'éprouvé relationnel.

Pour le bébé, le développement de sa vie psychique s'enracine dans le vécu corporel des expériences de chaque instant. " Il ne s'agit plus de considérer que l'âme et le corps sont deux substances totalement hétérogènes l'une à l'autre, mais d'admettre que si nous avons affaire à une seule et même substance " (D. Houzel, 2012). Lorsque la mère pose son regard sur son bébé, elle perçoit ce qu'il ressent et lui en propose une interprétation par des mots et des gestes. Elle se sert de son corps pour faire parler

le sien. “ La communication est radicalement liée à l'affectivité et ne peut s'effectuer qu'à l'aide des cinq sens ” (R. Sabourin, 2010, p.90).

L'attachement se fait par les sens pour donner du sens à nos conduites.

PARTIE 4 :

**UNE SENSORIALITÉ
D'OUVERTURE**

Aucun être humain ne peut avoir conscience qu'il existe à la naissance. Bien sûr, on peut dire que la conscience de soi est innée dans le sens où notre base génétique et anatomique est indispensable pour y accéder. Cependant, il est impossible de prouver que le nouveau-né sait et comprend qu'il est une personne à part entière, distincte de celle ou celui qui le berce. On aurait donc les outils nécessaires pour exister mais on ne peut ni les reconnaître ni s'en servir si l'autre ne nous y incite pas. C'est par les sens que l'enfant s'ouvre au monde faisant ainsi de la sensorialité notre moyen d'ouverture premier.

Dans la continuité de notre troisième partie sur les sens au fondement des interactions précoces, on se propose de détailler le rôle d'ouverture que joue la sensorialité dans le développement de l'enfant. Comprendre les sens au commencement...

I. Sensorialité et genèse de l'appareil psychique

1. Notre part la plus ancienne?

“Théo touche ses selles lorsqu’il a fait, il montre des angoisses très archaïques” dit l’infirmière de l’Unité De Jour lors d’une réunion institutionnelle.

“Alexis est envahit par des angoisses archaïques. Il a peur de tirer la chasse d’eau par exemple, le bruit et le fait de ne pas voir “où va le caca” entraîne des cris et une agitation motrice importante” ai-je dis lors d’une autre réunion.

Voilà des exemples des nombreux échanges de synthèse cliniques où l’on utilise énormément le mot archaïsme pour parler des enfants rencontrés et observés à l’Unité De Jour. Comme si le mot archaïsme nous permettait de nommer ce qui est innommable mais plutôt perceptible et surtout éprouvé. Le sens qu’on lui prête dans la clinique de l’autisme permet de faire référence au plus primaire et donc au moins élaboré. L’archaïsme correspondrait ainsi à ce qu’il reste de notre traversée développementale. Plus le développement s’emboîte difficilement, plus l’archaïsme est présent et plus il est ancré dans le sensoriel à “l’état pur”, c’est-à-dire délié d’autrui.

“Théo est un enfant témoignant de comportement de tout petit, dits “archaïques”.

“Alexis est un enfant témoignant d’une inquiétude démesurée face à certaines situations, reflet d’un manque de compréhension d’un vécu corporel en lien avec la réalité extérieure”.

Voici des exemples de phrases trouvées dans les compte-rendu adressés aux parents de Théo et Alexis.

Ainsi, la sensorialité serait-elle notre part la plus ancienne dont nous gardons des restes liés à chaque étape développementale traversée? La façon dont l’enfant autiste se sert de son corps pour s’ouvrir ou se renfermer du monde qui l’entoure nous éclaire dans la compréhension de la notion d’archaïsme. En effet, dans la clinique de l’autisme on se réfère très souvent à ce terme pour faire référence à un comportement reflétant un défaut d’élaboration et de symbolisation.

“ Archaïsmos ” en grec, “ Antiquitas ” en latin, la définition la plus courante du terme en parle comme d’ ”un caractère qui appartient à une époque antérieure ” (Larousse). Emprunté au vocabulaire grec de la rhétorique (“ l’art du bien dire ”⁸) le mot “ archaïsme ” serait, paradoxalement, une forme de néologisme, c’est-à-dire, ” une acceptation nouvelle donnée à un mot qui existait déjà dans la langue ”⁹. On s’accorde donc aujourd’hui pour employer le terme “ archaïsme ” afin de faire allusion à quelque chose qui appartient à la période la plus ancienne. L’expression “ quelque chose ” trouve ici tout son sens. On ne saurait par quoi remplacer ce terme (si familier, net et flou en même temps) et le plus souvent, on l’emploie pour parler d’un objet qui existe (alors, l’affect peut devenir objet quand il est pris dans la parure du “ quelque chose ”) mais qu’on ne peut synthétiser,

⁸ Définition rhétorique (Larousse): ensemble de procédés constituant l’art du bien-dire, de l’éloquence.

⁹ Définition néologisme (Larousse) : tout mot de création récente emprunté depuis peu à une autre langue ou toute acceptation nouvelle donnée à une expression qui existait déjà dans la langue.

souvent relié à des éléments là où les mots ne peuvent accéder. Comme si, dans ce “ quelque chose ” on pouvait retrouver le caractère familier et brut d’un temps aussi ancien que celui de l’enfant à naître. Les traces archaïques deviennent alors cette possibilité de s’embarquer dans ce qui dépasse le réel.

En médecine, on est aujourd’hui habitué à l’expression “ réflexes archaïques ” pour parler du développement du bébé. Ce sont ces réflexes recherchés activement à la naissance car ils sont l’indicateur d’un bon développement . En effet, les expressions de ces “ mouvements automatiques et involontaires ” témoignent alors d’une certaine continuité avec la vie fœtale. Le nouveau-né, en réagissant au contact avec l’environnement par l’activation de ces réflexes, témoigne alors d’un certain équipement pour découvrir le monde. On peut lui faire confiance : en exprimant ce qu’il a appris dans un “ monde antérieur ”, il passe alors l’épreuve d’entrée au monde physique.

Dans la littérature scientifique, les réflexes archaïques sont décrits comme “ les comportements automatiques occasionnés par l’application de certains stimuli ”. Au contact avec l’environnement accueillant, le bébé va progressivement transformer ces réflexes en se les appropriant. Au fur et à mesure que le système nerveux devient mature à travers les soins apportés par l’environnement, les réflexes s’intègrent progressivement afin de devenir des réflexes posturaux, qui positionnent l’enfant dans le monde, lui permettant alors de trouver sa place. Ainsi, ce que l’on appelle “ réflexe archaïque ” est l’expression de ces premiers ressentis au travers de la stimulation de l’extérieur. Ces réflexes s’estompent en même temps qu’émerge la conscience de soi.

Il existe plus de soixante-dix réflexes répertoriés chez le nouveau-né humain. Ces comportements sont ontogénétiquement programmés, ils

témoignent de ce fait que le développement biologique est toujours lié à l'environnement. Lorsque le bébé peut témoigner d'une certaine volonté dans ses expressions, alors ces " mouvements primitifs " perdent de son utilité, voire de leur sens, et disparaissent.

Les réflexes archaïques les plus étudiés et recherchés sont les suivants :

- Le réflexe de succion. Indispensable pour l'alimentation, il assure donc la survie du bébé. Pour qu'il émerge, on pose un doigt sur la bouche de l'enfant ou sur sa langue et on constate avec étonnement que le bébé sait téter (alors que personne ne lui a appris à faire). L'imagerie en 3D a permis de voir ces images du fœtus suçant son pouce dans le ventre de sa mère.
- Le réflexe de grasping explique en partie que le réflexe de succion qui, en se perfectionnant, permette au fœtus de sucer son pouce. En effet, le bébé à la naissance peut s'agripper au doigt d'autrui lorsque ce dernier lui stimule la paume de sa main. Les nouvelles techniques d'imagerie prénatale, montrent des fœtus tenant leur doigt, ce qui nous pousse à croire que ce réflexe est également la continuité d'un développement fœtal qui se perfectionne lorsque qu'il est impliqué dans la rencontre de deux corps.
- Le réflexe de Babinski : lorsque l'on crée une sensation tactile le long du bord externe du pied, depuis le talon jusqu'au " petit doigt ", tous les orteils s'ouvrent en éventail. Il prépare le pied pour la marche.
- Le réflexe de redressement ou de marche automatique consiste en une stimulation de la plante des pieds de l'enfant à laquelle il réagit en se redressant. A la naissance, si l'on soutient l'enfant debout sous les

aisselles, celui-ci donne l'impression qu'il peut marcher. Ce réflexe disparaît ensuite.

- Le réflexe de fouissement, aussi appelé “ des points cardinaux ” ou de recherche, se déclenche suite à une stimulation de la commissure des lèvres ou de la joue, qui entraîne alors une rotation de la tête vers la source de la stimulation. Cela peut également se produire sans stimulation tactile. Par exemple, l'enfant reconnaissant l'odeur maternelle peut également activer ce réflexe et recherche le sein. Cet exemple illustre également la synchronisation sensorielle qui s'opère lorsque l'enfant est pris dans la corporéité d'autrui. Cela témoigne enfin du lien entre le développement sensoriel de l'enfant et ses compétences cognitives, comme dans ce cas, la mémoire.
- Le réflexe de Moro ou “ réflexe d'embrassement ” s'observe lorsqu'une stimulation “ brusque ” et proprioceptive est déclenchée. Le bébé réagit alors en écartant symétriquement ses bras puis les referme sur sa poitrine et relève les jambes. On dit qu'après les sept premiers mois de vie de l'enfant, la persistance de ces réflexes peut être un indicateur clinique d'un éventuel trouble pathologique. En effet, on peut illustrer cela par l'observation du corps de l'enfant autiste. Celui-ci peut souvent, face à une stimulation extérieure difficilement intégrable, se renfermer sur lui-même en se créant de nombreuses sensations avec ses bras et ses jambes.

Les réflexes d'agrippement et de Moro sont les premiers à disparaître. Cela, on imagine, va de pair avec la familiarisation de l'enfant à son environnement. La sensation de sécurité interne s'installe progressivement et ainsi, le bébé peut lâcher prise et baisser la garde. D. Houzel (2002) a souvent dit que lors de la naissance, le nouveau-né disposerait en lui de

partie psychique “déjà-nées” à côté de parties psychiques encore “non-nées”.

L'activité motrice primaire dont témoigne l'enfant à travers ces réflexes dits archaïques est à l'origine de son développement sensori-moteur, cérébral et psychique. On dit de ces comportements moteurs qu'ils sont archaïques car ils correspondent à l'expression de notre époque “ la plus ancienne ”, notre être le plus charnel, originel, en même temps que le levier de la rencontre avec autrui. En effet, ces mouvements “ primitifs ” sont le reflet de ce qui est à venir et qui n'est possible que si on le retrouve avec l'autre.

Dans notre société occidentale, lorsqu'un bébé pleure, on a pour habitude de lui donner une tétine. Pourquoi ? Qu'est-ce qui se joue dans cet acte et cet objet ? On pense à l'hypothèse suivante : en stimulant la bouche du nourrisson en y introduisant la tétine, se déclenche alors le réflexe de succion qui permet à l'enfant de se remémorer ses parents (qui le plus souvent lui offrent le sein ou le biberon et l'amour qui va avec). La sensation éprouvée par l'enfant lorsqu'il tète, lui permet de retrouver une représentation du sein de sa mère, et ce qui va avec.

On comprend donc mieux la continuité fondatrice et indispensable au bon fonctionnement de l'individu. Freud en avait fait le point central de la théorie psychanalytique: *la continuité sous toutes ses formes*. Dans “ Inhibition, symptôme et angoisse ”, il écrivait en 1926 : “ Il y a beaucoup plus de continuité entre la vie intra-utérine et la toute petite enfance que l'impressionnante césure de l'acte de la naissance ne nous donnerait à croire ”. Les réflexes archaïques en sont la preuve. Le paradoxe est qu'on les possède, ils existent puis disparaissent grâce à la rencontre avec autrui, pour réapparaître ensuite à la première personne.

On possède donc tous inévitablement des restes de ces premières sensations auxquelles on se réfère par “ traces archaïques ”. “ L'environnement

crée une trace mnésique chez le fœtus, trace qui prendra sens après la naissance lorsque les sensations et leur objet pourront être associés” (M.C. Busnel & A. Heron ; 2010). Devient alors archaïque ce qui est à l’origine de cette jonction sensation-objet.

Ces “ traces archaïques ”, ces restes de ce premier vécu correspondent à une sensation déliée de son objet, ou bien n’ayant pas encore retrouvée son objet. C’est donc avec la naissance que le “ paume à paume ” avec autrui est possible et que les sensations prennent sens. La question qui surgit est alors la suivante : pourquoi avoir parlé de “ traumatisme de la naissance ” si c’est par cet acte que tout prend sens?

2. Le traumatisme de la naissance : une continuité sensorielle discontinuée

Otto Rank (1924) est le premier à avoir parlé du “ traumatisme de la naissance ”. Son postulat était de dire que la naissance est le premier traumatisme vécu par le sujet humain. Pour lui, ce traumatisme possède une double composante, à la fois physiologique mais également affective. La transition entre le monde utérin et celui aérien est accompagnée de sensations physiques douloureuses pour le bébé. Lorsque le nouveau-né découvre le milieu aérien, une première sensation se produit. Un des premiers flux sensoriels que va ressentir le nouveau-né est le flux gravitaire (A.L. Jouen & al., 2015). L’application des forces de pesanteur est “ brutalement ” modifiée si l’on compare la pesanteur expérimentée par le fœtus dans le liquide amniotique (il suffit d’imaginer la sensation de légèreté quand on est dans l’eau et celle de pesanteur lorsqu’on en sort). Par ailleurs, le développement pulmonaire (imaginé par tous comme un ressenti douloureux) et le contact avec l’humain ouvrent à la découverte du monde. Cette première expérience sensorielle (comme toutes celles qui suivent) va laisser une trace et conditionner en partie le développement à

venir. Il est très vraisemblable d'imaginer que Rank a participé à l'innovation de méthodes d'accouchement sans violence.

Le mot traumatisme renvoie à la sensation de “ coupure ”, ce qui est en effet le cas pendant l'accouchement. Le bébé est alors séparé du corps de la mère et l'acte de “ suture ” qui s'ensuit symbolise bien cette étape d'arrachement en même temps que de tissage. Par ailleurs, il s'agit d'un passage d'un environnement protecteur à un autre vécu comme hostile, car teinté de stimulations nouvelles et non élaborables pour un bébé novice. Selon Rank, cette perte d' “ un état idéal ” serait le point de départ des “ angoisses de perte ” qui vont régir en partie le développement de l'individu. Il faisait de la première séparation biologique d'avec la mère, le prototype de l'angoisse psychique en général (B. Golse, 2020).

Dans la continuité des théories portant sur la genèse de l'appareil psychique on trouve celle de W.R. Bion qui élabore la manière dont le bébé assimile l'ensemble des stimulations qu'il reçoit dès sa naissance. S'inspirant de la théorie de Kant, Bion nomme “ éléments-bêta ” les “ impressions de sens ” qu'on pourrait définir comme un ressenti que le bébé peut avoir dans la découverte du monde aérien. Il explique que la mère, par sa capacité de rêverie, va transformer ces éléments en “ éléments alpha ”, c'est à dire un vécu délimité par une forme ou une image. La capacité de représentation devient alors le processus permettant cette “ transformation ”. L'exemple le plus probant est la faim que le bébé ressent les premières fois: ne sachant pas ce qui lui arrive, la représentation de sa sensation peut être extrêmement violente. Ce n'est qu'avec les paroles rassurantes d'une mère qui sait ce qu'il ressent (et ne s'affole pas face à ce ressenti) que le bébé va apprendre à vivre cette sensation différemment. Elle donne du sens à ses éprouvés corporels, elle les “ psychise ”. La mère serait en quelque sorte le thermostat d'un vécu interne du bébé. Par sa maturité psychique, elle fonctionne alors comme un contenant des sensa-

tions du nourrisson, et par ailleurs assure le rôle d'un bon objet qui transforme la faim en satisfaction. L'argumentaire de W.R. Bion consistait au fond à remarquer qu'au-delà de la naissance, c'était la dimension archaïque du fonctionnement sensitivo-sensoriel du fœtus qui continuait (B. Golse, 2020).

L'appareil psychique de l'enfant grandissant dans un certain environnement sécurisé, va voir la fonction alpha de la mère apparaître au dedans de lui. Il pourra lui-même se mettre à métaboliser peu à peu l'expérience. Ce retournement du dehors vers le dedans, c'est l'introjection, processus proposé par Ferenczi. Mais bien sûr, on ne psychise jamais tout seul. Toute la vie, l'autre reste indispensable dans ce travail de symbolisation. Un appareil psychique ne peut jamais transformer tout seul l'expérience.

A la naissance, se crée un premier " mouvement actif " du dedans-dehors, une première sensation où la rencontre avec autrui (il y a toujours quelqu'un qui sort l'enfant – mère expulsant incluse) et l'éprouvé corporel sont confondus qui ouvre la voie de l'excitation " pure "¹⁰. Lors de ce premier ressenti sensoriel, on imagine que le dedans et le dehors n'existent soudainement plus pour l'enfant, le tout enveloppé par une sensation corporelle si vive dont la propension renverrait à l'image d'un anéantissement. D'où cette idée d'expérience traumatique. Ce n'est que dans la rencontre avec autrui, pris dans l'inévitable affect, que cette excitation va pouvoir être canalisée et reliée à un objet.

Jusqu'ici, on a insisté sur la jonction dedans - dehors, caractéristique de la sensorialité. Il y a là une sorte de fonction liante qui dans son antagonisme nous rappelle ce qu'il en est des pulsions, dont certaines sont liantes et d'autres déliantes. La théorie freudienne des pulsions repose sur une intrication entre le corporel et le psychique. On peut alors s'interroger sur les modalités d'intrication entre pulsionnalité et sensorialité.

¹⁰ Le terme "pure" tente de souligner l'omniprésence d'un ressenti physiologique qui ne serait pas encore liée à une représentation psychique.

3. Pulsionnalité et sensorialité

Pulsionnalité et sensorialité sont-elles liées?

Incontestablement, on aurait envie de répondre oui car on ne saurait penser la théorie des pulsions sans y intégrer la notion de sensation. Cependant, pouvons-nous dire que les enfants autistes ont une vie pulsionnelle? Si oui, comment la décrire?

Définie comme un concept limite entre le psychique et le somatique, “comme une mesure de l'exigence de travail imposée au psychique en conséquence de sa liaison au corporel”, on en parle généralement au pluriel. Une synchronie sensorielle est nécessaire pour pouvoir repérer et nommer un éprouvé corporel afin que s'effectue le “ saut du somatique au psychique ” dont parlait Freud à propos de la pulsion.

Concept fondamental pour comprendre la psychanalyse et la psychologie clinique, le concept de pulsion illustre cette dialectique vitale et incontestable entre le physiologique et le psychique. Le substrat physiologique duquel découlera la sensorialité du sujet va créer l'univers des pulsions. A chaque organe est associé un plaisir sensoriel qui permettra d'organiser et de différencier les pulsions. La théorie des pulsions de Freud montre à quel point la perspective développementale sensori-motrice est constitutive et primordiale dans le développement psychique de l'individu. Pulsions orales, anales, scopiques, toutes sont reliées à un organe sensoriel à un moment donné du développement.

“ Rien ne nous empêche, écrit Freud en 1915, de subsumer le concept de pulsion sous celui d'excitation : la pulsion serait une excitation pour le psychique. [...] Pour le psychique, il y a manifestement d'autres excitations

que les excitations pulsionnelles, celles qui se rapprochent davantage des excitations physiologiques.”

Le trajet type d'un vécu sensoriel nous montre qu'une excitation apportée de l'extérieur au tissu vivant (la substance nerveuse) est déchargée vers l'extérieur sous forme d'action. Avec une présence fortement excitante dans le corps, les pulsions sont définies comme des sources internes à l'organisme. Elles exercent une poussée continue qui contrevient aux exigences d'apaisement du principe de plaisir. On ne s'en débarrasse pas par une simple action musculaire comme cela arrive pour se dégager d'une eau trop froide ou pour soigner une piqûre d'insecte. Le système nerveux est un appareil auquel est impartie la fonction d'écarter les excitations à chaque fois qu'elles l'atteignent, les ramener à un niveau aussi bas que possible. Son objectif est de maîtriser les excitations afin de les inclure dans une boucle de mouvement continu (qui correspond à notre vie psychique). Ainsi, les excitations externes n'imposent qu'une seule tâche : se soustraire à elles. Pour cela, notre corps met en acte des mouvements musculaires qui sont vécus comme une décharge qui permet de soulager l'excitation et de la nommer. A l'inverse, les excitations pulsionnelles qui ont leur origine “ à l'intérieur de l'organisme ” ne peuvent être liquidées par un tel mécanisme. Elles exigent un travail psychique beaucoup plus complexe. Comme une pulsion “ attaque ” de l'intérieur du corps, il n'y a pas de fuite qui puisse servir contre elle. La recherche de la satisfaction va apaiser l'excitation, ce qui constitue presque l'objet comme un besoin. Si l'objet pulsionnel n'est pas trouvé et le but de ce fait non atteint, cela entraîne une frustration qui s'accompagne d'une tension ressentie comme du déplaisir.

La quête de mouvement perpétuel des enfants autistes montre toutes les difficultés qu'ils peuvent rencontrer à trouver des objets.

On ne saurait concevoir la part que prennent les pulsions dans le fonctionnement de la vie psychique sans y associer cette dimension d'immâtrisable qui rend leur assouvissement presque impossible. Freud (1915) précise ainsi que le “ moi hait, exècre, poursuit avec l'intention de détruire tous les objets qui sont pour lui sources de sensations de déplaisir[...]”. Ses conflits avec les motions pulsionnelles sont de trois ordres, conformément aux trois polarités qui dominent la vie psychique : la biologique qui est aussi corporelle, celle qui est inhérente à la dualité monde extérieur et monde intérieur dite réelle, et celle qui, en lien avec les sensations de plaisir-déplaisir, est dite économique. Les modalités d'accès à la dynamique pulsionnelle évoluent en même temps que la plume de Freud, avec un moment clé en 1920 où il introduit la pulsion de mort.

L'exemple princeps de sa démonstration porte sur le jeu de son petit-fils que Freud comprend comme une façon pour ce jeune enfant de répéter le départ de sa mère en s'en faisant l'artisan. Ernst à six ans surmonte la passivité et l'excitation marquée d'impuissance que produisent en lui le départ puis l'absence de sa mère. L'oreille du grand père attentif entend les vocalisations du petit fils. Un O.O.O prolongé pour envoyer la bobine loin de lui, et un joyeux A.A.A pour saluer son retour. Voyant l'enfant se baisser pour faire disparaître son image dans le miroir qui se trouve face à son lit, puis se redresser pour se regarder sourire, Freud décode les vocalises. Il entend les mots Fort (loin) et Da (là) dans ce langage enfantin et il en comprend la répétition comme une manière de surmonter son impuissance en transformant sa passivité en activité.

C. Weisman-Arcache (2009) écrit “La clinique infantile met à jour une proximité entre sublimation et symptôme, entre symbolisation et décharge corporelle ou motrice de l'excitation, et les passages toujours possibles de l'une à l'autre, avant que cette “fontanelle” psychique ne se referme – plus ou moins – dans une jointure pulsionnelle qui tendrait

idéalement vers toujours plus de liaison et de déplacement.” Le corollaire clinique de ce propos tient notamment dans ce que sont les ” chatouilles”, les “guilis”, les “papouilles”, “tickle” en anglais, “kitzen” en allemand. La simple prononciation de ces mots quasiment onomatopéïques est déjà une amorce sensorielle.

Ces termes définissent ce tête à tête entre l’adulte et l’enfant, cette rencontre dénuée d’objets transitoires où les corps se mêlent et interagissent.

Les chatouilles se déclinent au travers des “petits contes en jeu”, ils sont incontournables de la relation parent-enfant, présents dans toutes les sociétés humaines bien que variables en fonction des cultures. Ainsi “la petite bête qui monte, qui monte et finit par s’arrêter au creux du cou” en France, “sous l’aisselle” en Afrique, elle “descend sur le ventre” en Islande... Partout sa promenade s’achève dans un espace intime et sensible qui déclenche les rires car le toucher est accompagné d’une représentation ludique. La première phrase, induit une reconnaissance mutuelle, elle permet aux protagonistes de s’accorder sur ce à quoi l’on va jouer, la dernière phrase sera le dénouement de la séquence. Le plaisir ressenti est tentaculaire. En effet, d’abord, dans ce jeu sensoriel, la temporalité fait partie intégrante de l’échange et permet au bébé, petit à petit, de faire l’expérience d’un corps unifié car cette bête grimpe lentement sur le corps, du ventre jusqu’au cou, entraînant un plaisir corporel, celui de se sentir soi-même, entier. De plus, le fait que le temps avance tout en autorisant la prévision de ce qui va arriver, générant là un plaisir différent de celui de l’anticipation. Par ailleurs, le temps va s’accélérer plus la petite bête va se rapprocher du but avec des arrêts, suscitant là le plaisir de l’attente associé peut-être à une petite inquiétude. Enfin, la rapidité d’exécution de la totalité du conte fait vivre à l’enfant le plaisir d’immuabilité grâce à cette succession de cycles répétés.

Paradoxalement, les chatouilles peuvent faire mal. Vidées de représentations communes, elles peuvent être intrusives, voire effractantes, en reflet des limites de cette enveloppe corpo-relationnelle.

Théo allongé en plein milieu de l'Unité regarde en direction du plafond, il semble loin de nous. Je m'approche, l'appelle doucement comme pour le sortir de sa rêverie. Mais cela semble n'avoir aucun effet sur lui. Je place doucement ma main sur son ventre sans que cela n'ait plus d'effet, en lui parlant je gigote mes doigts. Théo prend alors ma main et la serre, je prends cela pour un "vas y encore" je recommence, cette fois ci j'ajoute un "guili, guili, guili ". Il ne bouge pas, son visage est impassible, néanmoins, après un petit temps il resserre l'étreinte de ses doigts, "encore?" lui dis-je. Je recommence, toujours rien ; cette séquence se termine après quatre allers-retours entre nous. Théo a certainement pris du plaisir, toutefois, il ne sait pas l'exprimer et encore moins le partager.

Lors de la passation de l'ADOS, Alexis se montre renfrogné car je lui ai retiré un petit lapin mécanique qu'il avait tout particulièrement affectionné. Il boude, je m'approche en le mimant gentiment, il esquisse un sourire. Je le chatouille très légèrement, il se tortille et pousse un petit cri. Je recommence en levant haut mes mains et en verbalisant mon approche "attention voilà les guilis, guilis, guilis." Alors, il tombe de la chaise, se met à rire fortement, cela confine presque à un cri, son visage est grimaçant. Il rit aux éclats tout en exclamant "aïe, aïe, aïe" ; puis il me dit "encore." Je recommence une dernière fois, bien qu'il puisse dire "encore " plusieurs fois et ce avant même que mes doigts n'attei-

gnent son corps. Il crie de plus en plus fort, donnant l'impression de ne pas être dans le plaisir.

Mes mains sont vécues comme intrusives. Toutefois, pour lui, la représentation de ce que doit faire cette séquence existe, mais là encore, sans pouvoir le partager.

L'article de 1917 " Sur les transpositions de pulsions dans l'érotisme anal", déjà rédigé en 1915, montrant comment la genèse de l'envie du pénis trouve sa source et ses prolongements sur le corps ou à travers lui, fait de ce texte un modèle de réflexion sur le destin sensoriel des sources pulsionnelles de l'érotisme anal et génital. A la base de la démonstration, un organe : le rectum, que l'encoprésie des enfants peut mettre au premier plan et que l'on a ensuite tendance à oublier. Freud, quant à lui, retient le rôle des sensations précoces de complétude qui s'y éprouvent, notamment lors de l'apprentissage de la propreté chez l'enfant et surtout du "cadeau" fait à la mère avec ses selles. Dans tout ce parcours, l'ancrage préalable sur l'organe sensoriel est actif, à savoir l'excitation de la membrane muqueuse. Mais quoiqu'étant la source de la pulsion, le rectum ne fait pas qu'un avec elle. Mais la façon qu'a Freud de conclure cet article découvre aux yeux de son lecteur une perspective inattendue et troublante : " Mais pourtant, écrit-il, il est intéressant de constater qu'après tant de détours une correspondance organique réapparaît dans le psychisme en tant qu'une identité inconsciente. ". Une telle correspondance aurait pour fonction d'ouvrir un accès à une représentation de soi avec l'autre. Autrement dit, la définition freudienne de la pulsion comme " un saut du somatique dans le psychique " trouve ici un exemple et peut-être une confirmation. Cela permet d'imaginer une façon d'habiter sa sensorialité grâce à la vie pulsionnelle.

4. La capacité de représentation

La capacité de représentation est nodale pour comprendre le fonctionnement psychique de l'individu et son accès au langage. Cela nous semble d'autant plus indispensable pour notre partie à venir sur le fonctionnement de l'enfant autiste. En effet, l'enfant autiste, dans son rapport si complexe au corps et aux sens, est en difficulté dans une jonction entre représentant psychique de la pulsion et représentation de chose, d'où ses difficultés de langage. Comme si la jonction ne pouvait pas se faire et l'intensité énergétique retombe sur la sensorialité, comme seul moyen d'expression et de décharge.

Piera Aulagnier disait du sujet qu'il est parfois "condamné à représenter". L'excitation endosomatique ne pouvant se lier à une représentation de chose en devient alors envahissante, voire persécutante. L'enfant autiste s'accroche à la perception sans vraiment pouvoir en faire l'expérience. On imagine également que l'enfant autiste remplace la représentation de chose par la chose elle-même, d'où peut-être ce rapport si particulier aux objets qui ne sont pas différenciés dans leur mode d'accrochage sensoriel. C'est ainsi que Green conclut son article sur "La représentation de chose entre pulsion et langage" (1987) en écrivant : "Nous touchons ici aux limites du connaissable. L'avenir peut être nous en apprendra davantage sur les représentations de ce qu'aujourd'hui, nous appelons l'irreprésentable". Un parallélisme peut ici être postulé entre ce qui est irreprésentable, qui ne peut faire sens et devient alors insensé.

Piera Aulagnier s'appuie sur la définition de la pulsion de Freud (1915) en tant qu' " exigence de travail demandé à l'appareil psychique par suite de son lien avec le corporel ". Elle s'y insère en tous points dans sa théorie sur l'activité pictographique. Elle définit le processus originaire permettant d'accéder aux productions pictographiques comme, tel que le souligne P. Miller (2001), " un prolongement et un approfondissement du

concept de pulsion comme activité de représentation à la limite du somatique et du psychique”. L’excitation endosomatique propre à la pulsion devient son représentant psychique en parvenant au psychisme. A condition qu’elle ne dépasse pas une limite corporelle ou relationnelle, auquel cas sa position de départ ne serait alors plus la même que son point d’arrivée. Le processus de transformation est au cœur de la capacité de représentation du sujet et celle-ci débute sur un ancrage sensoriel faisant finalement du corps, l’objet premier. Freud (1924) avait souligné que la qualité plaisante ou déplaisante d’un stimulus dépend particulièrement de sa qualité rythmique, c’est-à-dire, de l’accroissement quantitatif du sensoriel. Cela permet de comprendre comment et pourquoi la sensorialité est le support qu’a le bébé pour tenter de se représenter ce qui lui arrive.

Piera Aulagnier crée la notion de “ pictogramme ” en 1975 pour décrire un processus originaire de représentation qui concerne les premiers temps de la vie du sujet. Ce type de représentation prend donc source à un état très précoce d’indifférenciation entre le nourrisson et sa mère, entre une zone érogène (telle que la bouche) et l’objet d’excitation et de plaisir (tel que le sein). Pris dans une “ indissociation éprouvant-éprouvé ” (P. Aulagnier, 1975), le bébé se recentre alors sur cette jonction sensorielle à l’origine de l’activité de représentation. La sensorialité donnant lieu à un éprouvé corporel devient alors le support du sujet pour construire sa pensée. Le pictogramme permet donc la métabolisation de l’expérience en représentation avec l’apport des fragments de l’image de la mère. Pour Aulagnier, le développement psychique se fait donc de pair avec la métabolisation de l’expérience en une représentation pictographique. Elle parle ainsi d’un “ fond représentatif ” (1975) qui s’origine dans la sensorialité. Cela confirme à quel point le corporel et le psychique sont inséparables. La notion de métabolisation qui est d’ordre à la fois cognitive et sensorielle permet de rendre figurative et représentative l’activité originaire du psychisme.

Dans le pictogramme, la chose et le mot ne font qu'un. C'est ainsi que P. Aulagnier a souligné combien les représentations pictographiques se retrouvent dans le délire sous la forme qu'elle nomme (1984) " pensée délirante primaire ". Le pictogramme serait en quelque sorte la représentation la plus archaïque qui soit en raison de son ancrage sensoriel, voire de sa fusion avec le corporel. La représentation pictographique est de l'ordre d'un processus originaire que l'on voit refaire surface lorsque le sujet est confronté à une situation faisant écho à des représentations elles-mêmes restées à ce stade originaire.

La psychosomatique trouve peut-être ici une forme de logique inédite.

En prenant comme référence le texte d'André Green (1987) sur " La représentation de chose entre pulsion et langage ", on se propose de continuer à détailler la notion de représentation. Ceci pour comprendre son intrication intime et complexe avec l'accès à la communication et au langage.

A l'appui du texte de Freud sur " La Négation " (1925) où il est dit que toutes les représentations naissent des perceptions ou dérivent d'elles, Green ajoute que " La perception (et l'épreuve de la réalité qui la connote) joue le rôle d'un référent par rapport à la représentation de chose, qui est unie à la perception par un lien de similitude même s'il n'y a pas de correspondance univoque entre perception et représentation de chose " (1987). La traduction des excitations somatiques en langage nécessite le recours à un représentant psychique de la pulsion.

A. Green distingue le représentant psychique de la représentation de chose. Prenons l'exemple de la soif pour éclairer ces deux concepts :

- “ *J'ai soif* ”. La sensation de soif est le représentant psychique de l'excitation endosomatique. Ma soif ne s'apaisera que si je bois. J'évoque alors la boisson fraîche.
- “ *J'aimerais un coca* ”. Le coca devient la représentation de chose qui permet de faire advenir la représentation de l'accomplissement de mon souhait.

Pour que la représentation de chose puisse se transformer en représentation de désir (ou représentation-but), il faut qu'elle soit investie par la charge pulsionnelle du représentant psychique. C'est-à-dire que l'image du coca doit inclure l'énergie psychique et corporelle liée à la sensation de soif. “ Lorsque le représentant psychique investit la représentation de chose, l'accapare et l'occupe, cela donne naissance au représentant-représentation de la pulsion ” (A. Green, 1987). En effet, le coca est assimilé à la satisfaction du désir, témoin à nouveau de l'intrication entre désir psychique et besoin physique.

En attendant que la satisfaction n'advienne, donc d'obtenir le coca par exemple, le représentant psychique va chercher dans les représentations de choses disponibles “ un mode temporaire de satisfaction ” qui lui permet en parallèle de développer sa créativité et de se nourrir de ses représentations de choses. De l'eau à la tisane en passant par le jus de fruit, le sujet va tenter de se remémorer une sensation de satisfaction et de plénitude pour combler le manque ressenti du fait de l'attente. Green parle de “ réalisation hallucinatoire du désir ” pour faire écho à la théorie freudienne du bébé dans l'attente du sein de sa mère ; “ c'est à partir de la rencontre de la bouche du bébé avec le sein de la mère que l'enfant pourra halluciner, sous la forme pictographique ” (S. Barthélémy, 2012).

“ La représentation de chose occupe dans le psychisme une position carrefour. Au niveau conscient, elle met en rapport la chose et le mot par le langage. Au niveau inconscient, elle met en rapport la chose et la pulsion” (A. Green, 1987).

Green insiste sur l'importance de la figurabilité liée au concept de représentation. En effet, pouvoir se raccrocher à une image concrète (créée par l'expérience corporelle et affective) définit alors un point d'ancrage entre soi et les autres.

II. La sensorialité: entre être et avoir

C'est par et pour la sensorialité que le sujet va pouvoir habiter son corps et sa psyché.

Alors que l'autoérotisme se situe dans le registre de l'Avoir en incluant toujours une représentation de l'objet (via hallucination primitive); l'autosensualité se situe dans le registre de l'Être et fonctionne de manière anobjectale, ne visant qu'à assurer le sentiment d'exister (B. Golse, 2018).

Cette dichotomie entre être et avoir permet de comprendre un fragment du vécu des enfants autistes qui n'ayant pas complètement accès à l'autoérotisme, demeurent à un stade plus précoce ressemblant à celui de l'autosensualité.

On s'approche alors du vécu des enfants autistes qui n'ont pas complètement accès à l'autoérotisme et qui demeurent à un stade qui ressemblerait trop à celui de l'autosensualité (stade plus précoce).

1. Autosensualité : Je sens donc je suis ?

Tustin parle d'autosensualité pour faire référence à une première étape développementale, commune à tous, où l'enfant est enveloppé d'une brume sensorielle qui inévitablement met en place un fonctionnement autocentré nécessaire pour survivre. Le système défensif du nourrisson revient à supprimer toute perception angoissante de l'écart entre le sujet et l'objet à travers un surinvestissement des sensations pour maintenir un sentiment de continuité d'existence. C'est ainsi que l'autosensualité appartient au registre de l'Être : ressentir pour exister.

Tout comme P. Aulagnier (1975) concevait le premier soi comme un ensemble de sensations, Tustin (1981) parlait du moi primitif comme d'un moi-sensation. Le fonctionnement psychique du nourrisson est régi par des lois sensorielles, seul moyen de découverte en même temps que de défense. On parle de position autosensuelle ou de position adhésive pour décrire ce fonctionnement très précoce où le sujet s'agrippe à ses sensations pour préserver un sentiment de continuité d'existence qui lui permet de vivre une illusion de contrôle et d'omnipotence. Cet agrippement est associé à une suspension de l'attention et à une désintégration passive du moi (G. Haag, 2004), processus que D. Meltzer (1975) nomme le "démantèlement". L'identification adhésive propre au bébé ne se produit pas avec un objet extérieur, mais avec son propre corps, ses propres productions corporelles, les sensations qu'il se procure lui-même. L'enfant s'agrippe ainsi aux sensations tout en s'y enveloppant. B. Cyrulnik (2019) parle de niche sensorielle pour faire référence à la fonction de contenance de la sensorialité.

M. Boulbi (2002) distingue l'autosensualité de l'autosensorialité selon l'investissement libidinal qui entre en jeu : "l'autosensorialité qui se réfère à l'accrochage sensoriel aux objets durs, sans libidinalisation, alors que le concept d'autosensualité qui inclut une recherche plus ou moins active de

plaisir se référera aux traces autistiques et au démantèlement”. Ainsi, si l’on repense aux enfants autistes, pouvons-nous imaginer que lorsque le stade d’autosensualité ne peut être dépasser par l’enfant, celui-ci deviendrait-il alors autosensoriel et non plus autosensuel ?

Les apports sur l’autosensualité sont particulièrement éclairants pour comprendre la clinique de l’autisme. Il est important de situer ce processus développemental dans ses débuts, c’est donc de dire que tout bébé traverse une phase autosensuelle avant d’accéder à l’autoérotisme. Cependant, l’enfant autiste semble en difficulté pour se défaire de ce mécanisme défensif et s’y accroche davantage, au détriment de l’investissement libidinal initial. Ainsi, pour éviter la confrontation à un vécu terrifiant, le sujet développe une organisation autosensuelle, “ selon laquelle il désinvestit l’environnement au profit de ses propres productions, de ses propres sensations corporelles élaborées en sensations-objets autistiques ” (G. Haag, 2004). L’intérêt de ces productions tient au fait qu’elles sont toujours disponibles et contrôlables. L’autosensualité, dont on dit qu’elle perdure chez l’enfant autiste, confirme l’hypothèse que l’autisme serait finalement un arrêt développemental très précoce, enfermant l’enfant dans ses propres sensations et rendant alors toute différenciation impossible.

L’autosensualité précède donc l’autoérotisme qui “ suppose la notion d’altérité ” (C. Lheureux-Davidse, 2012). En effet, au fur et à mesure que les fenêtres relationnelles s’ouvrent à lui, le bébé peut se saisir de cette sensualité sur un mode actif pour investir et habiter son corps. S’approprier sa sensorialité permettrait alors à l’enfant d’accéder à des représentations et de basculer vers ce que l’on appelle l’autoérotisme et qui revient à penser l’autosensualité avec l’autre.

2. Autoérotisme : Je ressens donc je suis ?

Le sexuel infantile a des objets précaires et l'autoérotisme leur assure une certaine stabilité et vient pallier l'absence de l'objet. Ainsi, l'autoérotisme est la phase précoce qui précède le développement de la relation d'objet. En effet, il y a une période de toute puissance psychique dans l'autoérotisme, qui cède petit à petit la place à une véritable relation d'objet entre deux partenaires à part entière. " En règle générale, la pulsion sexuelle devient autoérotique, et ce n'est qu'une fois surmontée la période de latence que le rapport originel se rétablit. Ce n'est pas sans raison que l'enfant tétant le sein de sa mère est devenu le prototype de toute relation amoureuse. Trouver l'objet sexuel, c'est à proprement parler, le retrouver " (S. Freud, 1905, p.165).

Le terme autoérotisme que Bleuler a raccourci pour en faire le mot autisme, attire notre attention sur l'absence du mot éros pour caractériser les enfants autistes, privés de ce lien que fabrique les pulsions sexuelles.

L'autoérotisme se réfère aux comportements qui visent à obtenir la satisfaction sexuelle sans l'intervention directe d'une autre personne et dont l'activité fondatrice serait le suçotement. De ce fait, l'autoérotisme prend source dans un comportement oral et tactile. Son expression pulsionnelle prend appui sur la succion de nourriture, elle est la reproduction de l'excitation plaisante ressentie par le nourrisson au cours de l'alimentation.

Lors du premier entretien, la mère de Théo décrivant les stéréotypes motrices au niveau des mains de son enfant disait: "Au début, on pensait que c'était comme s'il aller sucer son pouce mais il ne l'a jamais fait. Ni son pouce ni la tétine".

Avec l'activité de suçotement nous avons commencé à penser l'autosensualité comme une sensorialité déjà travaillée plutôt que comme un défaut. La sensorialité agence l'ouverture au monde sensible avec l'apport de l'autosensualité. Qu'en est-il alors pour l'enfant autiste qui ne suce pas son pouce?

Du suçotement, S. Freud fait le modèle de l'autoérotisme et de l'émergence de la pulsion sexuelle. Avant cela, la pulsion d'autoconservation est stimulée par la faim qui est assouvie par l'objet qu'est le sein maternel. " En se séparant de la faim, la pulsion sexuelle orale perd son objet et devient du même coup autoérotique" (J. Laplanche & J.B. Pontalis, 1968, p.43). Laplanche reprend cette théorie en partant de l'idée qu'une réaction de l'objet dans la source pulsionnelle décrit un " objet source " qui serait la première forme de l'objet interne, constitué par l'autoérotisme, à l'origine même du fantasme. La représentation du sein maternel donnerait le premier modèle des objets incorporables et susciterait donc le premier développement de la relation d'objet chez l'enfant (J.F. Rabain, 2002). Ainsi, la première relation d'objet de l'individu est complexe car elle ne repose pas par la seule oralité mais aussi sur le sexuel : un trajet qui s'effectue de la bouche à la mère.

L'apparition du suçotement indique que l'activité sexuelle du bébé se détache de l'alimentation, que l'objet externe est abandonné pour une partie du corps propre. L'enfant suce une partie de son propre corps, par exemple les orteils, et ceci lui permet d'acquérir une certaine forme d'indépendance et de sécurité par rapport au monde extérieur. Cette érotisation est dépendante de l'environnement dans lequel il se trouve, en partie de la " séduction maternelle " ; des attouchements, des caresses et de la tonalité de la voix qui érotisent le corps de l'enfant.

Chez l'enfant, les objets sexuels sont choisis par rapport aux premières expériences de satisfaction liées aux fonctions vitales servant à la conser-

vation de l'individu. Par la suite, cet étayage s'étend à la personne en charge de l'alimentation et des soins de l'enfant. Ainsi, le sujet a originai-
rement deux objets sexuels, sa mère et lui-même (S. Freud, 1914).

Sa prédisposition relationnelle ultérieure repose sur un profond attache-
ment à lui-même, ordinairement appelé le narcissisme et qui démarre
avec la stimulation de la zone orale. Lors de l'activité de suçotement,
certains objets externes tels qu'un oreiller ou une couverture, peuvent se
substituer aux parties du corps. Cela ne veut pas dire que le bébé s'ouvre
vers le monde extérieur lors de cette activité. Le principal intérêt que
l'enfant porte à l'utilisation d'objets externes réside dans les sensations
que ceux-ci procurent au niveau des lèvres et de la langue et qui rappel-
lent la sensation de plaisir éprouvée lors de la tétée et donc du contact
avec le corps maternel.

La satisfaction autoérotique peut également être perçue comme un mé-
canisme de défense ou de repli. C'est un double processus qui permet à la
fois de prévenir la souffrance et d'écarter celle qui est déjà présente. Une
fixation érotique trop importante au stade oral peut entraîner une défail-
lance d'autres fonctions orales telles que manger ou parler (K. Abraham,
1916).

“ Je répète que l'autoérotisme du suçotement très bien décrit par Freud
en tant que “ souvenir du sein ” ne représente donc pas seulement la
sensualité et le souvenir de la sensualité de la cavité orale et de son pour-
tour, mais comprend toute la relation cutanée, sonore, labyrinthique, et
comprend surtout cette interpénétration psychique avec son image
kinesthésique ” (G. Haag, 2004). G. Haag (Ibid) parle d'interpénétration
émotionnelle comme élément constitutif de ce qu'elle nommes les
“ boucles de retour ”, “ jeu de la pénétration du regard pour la formation
de l'enveloppe allant avec la perception d'un espace interne ”. On parle
alors d'émotion-sensation.

On risque alors une confusion entre objet pulsionnel et objet fantasmatique. L'autoérotisme est concomitant de la naissance de l'objet et le prélude à la constitution d'un monde fantasmatique. L'omniprésence de l'objet réel peut créer une confusion entre ces objets. Cette confusion peut également valoir comme une défense contre la relation d'objet.

3. L'affect médiateur et l'accès au monde intersubjectif

La sensorialité marque sans cesse la limite entre dedans et dehors. " Le médiateur entre le corps et l'esprit, la chair et l'âme, les sensations et les émotions, le sensible et le sens, c'est l'affect " (M. Corcos, 2010).

Théo se présente comme un enfant à première vue insensible. Il ne sourit à peine, ne montre pas beaucoup de plaisir partagé, "comme s'il ne ressentait aucune émotion". Il était difficile de l'approcher, cela faisait écho à ce que la mère racontait en entretien sur la difficulté "à faire des câlins". Comme si Théo ne pouvait se laisser toucher dans son corps car il ne peut ressentir l'affect qui y est associé.

L'autisme met au jour une impossibilité d'être affecté, touché par le monde sensible et interhumain. Le rapport qu'a l'enfant autiste avec l'affect, la haine, l'amour, le plaisir, le déplaisir, permettent alors à contrario de comprendre son rôle dans le développement de celui qui va bien?

L'affect nous permet d'accéder à la représentation d'une sensation et faire en sorte que celle-ci puisse exister, il palie et relie en même temps la rencontre avec autrui. La perception de l'enfant est " affective et dictée en partie par sa mémoire et les empreintes neurosensorielles de l'enfance " (M. Corcos, 2010). Les parents, dans les soins qu'ils portent à leur enfant

dans une “ dialectique corporelle ” vont, dans un mélange de sensations et d’émotions, accompagner l’émergence de la pulsionnalité du bébé, “ pulsion qui est le chaînon entre corps et âme ” (Ibid.).

L’affect deviendrait en quelque sorte le représentant d’une altérité indispensable et constitutive, ouvrant sur la voie de l’intersubjectivité.

L’intersubjectivité signifie la possibilité de découvrir et d’admettre qu’un autre que soi existe dans notre réalité externe ou interpersonnelle. Le terme d’intersubjectivité renvoie au processus de différenciation extrapsychique qui permet à chaque individu de se vivre comme séparé de l’autre, tandis que la subjectivation permet à l’enfant de se vivre comme une personne à part entière (capable de parler d’elle à la première personne), et de penser l’autre comme un individu capable de se vivre lui-même comme un sujet distinct. L’intersubjectivité se joue dans le champ de la réalité externe et du registre interpersonnel tandis que la subjectivation se joue dans le champ de la réalité interne et du registre intrapsychique.

Un certain nombre de travaux de type cognitif que nous allons détailler par la suite (A. Streri, 1991 et 2000) nous apprennent aujourd’hui que l’articulation des différents flux sensoriels issus de l’objet, est effectivement nécessaire pour que le sujet puisse prendre conscience du fait que l’objet concerné lui est bien extérieur. Autrement dit, aucun objet ne peut, en effet, être ressenti comme extérieur à soi-même, tant qu’il n’est pas appréhendé simultanément par au moins deux modalités sensorielles à la fois, ce qui met l’accent sur l’importance de la comodalisation comme agent central de l’accès à l’intersubjectivité.

Ceci nous montre que les processus d'accès à l'intersubjectivité se jouent fondamentalement, au niveau des interactions précoces, comme une coproduction de la mère et du bébé, coproduction qui doit tenir compte à la fois de l'équipement cérébral de l'enfant, de ses capacités sensorielles, et de la vie fantasmatique inconsciente de l'adulte.

Si l'accès à l'intersubjectivité consiste en la découverte que quelque chose ou quelqu'un d'autre que soi existe dans la réalité extérieure, l'instauration de la subjectivation correspond à l'inscription intrapsychique d'un objet qui de son côté est aussi un sujet qui nous considère comme son (ou ses) objet(s).

Comme le dit R. Roussillon (1997, 2008), la subjectivation permet à l'enfant de ressentir que l'objet qu'il a découvert dans la réalité interpersonnelle de par l'accès à l'intersubjectivité, n'est pas seulement un objet mais plutôt un " objet-autre-sujet ". "Chacun est ainsi sujet et objet de l'autre dans une réciprocité et une symétrie structurale, et c'est évidemment ce à quoi échouent plus ou moins gravement les enfants autistes" (B. Golse, 2019).

L'autisme peut être défini comme l'échec le plus grave des processus d'accès à l'intersubjectivité, soit à la différenciation qui permet à l'enfant de reconnaître l'existence de l'autre (B. Golse, 2013).

L'intersubjectivité mise en échec soulève la question de l'affect. Est-ce par un simple défaut de polysensorialité synchrone ? Actuellement, l'une des hypothèses les plus fortes est de considérer que l'enfant autiste ne parvient pas à établir une polysensorialité synchrone, qu'il ne parvient pas à articuler, à comodaliser les différents flux sensoriels en provenance de l'objet ou de l'autre, et que de ce fait, il échoue à le ressentir comme extérieur à lui-même (ce qui est la définition même de l'intersubjectivité). "D'où l'intérêt des anomalies du lobe temporal supérieur qui ont été découvertes, car c'est dans cette zone cérébrale que sont reçues, décodées

et reliées les informations sensorielles sur les expressions faciales d'autrui, les mouvements de son corps et la musicalité de sa voix" (B. Golse, 2020).

On sait aujourd'hui que l'accès à l'intersubjectivité et à la subjectivation qui en découle passe en grande partie par la capacité de l'enfant de synchroniser les flux sensoriels en provenance de son "caregiver" (son soignant), synchronisation polysensorielle qui fonde la possibilité de pouvoir ressentir l'autre comme autre-que-soi.

Le maillage progressif entre le corps et l'âme va permettre au sujet d'accéder à l'image de soi en tant qu'unité et donc d'éprouver activement (voire de rechercher) cette jonction entre le dedans et le dehors et cette pulsionnalité insatiable.

III. La sensorialité, plurielle mais une

La mise en lien des sens pour une perception globale du corps est au cœur de notre recherche. Pouvoir la documenter dans la littérature doit nous permettre de consolider une hypothèse fondamentale de notre travail pour mieux comprendre la précocité traumatique que vivent certains enfants autistes.

Commençons par revenir à l'expérience du nouveau-né. On ne naît pas en sachant que l'on existe. La reconnaissance du bébé comme une personne à part entière ne relève pas d'une simple perception de l'observateur, perception performante dont le bébé serait dépourvu. C'est la perception investie, l'observateur qui regarde et voit, plus qu'il perçoit, qui fonde la reconnaissance et donc l'existence de la personne à part entière que le bébé est en puissance.

Le bébé seul ne peut se dire, ni même penser, qu'il existe. Il se trouve dans une dépendance vitale et n'est pas encore suffisamment formé pour avoir la conscience de soi. Cela ne veut pas dire que le bébé est insensible, au contraire, sa sensibilité ancrée sur un socle sensoriel est le noyau de son développement à venir.

L'enfant qui vient de naître n'a pas encore les moyens de ressentir et comprendre que lui et autrui sont deux entités différentes. Pour y arriver, le bébé va devoir distinguer la multiplicité des objets partiels qui l'entourent.

L'expérience du miroir confirme cela. Entre 4 et 12 mois, porté dans les bras face à un miroir, le bébé ne reconnaît pas l'image qui s'offre à lui. Nombreux penseurs se sont intéressés à cette phase développementale, tant du côté du corps que de la pensée. Des neurones miroirs (G. Rizzolatti, 1990) au visage de la mère comme premier miroir de l'enfant (D.W.Winnicott, 1975), tous s'accordent pour montrer que dans les premiers moments de la vie, le bébé et l'adulte qui s'en occupe sont confondus. Pour le nourrisson, lui et sa mère¹¹ ne font qu'un. C'est ainsi que de nombreux professionnels ont également montré la corrélation si directe entre le ressenti du bébé et celui de sa mère. D'où peut-être l'idée que les bébés expriment souvent par leur corps ce que ses parents ne peuvent exprimer en mots. Les travaux sur le psychosomatique montrent bien ce lien étroit entre les expressions physiologiques du bébé non expliquées et les maux des parents non élaborés.

¹¹ Le mot mère est utilisé car il correspond (de façon consensuelle) à la figure du "caregiver", c'est-à-dire la personne qui procure les soins. Il va de soi que d'autres personnes procurant les soins au bébé peuvent avoir cette fonction maternelle. Ainsi, le mot mère ne se limite pas qu'à la mère mais à la fonction et l'image de celle-ci.

Ainsi, se reconnaître est une acquisition spécifiquement humaine. Pour se sentir exister, le bébé doit se développer neurologiquement et psychologiquement pour pouvoir accéder à une image de son corps unifiée. L'image de l'enfant qui entre 6 et 8 mois est fasciné par ses mains illustre bien la mise en place de ce processus de reconnaissance. Le bébé réalise progressivement que les mains qu'il voit sont les siennes et qu'il peut décider de leur mouvement. A défaut d'y arriver, il se retrouve alors dans un patchwork décousu où la sensation de morcellement prend parfois le dessus. Le bébé dispose donc de son équipement sensoriel pour y parvenir.

Au fur et à mesure de son développement psychomoteur et affectif, le bébé va apprendre à tisser ses sens entre eux pour pouvoir alors rassembler les différentes images qui le concernent. Ce n'est qu'une fois cette image de soi consolidée que le langage peut alors advenir, témoin d'une individuation possible.

1. Sensorialité et action: un corps en mouvement

“ La logique de l'action précède et prépare celle des connexions verbales ”
(A. Bullinger, 2004).

C'est d'abord à Piaget que l'on doit l'observation du développement sensori-moteur de l'enfant, la référence à l'intelligence sensori-motrice du bébé et la description des différentes phases du stade sensori-moteur.

« Le terme “ sensori-moteur ” est utilisé par Piaget (1936) pour décrire une période du développement entre la naissance et 18-24 mois. Cette période sensori-motrice se caractérise par le fait que les matériaux principaux, qui alimentent l'activité psychique, sont de nature sensorielle et motrice et que ces matériaux sont objets de connaissance. ” (A. Bullinger, 1995).

Le stade sensori-moteur débute dès la naissance et correspond à la mise en place d'une coordination entre les capacités sensorielles et motrices du bébé. Il définit le socle de l'intelligence à venir de l'enfant, tant d'un point de vue cognitif qu'émotionnel. " Penser, agir et ressentir s'avérant, chez le bébé, absolument indissociables " (B. Golse, 2011).

Dans sa théorie sur le développement cognitif de l'enfant, Jean Piaget (1936) fait l'hypothèse de différentes formes d'intelligence. Il distingue clairement l'intelligence du bébé (0-2 ans) de celle de l'enfant et l'adolescent. Pour faire référence à l'intelligence du bébé, il parle d'intelligence sensori-motrice. Le bébé interprète le monde qui l'entoure sur la base de ses sens (sensori) et de ses actions (moteur). " Faute de langage et de fonction symbolique, ces constructions s'effectuent en s'appuyant exclusivement sur des perceptions et des mouvements, donc par le moyen d'une coordination sensori-motrice des actions sans qu'intervienne la représentation ou la pensée " (J. Piaget, 1936, p.8). Goethe le disait aussi dans Faust (1832): " Au commencement était l'acte " ! En somme, l'intelligence sensori-motrice serait une forme d'intelligence première qui évolue avec l'accession à la permanence de l'objet et de ce fait, l'émergence d'une image de soi avec des actes de parole. Ce sont donc les coordinations inter-sensorielles qui permettent à l'enfant d'organiser ses actions même si dans un premier temps, " mouvements et sensations forment un tout " (J. Piaget, 1937, p.14).

En partant de ses réflexes initiaux, l'enfant découvre des " règles " au fil des mois sur le fonctionnement du monde physique qui l'entoure et sur sa capacité à agir dessus. Piaget appelle ces " règles " des " schèmes d'action ". La notion de schème sensori-moteur est un concept central pour comprendre l'approche piagétienne ; elle correspond à une action ou organisation d'actions généralisables et transposables d'une situation à une autre, fonctionnant selon les principes de l'assimilation et de

l'accommodation (Brin et al., 2004). En effet, dans l'interaction de l'individu avec son environnement, ce qui compte pour Piaget c'est la dynamique " assimilation/accommodation ".

Assimilation	L'assimilation est un processus par lequel un objet du milieu est " directement appréhendé " par la structure de l'organisme.
Accommodation	L'accommodation est un processus par lequel la structure de l'organisme se modifie pour s'ajuster au milieu.

Ces deux processus sont antagonistes en même temps que complémentaires, ils fonctionnent de pair. L'observation des enfants autistes nous permet de dire qu'ils sont en difficultés pour mettre en place l'antagonisme de ces deux processus. En effet, on ne pourrait dire qu'ils ne savent pas assimiler ou accommoder mais, il semblerait qu'ils ne puissent faire les deux pour une même tâche.

Piaget a vu dans cette dynamique psychobiologique qui régit les actions de l'enfant, le moteur même du développement de l'intelligence par équilibrations et autorégulations successives (O. Houdé, 2011).

"Un schème est la structure ou l'organisation des actions telles qu'elles se transfèrent ou se généralisent lors de la répétition de cette action en des circonstances semblables ou analogues" (Ibid., p.11). Sans la nommer comme telle, la notion de continuité est d'emblée nécessaire et structurante. En effet, la reproduction de schèmes permet de fonder la notion d'identité, de mêmeté, si nécessaire au bon développement. L'intelligence sensori-motrice permet " l'extraction d'invariants " et donc

l'émergence d'un sentiment de stabilité, indispensable pour l'objectivation de l'univers et l'accès à la représentation du corps. Lorsque l'enfant éprouve le sentiment d'habitude grâce à la stabilité des schèmes, il peut alors les intégrer en les combinant et en les coordonnant par accommodation. Ce sont les coordinations sensori-motrices qui permettent de relier les schèmes entre eux. " En coordonnant les schèmes qui constituent les instruments de son intelligence, l'enfant apprend ipso facto à mettre en relation les choses elles-mêmes entre elles " (J. Piaget, 1935, p.215).

Les différentes phases du stade sensori-moteur décrit par Piaget¹² correspondent à la progression et intégration des schèmes réalisés par l'enfant. Cette première période permet une première vision du monde et fait intervenir en première ligne les notions d'objet, de causalité, d'espace et de temps.

En effet, le bébé est confronté à une temporalité particulière, une " temporalité d'action ". Son intelligence sensori-motrice le rend très dépendant du présent. Si l'on prend comme référence la théorie des trois présents de Saint Augustin (397-401) on dirait que le bébé est plongé dans le présent des choses présentes.

" Il y a trois temps, le présent des choses passées, le présent des choses présentes, le présent des choses futures. Ces trois choses existent en effet dans l'âme, et je ne les vois pas ailleurs : le présent des choses passées, c'est leur souvenir ; le présent des choses présentes, c'est leur vue actuelle ; le présent des choses futures, c'est leur attente¹³".

¹² Voir Annexe 5 : Les phases du stade sensori-moteur selon J.Piaget.

¹³ Saint-Augustin *Confessions*, Livre XI, trad. Péronne et Ecalte remaniée par P. Pellerin, Nathan, 1998

Progressivement, le bébé va découvrir la notion de temps et va tenter d'y accorder ses mouvements. Vers huit mois par exemple, lorsqu'un objet disparaît sous ses yeux, il peut désormais mettre en place des actions qui lui permettront de le retrouver. C'est alors que s'installe la " permanence de l'objet ", principe fondamental de la construction du réel (J. Piaget, 1937). " Le système des objets permanents et de leurs déplacements est indissociable d'une structuration causale " (p.129). Il s'agit alors d'une intelligence orientée vers un but, témoignant l'émergence d'une intentionnalité mais qui demeure une " intelligence d'action ". D'où le fait que l'on parle également de l'intelligence sensori-motrice comme d'une intelligence " pratique ". Cette dernière permet donc la structuration de l'univers de l'individu et organise le réel. L'enfant apprend progressivement à se situer comme un objet parmi les autres dans un paysage d'objets permanents, structuré de façon spatio-temporelle et siège d'une causalité. L'intelligence sensori-motrice serait donc la voie permettant à l'enfant de s'identifier lui-même à un objet permanent. A partir de ses interactions avec son milieu et des informations sensorielles qui en découlent, l'enfant se crée progressivement un " monde spatio-temporel d'objets doués de causalité propre " (J. Piaget, 1937, p.84). Les coordinations sensori-motrices participent à l'organisation du réel et permettent à l'enfant de concevoir son corps comme objet de causalité et de ce fait, d'accéder à une image unifiée de lui-même.

" Ainsi, après avoir traversé le stade sensori-moteur, le sujet se sert de ses schèmes d'action appris et intégrés mais cette fois-ci avec une distance par rapport au réel " (O. Houdé, 2011). L'enfant apprend à les intérioriser et les combiner, il se les approprie et en fait son support pour opérer mentalement.

Selon Piaget, l'enfant se développe donc de façon linéaire et cumulative. Stade après stade, il acquiert de nouvelles compétences et progresse. “ C'est le modèle de l'escalier, chaque marche correspondant à un progrès, à un stade bien défini : de l'intelligence sensori-motrice du bébé à l'intelligence conceptuelle et abstraite de l'enfant et l'adolescent ” (O. Houdé, 2011). Cependant, aujourd'hui, les avancées de la clinique et de la recherche montrent que le développement de l'enfant n'est pas si simple et emboîté. A. Bullinger (2004) précise que la puissance du modèle piagétien se trouve dans l'analyse des processus permettant à l'enfant la maîtrise de son environnement mais conteste son aspect hiérarchique et chronologique. Il ajoute que “ les apports de Wallon concernant les aspects toniques et émotionnels sont dans ce domaine incontournables, tout comme le concept d'équilibre sensori-tonique qui relie les dimensions biologique, physiques, sociales et cognitives. ” (A. Bullinger, 2004, p.68).

A. Bullinger s'est intéressé au développement sensori-moteur de l'enfant en termes d'objets de connaissance explorés par l'enfant en non en termes de stades. Il apporte ainsi une approche différente et complémentaire.

A. Bullinger (2015) expose que les “ systèmes sensori-moteurs se caractérisent par deux propriétés : une capacité de traitement des flux sensoriels et une capacité de traitement des propriétés spatiales des stimulations rencontrées ”. Ainsi, face aux stimulations externes, le sujet éprouvant un ressenti sensoriel réajuste son corps dans l'espace.

“ Un flux sensoriel se caractérise par le fait que la stimulation, qui arrive sur la surface sensible (le capteur), est produite par un apport continu et orienté des agents propres à cette modalité sensorielle. Cette stimulation crée une sensation stable susceptible d'habituation ”. Plus une stimulation sensorielle est constante, plus l'individu s'y habitue, d'où les positionnements “ automatiques ” du corps.

2. Sensorialité et construction corporelle

Le tonus

Bullinger (2004), en reprenant les travaux de Wallon, rappelle le lien intime entre les états toniques du corps et les dimensions émotionnelles. “ Chez le bébé, l'impossibilité (par défaut de coordination) de donner une interprétation spatiale à ces sensations fait de l'émotion, exprimée à travers le recrutement tonique, la seule issue, le seul mode de résolution de cette tension. Cet appui sur le milieu humain est aussi essentiel que la stabilité des interactions avec le milieu physique. La perspective adoptée permet de comprendre le développement sensori-moteur comme la progressive maîtrise de moyens instrumentaux par un individu. Cette perspective peut être qualifiée d'instrumentale. L'instrumentation concerne non seulement la maîtrise des propriétés biologiques et physiques du milieu humain, mais aussi la maîtrise des propriétés biologiques et physiques du milieu. L'individu maîtrise non seulement ses systèmes sensori-moteurs, mais il fait siens les conduites et les savoirs de son milieu. Il se les approprie. ”

Suivant l'idée que tout part des sens, on la retrouve à nouveau en s'intéressant au développement psychomoteur de l'enfant. Les flux sensoriels et leur intégration définissent la base du développement de l'enfant. C'est par ce biais là que se nouent le dedans et le dehors. A la naissance (et dès la vie in-utéro) l'enfant se trouve dans un univers sensori-moteur où se déroule un dialogue incessant entre stimulations sensorielles perçues et actions motrices.

Le développement sensori-moteur est conçu par Bullinger comme une “ suite d'étapes qui s'emboîtent ” qui aboutissent à la maîtrise successive d'espaces corporels différents : l'espace oral, l'espace du buste, l'espace du

torse et l'espace du corps en déplacement (F. Jouen, B. Guillois, M. David & M. Moline, 2015). Cette construction de l'axe corporel assure la mise en relation des acquisitions posturales, des coordinations sensorimotrices et des représentations spatiales. Pour Bullinger, l'axe corporel est non seulement un appui postural mais également un appui représentatif et émotionnel (A. Kloeckner, C. Jutard, A. Bullinger, L. Nicoulaud, S. Tordjman, D. Cohen, 2009). Dans cette perspective, la notion de dialogue tonico-émotionnel apparaît comme essentielle et confirme que la sensorialité joue un rôle primordial sur les rapports interindividuels, à l'instar du double ancrage corporel-relationnel défini par B. Golse (2006).

Le sentiment d'unicité, base de l'image corporelle, est créé par une variation brusque du tonus, un "ébranlement tonique" qui permet de rassembler les sensations relatives à l'organisme. Cet ébranlement tonique peut être obtenu soit par la variation d'un flux sensoriel soit par une émotion créée par une petite rupture de rythme dans le dialogue avec le partenaire. La mobilisation tonique permet de ressentir les limites de l'organisme. La perception des frontières n'est possible que lorsque le tonus varie.

Le dialogue tonique

A travers le contact corporel polysensoriel avec la personne qui le porte, se crée un espace de fusion au sein duquel le bébé parvient à retrouver un état tonique équilibré. C'est la relation avec autrui, le dialogue tonique (J. de Ajuriaguerra, 1970) qui permet de métaboliser et de réguler les stimulations sensorielles. L'état tonique permet des possibilités d'action et d'ouverture au monde : on parle d'équilibre sensoritonique. " Les réflexes toniques et l'utilisation inconsciente des substances corporelles correspondent à une forme d'expression du patient » (D. Mazéas, 2018).

Julián de Ajurriaguerra décrit le dialogue tonique (1970) comme “ une interaction entre le nourrisson et la personne qui le soutient”. Au cours de cet échange, sont mobilisés des flux vestibulaires, tactiles, auditifs, olfactifs et visuels, qui engendrent des variations toniques chez le bébé. L’adulte va donner un sens à ces réajustements toniques afin que le bébé puisse progressivement les mémoriser et les assimiler en tant que représentations mentales. Ce dialogue corporel est au départ le seul moyen de communication que l’enfant possède. Il constitue ainsi le premier mode de régulation du tonus. Le dialogue tonique correspond donc aux capacités d’interaction de l’enfant avec le milieu humain.

La dimension tonico-émotionnelle constitue une caractéristique importante du développement de l’enfant. L’enjeu est que l’enfant réussisse à créer une certaine harmonie entre les variations de son tonus et les différentes informations sensorielles qu’il perçoit, souvent accompagnées de messages affectifs, afin de pouvoir s’y appuyer pour développer ses fonctions instrumentales.

L’axe corporel

A sa naissance, le bébé est équipé à minima pour apprendre à découvrir le monde. Ses réflexes archaïques sont la preuve d’un héritage postural de base. Selon Bullinger (1998), ce sont ces “ postures de base ” qui vont déterminer la répartition du tonus et définissent donc les ébauches d’une organisation corporelle. Ces postures dites archaïques vont créer chez l’enfant une sensation de clivage, il ne peut encore ressentir une sensation d’unité corporelle. Pour cela, il faut qu’il découvre toutes les parties qui le constituent. Ainsi, le bébé va devoir traverser certains chemins pour comprendre les différents plans de l’espace qui le concernent : droite/gauche ; devant/derrière ; haut/bas.

G. Haag (2004) s'est longuement intéressée à ces clivages d'ordre psychique. Elle a théorisé la manière dont le bébé rassemble, petit à petit, son organisme pour accéder à un sentiment de contenance corporelle.

Théo a mis beaucoup de temps à marcher ne pouvant expérimenter sa verticalité. Sa mère nous dira à quel point il lui était nécessaire d'avoir un support dorsal pour se tenir droit et que même maintenant que sa motricité globale était enclenchée, il était par exemple difficile pour lui de se tenir sur un tabouret ; très vite il se tortille ou se glisse au sol.

Un nourrisson (jusqu'à ses trois mois environ) ne parvient pas à faire des liens entre ce qu'il perçoit du côté de son héli-espace droit et de son héli-espace gauche. Le rassemblement entre ces deux hémisphères va pouvoir se faire à travers la rencontre avec l'environnement. Pris dans un bain non seulement sensoriel mais relationnel également, le bébé va progressivement rassembler au niveau de ses sensations et perceptions internes son côté droit à son côté gauche afin de tisser un ensemble fluide. Les notions de " holding " et " handling " développées par Winnicott sont essentielles dans la compréhension de l'ancrage relationnel qu'ouvrent le portage et le contact.

Or, qu'en est-il lorsque un enfant, comme Alexis, présentant un eczéma massif, se retrouve être un bébé difficilement manipulable au sens affectif du "holding"? On peut dès lors émettre l'hypothèse d'une intrication de vécus sensoriels désagréables qui aboutissent à un rendez-vous physique manqué: vécu douloureux du côté d'Alexis, vécu d'aversion pour la mère.

En parallèle, l'enfant va également devoir effectuer un rassemblement corporel devant-derrrière. Remarquons que la plupart des organes sensoriels se situent à l'avant du corps, en particulier au niveau de son visage. C'est ainsi que le nouveau-né va ressentir un clivage entre l'avant et l'arrière de son corps. A nouveau, grâce à la répétition d'expériences corporelles à travers la stimulation de l'environnement, le bébé va progressivement éprouver que ce qui est vécu devant est lié à ce qui est ressenti derrière. G. Haag parle ainsi d'un "fond psychique" sur lequel l'enfant va pouvoir s'appuyer et contenir ses expériences. Dans l'interaction avec son environnement, ce derrière corporel, ce "fond psychique", contribue à donner au bébé le sentiment d'être contenu, rassemblé et que "quelque chose tient". Cette impression participe à garder en soi ce qui a été perçu par nos organes sensoriels (D. Augustin, 2013).

Pour ce qui est du rassemblement corporel haut-bas, selon G. Haag (1985), cette période débute vers l'âge de six mois. Grâce à la poussée neuromotrice et aux jeux qui s'organisent avec son entourage, le bébé va développer de nouvelles compétences motrices (mouvements de flexion-extension) et va pouvoir investir ses membres inférieurs. Cette intégration s'achève normalement aux alentours de 3 ans avec l'acquisition d'une "sphinctérisation"¹⁴. Le quatre pattes de l'enfant témoigne bien de la mise en place de ce rassemblement entre le haut et le bas du corps.

On repense alors à l'anamnèse de Théo dans laquelle n'apparaît pas cette phase, soulignant ainsi un difficile passage à sa verticalité. Ce manque de transition développemental se situe dans la lignée de l'impossible représentation de l'attente psychique que l'on retrouve chez les enfants autistes.

¹⁴ La sphinctérisation correspond à l'action volontaire des sphincters (anale et urétrale). Elle débute lorsque la maturation neuromotrice investit le bas du corps, l'enfant passe alors d'un fonctionnement réflexe de ses sphincters à un fonctionnement investi, volontaire.

C'est donc à travers les expériences corporelles partagées et répétées avec son entourage que l'enfant réussit à diminuer ses clivages. Le corporel va alors pouvoir être connu et investi dans sa globalité. Le bébé va progressivement goûter à la verticalité et ce rassemblement va ainsi lui permettre de s'organiser dans l'espace. La construction de l'axe corporel est donc à l'origine du schéma corporel et d'une image de soi. C'est ainsi qu'Anzieu disait : " l'esprit se construit avec son expérience du corps " (1985).

Une phrase de la mère d'Alexis illustre parfaitement ce nécessaire partage aboutissant à une représentation. Elle nous dira "on a toujours évité de lui faire des guilis parce que avec lui ça se finit toujours mal, il fait n'importe quoi avec ses gestes".

Notre accès à l'espace dépend de l'utilisation de nos divers moyens sensoriels. L'espace corporel et l'espace ambiant sont toujours le fruit de coordinations. Celles-ci correspondent à un mode de pensée primordiale qui définit la base de la représentation d'action. Certains auteurs n'hésitent pas à considérer que toutes les représentations mentales sont, de fait, des représentations d'action. Ce qu'on appelle l'image motrice permet de comprendre comment l'émergence de la pensée chez le sujet s'accompagne d'une certaine façon de penser l'autre. B. Golse nous donne un exemple d'image motrice en reprenant ce que G. Haag a décrit sous le terme de " boucles de retour " (1991). " Ces mouvements des mains qui, peu ou prou, persistent tout au long de la vie chez tout un chacun (il est extrêmement difficile et artificiel de parler sans aucun mouvement des mains, sauf dans le cas de certains procédés dramaturgiques), auraient ainsi valeur de récit, en ce sens qu'en parallèle du langage verbal instauré, ils continueraient, d'une certaine manière, à nous raconter, analogiquement, quelque chose de la naissance même de la communication " (B. Golse, 2011).

3. Une synchronie sensorielle

Les travaux en psychologie cognitive et en neurosciences, notamment grâce à la découverte des neurones dits multisensoriels, ont montré que la représentation que nous avons de notre environnement direct n'est pas uni-sensorielle mais plutôt multi-sensorielle, et ce, de façon systématique.

Les sens se doivent de fonctionner entre eux pour être efficaces : une comodalisation sensorielle est donc nécessaire. La coordination de l'ensemble des signaux sensoriels va permettre à l'enfant de passer de la sensation à la perception globale de son corps. La cohérence entre chacun des sens est ainsi nécessaire pour une mise en forme du corps de l'enfant. Le système sensoriel va permettre à l'enfant de sentir les changements internes et externes à son corps. Les variations sensorielles seules n'ont pas de signification pour l'enfant ; il va apprendre à les tisser entre elles, les rassembler afin de comprendre le monde qui l'entoure. Dans son étude sur les interactions précoces de mères avec leur bébé puîné d'enfant autiste, B. Rousselot-Pailley (2010) montre que les moments d'accordage maximum se retrouvent pendant les séquences de chansonnettes " ainsi font font font les marionnettes " faisant appel à cette comodalisation: ouïe/visuel.

Le travail de comodalisation perceptive ne peut se faire, que si les différents flux sensoriels sont mis en synchronie.

Dans cet exemple de la comptine chantée par les adultes à l'enfant, des marionnettes " s'en vont " comme pour illustrer que cette comodalisation ouïe/vue n'est pas indifférente à la question de la présence/absence.

Pour exister à la première personne, le bébé va progressivement mettre en relation les informations de plusieurs modalités sensorielles. A. Streri (1991) désigne ce processus sous le terme de " coordination intermodale ".

Cette coordination va permettre au bébé de découvrir le monde de façon cohérente et de partager les effets de cette rencontre : ce que Piaget appelle “ l’intersensorialité ” (1945).

Chiasmés sensoriels

Le chiasme est une figure de l’entrecroisement que nous devons à Merleau-Ponty. Provenant du grec “ khiasmos ”, il traduit une “ disposition en croix ” (Larousse). En littérature, un chiasme correspond à la “ disposition en ordre inverse de deux phrases syntaxiquement identiques, formant une antithèse ou constituant un parallèle ” (Ibid.). Dans le milieu de la sculpture, un chiasme est une opposition diagonale entre les membres inférieurs et les membres supérieurs du modèle. On observe donc l’idée d’un croisement et la possibilité de converger.

En tentant d’appliquer la vision de Merleau-Ponty sur la corporéité dans la danse, le philosophe Michel Bernard (2001) élabore une théorie “ fictionnaire de la sensation ” dans laquelle il présente quatre chiasmés qui caractérisent la sensorialité:

- Chiasme intrasensoriel : qui souligne la dimension à la fois active et passive de chaque sens.
- Chiasme intersensoriel : qui souligne le phénomène de résonance entre les différents sens.
- Chiasme parasensoriel : qui souligne l’homologie entre l’acte de sentir et l’acte d’énonciation.
- Chiasme de l’intercorporéité : qui concerne la “ trame des interférences croisées de deux corporéités distinctes ” (M. Bernard, 2001, p.97)

Ces chiasmes se définissent donc comme étant des correspondances croisées entre les sens et une altérité enveloppante. On ne peut d'emblée s'empêcher de rassembler intersensorialité et intersubjectivité.

L'intégration sensorielle

En 1972, après s'être intéressé aux difficultés d'apprentissage du jeune enfant, Jean Ayres développe le concept d' "intégration sensorielle". Selon lui, l'intégration désigne un processus permettant de rassembler différents éléments en un tout. Il souligne la capacité que possède le système nerveux central pour interpréter et organiser les informations reçues par les différents organes sensoriels du corps. L'intégration sensorielle décrite par Ayres est un processus neurologique qui débute dans la vie fœtale et atteint sa maturité aux alentours de dix ans.

Le système sensoriel est constitué d'un ensemble de neurones et de récepteurs sensoriels capables de communiquer entre eux. Lorsqu'un contact avec l'environnement se produit, le sujet reçoit des informations sensorielles grâce à ses organes de sens et leurs récepteurs qui font office de route. Les neurones sensoriels transmettent ainsi les informations captées par les récepteurs sensoriels.

- Un premier relai se fait au niveau des noyaux (dont certains se trouvent dans le tronc cérébral) où l'information est traitée et précisée, puis transmise au cortex cérébral où s'opère une intégration plus précise dans les aires primaires.
- Dans la continuité de cette trajectoire, les aires associatives mettent ensuite en relation cette information avec d'autres éléments (comme des connaissances antérieures par exemple).

→ Le sujet peut alors créer un comportement grâce aux motoneurones qui débutent au niveau des aires motrices dans le cortex et se projettent sur les organes effecteurs.

J. Ayres (1972) donne cet exemple illustratif: “ Lorsqu’un enfant sent au niveau tactile une pièce de puzzle, les informations tactiles de ses doigts sont d’abord traitées dans le tronc cérébral. Les détails sont ensuite reconnus par l’aire somatosensorielle dans le cortex et comparés avec d’autres pièces de puzzle dans les aires associatives. L’enfant a besoin de ces stimulations sensorielles pour permettre à son cerveau de prendre une décision sur l’endroit où la pièce de puzzle doit être placée ”. La transmission de toutes ces informations se fait par les neurones, qui communiquent entre eux par les synapses.

Dans un premier temps de vie, les expériences tactiles, vestibulaires et proprioceptives seront essentielles pour le développement du control postural. Par la suite, l’enfant développe des compétences plus raffinées grâce à l’accès au schéma corporel et à l’image du corps : il est alors capable d’anticiper ses mouvements. Dans la continuité du développement de l’intégration sensorielle, le sujet a dorénavant un but lors de ses actions. Il y a donc un début et une fin. Ainsi, la théorie sur l’intégration sensorielle confirme et prouve qu’un accordage sensoriel est nécessaire pour accéder à la conscience de soi. “ Si le corps et tous les sens fonctionnent ensemble comme un tout, il est facile pour le cerveau de s’adapter et d’apprendre ” (J. Ayres, 2013, p.56).

La perception amodale

Afin que le bébé puisse découvrir le monde, le cerveau va développer une cohérence entre toutes les informations sensorielles qu'il reçoit. Pour comprendre la manière dont il procède, D. Stern va parler de "perception amodale" (1989). Il la définit comme étant "une aptitude innée, programmée, qui conduit le nourrisson à traiter des informations reçues dans une modalité sensorielle donnée et à les traduire dans une autre modalité sensorielle" (D. Stern, 1989, p.74). A nouveau, l'idée de synesthésie réapparaît. La perception amodale se poursuit tout au long de la vie et permet à l'individu de se représenter visuellement un objet sans même l'avoir observé auparavant.

Afin d'illustrer cela, D. Stern évoque une expérience menée par Meltzoff et Borton en 1979. Après avoir bandé les yeux de nourrissons de trois semaines et leur avoir donné une sucette à la forme particulière ; le bébé est capable de la reconnaître lorsque celle-ci lui est présentée à côté d'une autre sucette ayant une forme distincte de celle qu'il a goûté. Cette expérience montre bien l'effet de la perception amodale entre le tact et la vision.

La perception amodale s'appuie sur le transfert d'une modalité sensorielle à une autre, c'est-à-dire la transmodalité. Elle permet également la correspondance entre tous nos organes sensoriels (l'intermodalité) et c'est ainsi que l'on est capable de lier ce que nos organes sensoriels perçoivent. Une coordination des sens, voire une synchronie sensorielle est alors possible si celle-ci peut bien sûr s'appuyer d'affects (D. Stern, 1989). Alors que l'on sait que le nouveau-né ne discrimine pas encore les émotions telles que la joie, la tristesse, la colère, etc., il ressent certains affects que Stern nomme "affects de vitalité". Ils correspondent en quelque sorte à des "émotions primaires" et donc inévitablement, s'expriment corporellement. Ainsi, elles provoquent une réaction tonique sur tout l'organisme

du bébé. Associées aux perceptions amodales, elles vont permettre à l'enfant de se construire une représentation globale de son univers.

Le nourrisson ne peut encore donner du sens à ce qu'il ressent dans son corps. Il pourra y parvenir grâce à la mise en place d'un jeu permanent avec ses parents où des images se créeront lui permettant de se repérer dans l'espace et s'identifier. D'où l'importance de ces transformations sensorielles pour accéder à une représentation de l'espace et du temps. Une synchronie sensorielle est donc bien nécessaire pour accéder à une perception globale du corps : de son corps et du corps de l'autre. C'est par ce biais là que peut alors s'opérer le processus d'individuation et l'accès à l'intersubjectivité.

4. Le schéma corporel et l'image du corps

Afin d'avoir un impact et de pouvoir agir sur les objets qui nous entourent, pour pouvoir même se déplacer, il nous faut avoir une " idée de notre corps " (J. Lhermitte, 1942). Il n'existerait pas de " forme " du corps humain préenregistrée dans le cerveau. Comme on l'a vu précédemment, c'est par l'entrecroisement des représentations motrices et sensorielles que l'individu peut y accéder (J. Nadel & J. Decety, 2002). Le schéma corporel est ainsi conçu comme " né de l'apport des sens, et s'en émancipant pour devenir condition de l'expérience " (J. Lhermitte, 1942). Henri Wallon s'intéresse également au rôle que joue le corps dans la prise de conscience de soi chez l'enfant. Il postule l'idée que le schéma corporel n'est pas une donnée initiale et c'est alors qu'il rompt avec le champ de la médecine. En effet, il insiste sur le rôle de l'environnement dans le développement de l'enfant comme étant indispensable à la construction du schéma corporel. Il y a le corps propre et il y a le monde extérieur. Le tout se joue dans la dialectique avec l'environnement pour progressivement pouvoir " assembler " une conscience de différentes parties du corps (J. Boutinaud, 2017).

Avant l'introduction du concept de "schéma corporel" développé par Penfield en 1902, la représentation du corps faisait appel à la notion ancienne de cénesthésie. Celle-ci correspond au "sentiment vague que chaque individu a de la totalité ou d'une partie de son corps, indépendamment du concours des sens" (Larousse). C'est en quelque sorte ce que Françoise Dolto a fait avec sa "poupée fleur" (1946) en proposant à sa jeune patiente Bernadette, une image miroir d'elle-même qu'elle ne pouvait construire. Bonnier comprend les choses autrement et lie la représentation du corps non plus à un ensemble de sensations plus ou moins définies, mais à une forme. Quelques années plus tard, en 1911, Head et Holmes s'y intéressent également et considèrent les données posturales comme la base de la représentation du corps. Confronté à la gravité, le corps ne peut s'empêcher d'adopter certaines postures. P. Schilder (1950) insiste sur le côté dynamique du schéma corporel qui est ainsi constamment réactualisé. "Comme nous changeons perpétuellement de position, nous sommes toujours en train de construire un modèle postural de nous-mêmes en constante transformation" (Ibid., p.36). On y retrouve l'idée d'une flexibilité et d'un mouvement continu mais il est également important d'y souligner sa stabilité. En effet, il est possible que le schéma corporel résiste aux modifications traumatiques (J. Lhermitte, 1942). La personne ayant subi une amputation fait tout de même appel à cette représentation unifiée du corps, d'où l'existence des membres dits fantômes. Par ailleurs, la douleur participe à la constitution d'une unité corporelle. En effet, il est courant que l'enfant se cogne lorsqu'il commence à explorer son environnement ; il "établit rapidement la qualité de substance sensible dont est doté son corps et par laquelle cette substance s'oppose au solide insensible qu'il a frappé" (J. Lhermitte, 1939, p.21). Ainsi, on dispose d'une représentation non consciente du corps qui serait en quelque sorte une image sur laquelle nous nous appuyons (sans s'en rendre compte) pour réajuster nos mouvements à notre environnement spatial (H. B. Coslett, 1998). J. de Ajuriaguerra (1974) définit le schéma corporel comme la construction édifiée "sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrin-

thiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ”.

Le cerveau traite en effet l'espace et le corps de façon indissociable. Le corps emporte son espace avec lui et cet espace n'existe que de par l'action qui s'y déploie (C. Morin, 2013). C'est dans cette lignée que Merleau-Ponty s'est intéressé à la notion de schéma corporel.

Dans *Phénoménologie de la Perception*, Merleau-Ponty s'efforce de désubstantialiser la notion de schéma corporel. En effet, pour le philosophe, c'est à travers la motricité que l'on voit apparaître entre le corps et les phénomènes extérieurs un système unifié, analogue à la synergie de corps propre. Merleau-Ponty avait la théorie d'un dialogue de co-appartenance entre sujet et objet dont la communication s'établit sur notre unité corporelle, qui, à son tour, fait unité avec le monde (S. Verissimo, 2012). “ Le schéma corporel s'intègre progressivement dans la forme d'un événement unitaire, conjugaison de toutes les données sensorielles et qui englobe, essentiellement, la situation du corps dans l'espace, dans le monde ” (Ibid.). “ Toute perception est une action, une activité du sujet sur le monde, qui engage la totalité des sens de façon indivise, entrelacée, et cependant toujours singulière ” (I. Ginot, G. Mallet, J. Nioche & C. Roquet, 2006).

“ La théorie du schéma corporel est implicitement une théorie de la perception ” (M. Merleau-Ponty, 1945).

C'est Paul Schilder qui invente l'expression “ Image du corps ”, en désignant par là une représentation à la fois consciente et inconsciente du corps. Dans la lignée de la vision de Merleau-Ponty, il considère l'image du corps sur un plan psychique mais également perceptif. Merleau-Ponty

juxtapose la perception du comportement d'autrui et la perception du corps propre en tant que schéma corporel, organisation unitaire où survient l'identification entre moi et autrui. Les neurosciences ont pu confirmer cela par la suite, en effet, les représentations cérébrales du corps de soi et de l'autre sont intriquées (J. Décety & J. Sommerville, 2003).

On constate que de nombreux penseurs ont cherché à aller au-delà du concept neurologique de schéma corporel, en cherchant à y intégrer le ressenti psychologique du sujet et, donc, la prise en compte d'une certaine dimension réflexive.

C'est à Henri Wallon que Merleau-Ponty fait appel dans la discussion sur les relations avec autrui dans l'enfance. Wallon analyse la prise de conscience et le processus d'individuation du corps propre. Le nouveau-né dispose d'un équipement sensoriel qui garantit l'unité organique du bébé au fur et à mesure que s'établissent des relations de plus en plus précises avec les excitations venues du monde extérieur. Cela signifie que la condition indispensable au développement du moi corporel n'est pas la coordination des organes et de l'activité, mais la liaison entre l'activité tournée vers le monde et celle rapportée aux nécessités et attitudes du corps. Dans ce sens, Merleau-Ponty affirme que la constitution d'un schéma corporel, c'est-à-dire l'acquisition d'une expérience organisée du corps propre, coïncide avec la possibilité que cette expérience soit transférée à autrui, dans la mesure où autrui apparaît comme un être tourné vers un monde partagé (S. Verissimo, 2012). Pour Paul Schilder (1950), il existe un lien intrinsèque entre l'image du corps et la collectivité. Pour lui, " le modèle postural du corps est lié au modèle postural du corps des autres " (p.40). Ainsi, on peut se faire une image de soi en partie grâce au corps de l'autre. C'est alors que l'on retrouve une image du corps en mouvement : " nous sommes continuellement entrain d'expérimenter sur l'image du corps " (Ibid., p.226).

Alors que Paul Schilder (1950) avait tendance à utiliser indifféremment “ schéma corporel ” et “ image du corps ”, Françoise Dolto tient à distinguer les deux concepts en ce que pour elle, cette dernière notion correspondrait plutôt à l’image singulière qui habite l’enveloppe corporelle. “ Si le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus de l’espèce humaine, l’image du corps, elle, par contre, est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire ” (F. Dolto, 1984, p.22). Elle ajoute, “ le schéma corporel est en partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient, tandis que l’image du corps est éminemment inconsciente ” (p.23). Pour Dolto, l’image du corps est totalement dépendante de l’interaction verbale (I.Ginot, G. Mallet, J. Nioche & C. Roquet, 2006).

La sensorialité devient ainsi le socle d’une unité qui permet de faire advenir l’image du corps afin de devenir schéma corporel pour permettre au sujet de se représenter son corps comme une entité à part entière.

5. “Dessine-moi un cercle”

Le dessin du rond, tant recherché par les psychologues comme signe d’un “bon développement” et longuement théorisé, pourrait se comprendre comme une étape de ce processus développemental qui débute par une organisation sensorielle interactionnelle. Pouvoir se représenter un rond devient alors un indicateur de l’amorce de l’image du corps.

Quand la trace d’un cercle est clairement définie, la séparation corporelle est en train d’être tolérée et la maîtrise psychologique conséquemment expérimentée. L’enfant ne commence jamais à investir le graphisme en sachant tracer un cercle (fermé). L’étape du gribouillage est indispensable et très représentative du développement psychique et cognitif de l’enfant durant cette époque. Le gribouillage, ce tracé sans fin ressemblant à un labyrinthe en construction, à l’image des représentations en devenir que l’enfant co-construit.

Partons alors du paradoxe qui veut qu’un enfant dans sa bulle ne peut pas dessiner un cercle, une première forme, une “bulle”, un premier mouvement qui revient sur lui pour se fermer, se former.

L’enfant autiste échoue souvent à l’épreuve “tracer un cercle”, item retrouvé dans tous les outils d’évaluation du jeune enfant. Il stagne dans le monde du gribouillage, à l’image de son vécu sensationnel et de l’enfermement qui découle d’un tourbillon sans fin. Lorsque le cercle peut être fermé, une représentation de l’espace est advenue.

Le dessin du rond illustre les mêmes mécanismes mis à l’œuvre pour accéder à une image de soi.

Dessin d'Alexis



Dessin de Théo



PARTIE 5 :

**UNE SENSORIALITÉ
D'ENFERMEMENT**

Nous avons présenté jusqu'à présent dans ce travail l'hypothèse selon laquelle la sensorialité était à l'origine du développement psychique et physique du sujet. Ainsi, elle correspond à notre part la plus primaire en même temps la plus évoluée.

Finalement, plus la sensorialité s'imprègne de la rencontre avec autrui et des représentations qui en découlent, plus on réussit à prendre une certaine distance avec celle-ci. De manière paradoxale, notre travail clinique se sert de la sensorialité comme outil d'ouverture thérapeutique. Cette dichotomie enfermement-ouverture apparaîtra ainsi au cœur de notre recherche.

Toute rencontre avec un enfant autiste suppose un "arrêt sur le corps". En effet, on est rapidement confronté, voir sidéré, par le rapport si particulier et singulier qu'a l'enfant autiste avec son corps. Cela vient alors toucher directement le corps de celui qui l'observe, sans que celui-ci puisse l'identifier, à l'image d'une communication dont la boucle peine à se refermer et là où le partage ne peut se percevoir. Nous avons vu dans la première partie de cette thèse le rôle si vital de la sensorialité dans le développement de l'individu humain. Point départ en même temps que matière : c'est par le biais de la sensorialité que l'on découvre le monde. Cependant, pour comprendre le monde qui nous entoure, il faut pouvoir se le représenter. La difficulté de représentation est l'élément le plus

caractérisant des enfants autistes. En effet, ils sont entravés dans l'accès à une image unifiée d'eux-mêmes et de l'espace dans lequel ils se trouvent. Face à cela, ils déploient des mécanismes de protection (voir de survie) en utilisant leurs sens, seul ressenti qui les unit à leur corps. L'investissement du corps reflète ainsi la puissance sensorielle qui est le seul vécu que l'enfant autiste peut partager (parfois passivement donc partageable car l'autre peut le voir). Alors que la sensorialité a un rôle d'ouverture dans le développement de l'enfant, on s'aperçoit souvent, d'un point de vue clinique, qu'elle peut également avoir un rôle d'enfermement ou du moins, tel est le constat de l'observation d'enfants autistes.

On ne peut s'empêcher de se demander ce qu'apportent à l'enfant les particularités corporelles qu'il montre, parfois à son insu. On pense à ces enfants qui marchent sur la pointe des pieds, se balancent, se perdent dans le reflet des feuilles qui bougent, passent des heures à voir couler l'eau, se procurent des sensations à travers les cris, ont des préférences pour une matière alimentaire (solide ou liquide), ne peuvent supporter certains bruits, sont fascinées par des mini détails, etc. Il existe en fait une infinité de particularités car tout individu a les siennes et leur vécu diffère de tout un chacun. C'est dans la tentative de lier ces particularités corporelles aux difficultés cliniques constatées que l'on comprend que la sensorialité, alors même qu'elle est toujours utilisée pour la construction et la survie de l'espèce, peut parfois devenir un lieu d'enfermement. Toute la difficulté se trouve dans le fait que les particularités sensorielles de l'enfant autiste reflète ses ressources en même temps que ses entraves.

C'est là que l'on remarque les difficultés que rencontre l'enfant autiste qui ne peut encore prendre ce recul nécessaire pour accéder à la représentation de soi (et donc des choses) ou dont un défaut de représentation empêcherait cette prise de distance.

L'enjeu développemental fondamental de l'enfant se joue dans sa capacité à se séparer. La séparation implique bien plus que l'image de deux corps qui s'éloignent ou se quittent. Avoir accès à ces représentations n'est à la portée que des enfants qui ont traversé ce processus développemental indispensable à la constitution de soi.

À la naissance, le nourrisson et sa mère ne font qu'un. L'enfant à la naissance ne serait pas encore suffisamment développé pour être autonome et s'avère ainsi être vitalement dépendant. Au fur et à mesure que le bébé découvre son environnement et que ce dernier le reçoit en lui dessinant une place à habiter, il va apprendre à se voir et se reconnaître. Progressivement et au fur et à mesure que l'enfant non seulement comprend mais intègre ce qui se passe autour de lui, il va comprendre qu'il est une personne à part entière distincte de celui qui lui donne les soins, c'est-à-dire, ses parents. En même temps se crée alors le besoin de rester près de cet autre dans la crainte de le perdre et donc de se perdre. La séparation serait alors la menace d'une régression où la confusion soi-autre, interne-externe apparaît soudainement comme étant irreprésentable et donc inquiétante (voire effrayante).

A supposé que l'enfant et la mère ne fassent qu'un à la naissance, pour qui ne font-ils qu'un? C'est peut-être ici que se poserait la question du père et sa place dans le désir maternel. Au regard de ce que nous avons développé autour de l'unité à construire au fondement de la subjectivité et de l'ouverture à l'autre, le bébé et la mère ne font pas qu'un.

Pour l'enfant autiste, le manque de recul par rapport à son propre corps va de pair avec l'écart qui le sépare de la communication avec autrui. On dit souvent de l'enfant autiste qu'il est " ou trop près ou trop loin ". Cela ne reviendrait-il pas à la même chose ? Dans l'idée du " trop près " on retrouve cette confusion entre ce qui vient de soi et ce qui vient de l'autre.

Parfois on observe des enfants autistes pouvant être dans un collage corporel très intense, voire même une “ fusion corporelle ”. Dans l’idée du “ trop loin ”, l’adulte retrouve cette sensation parfois éprouvée en présence d’un enfant autiste : la solitude. Comme si l’enfant autiste ne nous entendait ou voyait pas. Donc c’est dans ce “ trop ” que l’enfant montre la saturation constante qui l’habite et l’entrave dans l’investissement de sa vie psychique et cognitive. A l’image des profils hyper ou hypo sensibles, c’est dans la difficultés d’intégration que tout se joue.

La sensorialité de l’enfant autiste est très souvent au premier plan et définit en grande partie les moyens de communication qui peuvent s’établir avec son environnement. Le trouble du traitement des informations sensorielles est aujourd’hui un critère diagnostique d’un Trouble du Spectre Autistique. Ainsi, on s’accorde pour dire que la plupart des enfants porteurs d’un trouble autistique ont des particularités sensorielles. Ils sont particulièrement en difficulté au niveau de l’intégration sensorielle et dans la construction d’un schéma corporel.

L’enfant autiste est pris dans une recherche de mouvement incessant et de mêmeté rassurante. Dans ce fonctionnement si paradoxal, ses sens l’aident à pallier le manque de sens sur ce qui l’entoure. Les difficultés pour accéder au langage verbal sont indéniables (que cela en soit la cause ou la conséquence). L’enfant n’accède pas à la représentation de mots et son activité psychique est à l’image de celle du bébé, c’est-à-dire débordante et déliée. Le sujet autiste a du mal à se créer des images de ce qu’il vit et à les intégrer dans sa mémoire. Les seules qu’il réussit à mobiliser sont celles d’un présent intemporel qui s’exprime par la répétition incessante de ses activités. L’utilisation de son corps et l’activation de sa sensorialité lui permet alors de se sentir exister et la carapace qu’il se crée est ce qui ressemble le plus pour lui à la contenance d’une image de soi.

L'enfant autiste est dans un dialogue permanent avec son corps qui lui prend tout son temps et énergie. Ainsi, il n'a pas le recul nécessaire pour intégrer l'autre dans son champ relationnel. Il ne peut traiter toutes les informations qui découlent du milieu qui l'entoure. Alors, il s'éparpille et ne peut s'accorder au temps ni à l'espace. Il se voit obligé à se recentrer sur lui-même pour se retrouver et se sentir exister. Ainsi, l'éprouvé corporel est la seule garantie d'un sentiment d'existence. La continuité de l'enfant autiste s'inscrit donc dans un registre sensoriel. Le défaut de synchronie sensorielle l'empêche de découvrir le monde comme on pourrait l'attendre mais il doit tout de même se construire avec son bagage sensoriel. C'est pourquoi on constate que toutes les difficultés de l'enfant autiste s'expliquent par un biais sensoriel en même temps que son organisation insensée définit également ses moyens d'ouverture, de communication.

Nous pouvons alors repartir du trépied symptomatique (interaction, communication et intérêts restreints) pour dresser une trilogie symptomatologique caractéristique de l'autisme sous un prisme sensoriel qui permet d'ouvrir la possibilité de soigner " ce corps insensé ".

I. Les troubles des interactions sociales

Les troubles des aptitudes sociales (ou *retrait autistique*) traduisent l'incapacité ou les difficultés de l'enfant autiste à développer des relations interpersonnelles, ainsi qu'un manque d'intérêt vis-à-vis de ses pairs.

Ce retrait autistique est caractérisé par l'absence de réaction à l'appel du prénom de l'enfant, l'absence.

L'évitement ou les bizarreries du contact visuel, le refus du contact corporel (refus des étreintes et des caresses), une indifférence générale aux autres, l'absence de sourire social, le caractère peu expressif du visage ou au contraire des grimaces ou expression de douleurs qui ne sont pas connectées à un événement externe tangible, l'absence de jeux imaginatifs avec les pairs, d'intérêt ou de réponse vis à vis des autres enfants, la difficulté à diriger l'attention de l'autre, à faire des offres de partage ou à faire partager son propre plaisir, l'impossibilité à offrir du réconfort, à prendre des initiatives sociales ou à répondre de manière adéquate aux avances sociales.

Les émotions sont très variables, le plus souvent pauvres ou au contraire exagérées ; elles restent le plus souvent inadaptées à la situation sociale (car manquant de sens).

Au début de sa carrière, F. Tustin avait adopté l'idée que l'autisme pathologique ne pouvait être qu'une régression à un stade précoce désigné comme : autisme primaire normal (dans "Autisme et psychose de l'enfant" 1977). En 1986, avec "Les états autistiques de l'enfant", elle écrit : "l'idée de l'autisme primaire n'est pas une évidence défendable". Elle n'emploie donc plus l'expression d'autisme primaire normal mais décrit le stade normal initial du développement comme étant un "état psychocorporel d'autosensualité". Ainsi, cette première phase précoce commune à tous correspondrait à un vécu autocentré sur le corps dont la sensorialité

est le premier moyen de découverte du monde. Tustin écrit ainsi en 1992 dans " Autisme et protection " :

" J'en suis venue à la conclusion que je faisais erreur en suivant la tendance générale des psychanalystes qui utilisent le terme d'autisme pour désigner à la fois un stade précoce du développement infantile et une pathologie spécifique. Je me rends compte maintenant qu'il est plus correct et clair pour notre pensée de réserver le terme d'autisme uniquement à certains états pathologiques spécifiques, dans lesquels il y a une absence de relations humaines et un appauvrissement massif de la vie mentale et émotionnelle, ces anomalies résultent d'un blocage de l'éveil de la conscience dû au développement aberrant et précoce des procédures autistiques ".

Il est intéressant de comprendre l'évolution de la pensée de Tustin dans ses réflexions sur l'autisme. L'idée d'une phase autistique primaire s'inscrit dans une recherche identificatoire pour accéder au vécu des enfants autistes. Recherche s'appuyant sur l'élaboration d'un vécu sensoriel en miroir. Mettre des mots là où il ne pourrait le faire. En effet, c'est dans la tentative de s'identifier à leurs difficultés qu'on est ramené au plus primaire en soi (de soi). L'idée de Tustin était de penser que tout individu humain traverse au début de son développement un stade dans lequel la sensorialité prime et la différenciation entre soi et autrui n'est pas encore possible. Elle pensait que l'autisme infantile serait finalement le résultat d'une incapacité à surmonter cette première phase développementale précoce. Il semble important aujourd'hui de ne pas perdre de vue cette logique Tustinienne qui consiste finalement à pouvoir s'identifier à la pathologie pour mieux la comprendre sur une perspective développementale. En somme, normaliser la pathologie pour mieux s'y identifier. Cependant, le constat a été de montrer que d'associer le mot autisme et normal était trop confus et polémique. Ce qu'il faut donc retenir c'est que l'enfant

autiste vit une autosensualité constante, similaire à celle que traverse les bébés au tout début de leur développement. C'est bien " l'autosensualité " qui fait partie du développement normal de l'enfant et qui en même temps caractérise le vécu de l'enfant autiste. Ainsi, parler d'autisme primaire normal revient à postuler qu'il existe un stade après la naissance que tout enfant connaît et dépasse, mais auquel l'enfant autiste reste comme " arrêté ", comme s'il y était bloqué par des forces bien mystérieuses. Tustin évoquait l'enfant autiste comme semblant " flotter dans le milieu liquide utérin ", comme s'il s'était (re)créé " une espèce d'utérus post-natal " (1986).

1. Un débordement sensoriel

F. Tustin se référait souvent dans son langage imagé, à des métaphores liquides : " débordements torrentiels, canaux, univers liquide, formes fluides ". Elle a utilisé l'expression " unicité par débordement " (" flowing over at oneness ") pour décrire les premières expériences sensuelles d'unité et le processus par lequel l'unité primaire peut se maintenir. " Mon idée d'unicité par débordement comme prédécesseur de l'identification projective ". On comprend donc mieux l'enjeu de la sensualité autour de la construction d'une image du corps dans l'opposition entre le solide et le liquide. Les enfants autistes alternent d'ailleurs beaucoup entre une rigidité corporelle (dur, solide) et un " lâchage " du corps (comme le liquide qui coule). Leur intérêt pour les objets est également à l'image de cette dialectique liquide/solide.

On pense à Théo qui pouvait passer des heures à faire couler l'eau sur ses mains ou encore à transvaser de l'eau d'un seau à l'autre. Comme si la sensation du liquide lui permettait alors d'être en accord avec son fonctionnement psychique de par l'accordage sensoriel d'avec l'eau qui coule. On le revoit égale-

ment se désorganiser après que l'adulte mette fin à son jeu. Il devient tout mou, on ne sait comment le contenir, telle une eau qui coule et nous file des doigts.

Le paradoxe de l'enfant autiste serait dans le fait qu'il recherche constamment cette sensation de " débordement sensoriel " pour être au plus près d'un vécu corporel qu'il ne peut encore se représenter. Ainsi, l'illusion d'une unicité ne peut que se faire dans la création d'un débordement sensoriel.

En effet, l'enfant autiste est à la recherche d'une sensation corporelle. La difficulté qu'il éprouve est dans le " tissage " de ses sensations entre elles. Ainsi, on retrouverait un certain fonctionnement sensoriel clivé, comme si les sens n'arrivaient pas à fonctionner entre eux. Une sensorialité singulière et non plurielle, à l'image du fonctionnement autocentré que vit l'enfant.

On constate que certains enfants autistes vont se présenter comme hypersensibles ou à l'inverse hypo sensibles. Certains vont paraître insensibles à la douleur ou aux bruits alors que d'autres vont se montrer hyper vigilant et percevant des bruits ou mouvements que l'adulte en face n'aurait pu filtrer.

On observe ces particularités sensorielles parmi les différentes formes d'autisme en particulier au niveau auditif. L'indifférence au monde sonore (l'enfant est insensible aux bruits extérieurs, ne répond pas à son nom) est en contraste avec des réactions hypersensibles sélectives: bruits de l'aspirateur, fascination pour la musique, sursaut devant un froissement de papier, un chuchotement.

Théo ne pouvait se retourner à l'appel de son prénom, ni même lorsque cet appel était lancé par ses parents.

Alexis, lui, pouvait se boucher les oreilles de façon soudaine dès lors qu'il y avait trop de bruits différents autour de lui.

Toutes les modalités sensorielles peuvent être affectées sous la forme d'une hypo- ou d'une hyper-réactivité aux stimuli. En revanche, l'enfant autiste s'attache à se procurer des stimulations sensorielles grâce à des objets porteurs de sensations fortes. Il semble vivre ces expériences dans une sorte de relation d'identification avec l'objet stimulant.

Théo pouvait ainsi passer des heures à faire rouler une voiture miniature sous ses yeux. La non-fatigue en devenait fascinante et la preuve d'une intensité éprouvée de par ses stimulations visuelles. En effet, on aurait pu dire que ses yeux roulaient vite.

Alexis, d'un autre côté, montrait un rapport à l'objet tout aussi particulier. Lorsqu'il lui arrivait de jouer avec les personnages, il devenait le personnage en question.

Il est important de préciser que l'enfant autiste peut alterner entre un fonctionnement hyper ou hypo sensible selon les canaux sensoriels sollicités et les situations. Ainsi, on propose d'imaginer que l'enfant alterne entre ces deux fonctionnements lorsqu'il est saturé d'un nombre d'informations provenant de l'extérieur qu'il ne peut traiter et donc ne comprend pas ; c'est alors qu'il peut activer un fonctionnement inverse, rendant alors immuable certaines entrées sensorielles. Ainsi, tant dans l'excès (hyper) que dans le manque (hypo) de sensations, l'enfant autiste cherche à maintenir une continuité au niveau de son ressenti sensoriel.

Son organisation sensorielle est en accord avec son niveau de compréhension et de traitement de l'information.

Théo pouvait ne pas réagir après une chute. Comme s'il n'avait pas mal. Alexis, lui, était paniqué lorsqu'il s'égratignait, ce qui laissait sa peau à vif entraînant des hurlements démesurés.

Il est commun de constater que tout comme Théo, de nombreux enfants autistes ne réagissent pas à l'appel de leur prénom. Face à ce constat, M. Zilbovicius (2005) dit : “ Il n'est pas question de surdité, car ils entendent ce son. En revanche, ils ne font pas la distinction entre les sons vocaux et non vocaux ”. Il est intéressant de souligner que les difficultés de langage expressif (“ ce que l'on dit ”) sont liées à celle du langage réceptif (“ ce que l'on comprend de ce qu'on dit ”).

L'évaluation développementale (PEP-3)¹⁵ de Théo montrait qu'il était tout aussi en retard dans le domaine du langage expressif que réceptif. Alexis montrait de meilleures compétences en langage expressif et davantage de difficultés dans la compréhension du langage.

L'enfant autiste ne se retourne pas lorsqu'on l'appelle pour plusieurs raisons : premièrement, l'enfant n'a pas encore compris qu'il était la personne du prénom que l'on nomme. Cela va de pair avec ses difficultés de construction d'un schéma corporel unifié et solide permettant une représentation de soi. Ainsi, l'enfant autiste ne comprend pas forcément que

¹⁵ PEP-3 (2010) de Schopler, est un instrument spécifiquement conçu pour les enfants de 6 mois à 7 ans présentant des troubles globaux du développement. Cet outil permet d'évaluer les comportements de l'enfant dans 7 domaines différents: l'imitation, la perception, la motricité fine, la motricité globale, la coordination oculo-manuelle, l'utilisation du langage (expressif et réceptif), les capacités de compréhension (performances cognitives).

c'est lui que l'on appelle. Dans ce même sens, l'enfant autiste ne peut reconnaître la situation d'appel. Par ailleurs, au niveau du traitement de l'information d'un point de vue cognitif, l'enfant n'arrive pas à discriminer correctement les différentes sources des bruits qui l'entourent. A nouveau cela s'inscrit dans le manque de repères internes et dans la difficulté à se représenter ce qui vient de soi et de l'autre. L'évitement qui s'ensuit confirme alors une difficulté d'accordage qui peut rapidement être insupportable.

2. Une séparation inélaborable

La théorie psychanalytique donne une place centrale à la question de la séparation. Les questionnements qui en découlent sont particulièrement éclairant pour donner du sens à la psychopathologie. Dans le cas de l'autisme, on parle aussi de difficultés de séparation mais dont la représentation semble impossible et la tentative d'y accéder réactive alors des angoisses archaïques (primaires) ancrées sur un ressenti corporel. On s'intéresse à la notion de "perte" comme inhérente aux processus de séparation. " Pour certains, il semble inconcevable qu'un enfant ayant si peu de capacité relationnelle et qui paraît si vide puisse éprouver un sentiment de perte. Mais il faut penser que le sentiment de perte de l'enfant psychotique n'a rien à voir avec les expériences affectives de perte que nous éprouvons. Il a subi cette perte à un stade où la sensation dominait. " (F. Tustin, 1981, p.153). Prenons un exemple commun d'aujourd'hui et essayons de nous remémorer la sensation lorsque l'on s'aperçoit que l'on a oublié son téléphone chez soi. " Une sensation familière tout à coup n'est plus là " (Ibid.). On retient ce " tout à coup ", ce moment d'arrêt, de discontinuité.

P. Delion (2020) nous décrit le processus de la séparation selon un schéma habituel : l'enfant va naître et faire partie d'un cadre très fusionnel, de la dyade originaires mère-enfant, et progressivement, se met en forme

chez l'enfant un mécanisme qui est toujours compliqué à comprendre, celui de l'aliénation.

L'idée serait enfin que l'enfant autiste n'a pas l'équipement anatomique et psychique suffisant pour faire face à la séparation corporelle d'avec l'autre (le plus souvent la mère). En effet, la séparation corporelle renvoie finalement à la prise de conscience de soi, non-soi et autrui. " L'organisation neuro-mentale de l'enfant n'est pas appropriée pour faire face à la conscience brusque de la séparation " (F. Tustin, 1985, p.21). L'enfant réagit alors à cela en développant des mécanismes d'encapsulation et en étant autocentré, comme dans la tentative de " se retrouver ".

Lors de la séparation parentale, Théo pouvait se recréer une enveloppe sonore et kinesthésique (en se balançant) et avait besoin de se recréer une enveloppe protectrice.

On peut alors tenter de comprendre certains mécanismes autistiques comme des réactions et non comme des conséquences d'un état autistique. L'idée qui nous semble importante à retenir de ce propos est que l'autisme pourrait être perçue comme une pathologie défensive que l'enfant développe pour se protéger du vécu douloureux que suppose de ne pas pouvoir se vivre comme une personne à part entière, capable d'être avec autrui sans pour autant être en contact physique avec lui.

Les mécanismes d'encapsulation renvoient à l'idée d'un mouvement perpétuel. Le mot mouvement serait un antonyme du mot arrêt. Dans la théorie sur l'autisme on retrouve beaucoup ces deux mots, à l'image du fonctionnement si paradoxal de ces sujets. En effet, ils alternent entre arrêt de fonctionnement et mouvement incessant. Comme si l'enfant s'était arrêté ou plutôt avait été arrêté (à son insu) et que la mise en mouvement venait en quelques sortes compenser ces temps d'arrêt. " Cette

encapsulation n'est pas seulement le fait d'une réaction afin d'assurer la survivance corporelle, mais également d'une réaction qui tente d'assurer la survivance de l'espèce " (F. Tustin, 1985, p.21).

Les travaux de Frances Tustin, élève d'Esther Bick, complètent les hypothèses de cette dernière concernant l'autisme psychogénétique. Pour elle, différents facteurs peuvent empêcher le bébé de se percevoir comme une personne séparée de son environnement et d'intégrer la distance interindividuelle comme une composante non menaçante de sa constitution en tant que sujet. Elle parle de "trou noir" : il s'agit d'un vécu de discontinuité, qui serait à l'origine d'angoisses très primitives qui ne seraient pas élaborées psychiquement par l'enfant autiste (angoisse de liquéfaction, d'anéantissement, de chute sans fin, ...). En effet, " l'enfant psychotique à carapace a l'impression que la séparation corporelle d'avec la mère a laissé un trou en lui " (F. Tustin, 1981, p.152).

Alexis pouvait à plusieurs occasions faire des "câlins rentre dedans", comme disait sa mère lors d'un entretien. Il avait cette tendance à se coller à l'adulte, voire à se cogner, comme s'il fallait combler en y collant une gommette.

Théo pouvait se montrer apaisé lorsqu'il remplissait un pot de sable, comme s'il y avait une ébauche de représentation de cette angoisse de "vide", de "trou noir".

Tustin continue en disant que " même dans le développement normal, il est probable que toute expérience d'individuation et de séparation corporelle s'accompagne d'une impression d'amputation et de détérioration catastrophiques. A ce niveau, les câlins, caresses, baisers et autres gestes de consolation agréables et rassurants compensent le sentiment de muti-

lation ” (ibid.). C’est dans cette même perspective que Winnicott avait établi sa théorie sur la “ dépression psychotique ” et qu’il parle de privation pour faire référence à ce sentiment d’être dépossédé de quelque chose qui semblait acquis pour toujours. C’est de la perte d’un objet sensuel dont il s’agit.

L’autisme est un état centré sur le corps, dominé par la sensation qui constitue le noyau du soi. Le soi est la sensation et rien d’autre. Les objets du monde extérieur sont perçus comme venant de ce corps dominé par la sensation, et non comme ayant une existence propre. La naissance psychologique est le point d’aboutissement du processus de développement, et la catastrophe psychologique arrive quand ce point n’aboutit pas. Il n’y a alors pas de naissance psychique, il n’y a pas de frontière entre le soi et le non-soi.

Théo prend souvent la main de l’adulte, un peu comme si c’était la sienne, pour la mener vers l’objet désiré. Pour lui, il n’y a pas de distinction entre corps propre et corps de l’autre.

Les confusions pronominales (je/tu) d’Alexis sont également un reflet de cette frontière pas encore installée.

Un état autistique est dominé par ce que F. Tustin appelle les "objets autistiques": ce sont des parties du corps de l’enfant, de la mère, du monde extérieur, tout cela étant vécu comme appartenant au corps de l’enfant. Ces objets ne sont jamais des objets transitionnels. Lors du développement habituel, l’objet est d’abord autistique, et devient progressivement transitionnel. L’enfant autiste peut également se servir du langage comme d’un objet autistique.

3. Une difficulté à se représenter son corps

Dans son développement, l'enfant s'imprègne de représentations psychiques au fur et à mesure où il établit des liens entre les différentes parties de son corps qui, réunies, "constituent pour lui le mantèlement de son appareil psychique" (P. Delion, 2013). D. Meltzer parle de "démantèlement" (1975). Cela correspond à l'état où le soi dissocié et sans unité, serait réduit à vivre des événements uni-sensoriels, la voix de la mère d'un côté, l'odeur d'un autre.... En effet, la structure de la relation psychique primaire entre l'enfant et sa mère est susceptible de se démanteler en ses diverses composantes sensorielles. De ce fait, la perte de la "consensualité" entraîne une faiblesse dans la relation contenu-contenant. Meltzer insiste sur le fait que le "démantèlement" s'effectue sans aucune violence envers l'objet ni envers le self. Pour lui, ce phénomène est essentiellement passif et explique l'importance "des manifestations de compulsion de répétition"(stéréotypies, écholalies, tics de balancement...). En effet, lorsqu'il y a démantèlement, les composantes du moi sont toutes isolées les unes des autres et donc réduites à un état primitif dominé par le "ça". Il envisage les compulsions comme le principe économique prévalant au niveau du "ça".

Plus récemment, des travaux (D. Houzel, B. Golse, P. Delion, G. Haag, 2008) ont conduit à s'intéresser davantage à la psychopathologie psychodynamique de l'autisme qu'aux facteurs étiologiques. Ces auteurs s'appuient entre autres sur les théories de l'attachement et des interactions précoces. G. Haag a étudié les particularités de la constitution de l'image du corps chez l'enfant autiste et elle a émis l'idée que les premières identifications chez ces enfants sont des "identifications intracorporelles", une partie du corps étant vécue comme une partie identifiée au corps maternel. Elle a insisté sur le fait que certains enfants autistes semblent méconnaître une partie de leur corps, et de ce fait ne l'utiliserait pas, une "hémiplégie autistique" (2011).

Théo par exemple, a du mal à coordonner ses deux mains. Il ne peut s'en saisir en même temps, pour s'aider lors d'une réalisation. Comme s'il ne pouvait encore comprendre que ses deux mains pouvaient fonctionner non seulement entre elles mais ensemble.

Les difficultés en motricité fine, notamment au niveau du graphisme, rapportés par les parents d'Alexis, sont aussi le reflet d'une continuité dans la difficulté de coordination.

G. Haag (1995) met en place une grille qui s'organise autour des grandes étapes de la formation du moi corporel. À la différence de la psychopathologie neurophysiologique, les troubles perceptifs sont considérés dans une dimension symbolique et relationnelle, et sont interprétés comme une manifestation de l'enfermement plutôt qu'une cause.

4. Les troubles de l'imitation

La co-occurrence dans l'autisme de troubles de l'imitation et de troubles de la mentalisation a conduit plusieurs auteurs (Barres & Moore, 1996; A.N. Meltzoff & A. Gopnik, 1993; M. Tomasello & al., 1993; S. Rogers & B. Pennington, 1991; A. Whiten, 1996), à étudier les mécanismes de l'imitation et le rôle de celle-ci dans le développement de l'appréhension de la vie mentale d'autrui. Malgré leur insistance sur le rôle clé joué par l'imitation, ces auteurs divergent quant aux mécanismes les plus importants pour le développement de la coordination entre soi et autrui, et sur la manière dont ces dysfonctionnements rendent compte des troubles dont souffrent les sujets autistes.

Meltzoff et Gopnik (1997) d'une part, et Barresi et Moore (1996) de l'autre, suggèrent que le développement de l'appréhension de la vie mentale d'autrui a sa source dans l'idée que les autres sont semblables à soi. Selon Meltzoff et Gopnik, chez les enfants normaux, l'expérience de cette similitude serait liée à la capacité d'imitation des mouvements corporels d'autrui. Les travaux de Meltzoff et son équipe ont montré que de très jeunes bébés sont capables d'imiter les expressions faciales (A.N. Meltzoff, 1985; A.N. Meltzoff & M.K. Moore, 1992) et que, un peu plus tard, les bébés (9-24 mois) deviennent également capables d'imitation différée des actions d'autrui sur les objets (A.N. Meltzoff, 1988a, 1988b, 1990). L'imitation des expressions faciales a ceci de particulier que les enfants ne voient pas leur propre visage et ne peuvent donc pas procéder par une comparaison visuelle directe. Selon Meltzoff et Gopnik (1997), l'imitation se fonde sur la capacité innée des enfants à saisir les équivalences entre les transformations corporelles d'autrui, qu'ils voient, et leurs propres transformations corporelles, qu'ils sentent seulement.

Théo ne pouvait être dans l'imitation car il était trop difficile pour lui de poser son regard sur un objet incluant l'autre.

Alexis quant à lui montrait des compétences d'imitation mais difficilement réglables. Ainsi, il pouvait tenter de reproduire ce que l'adulte faisait sous forme de collage.

L'imitation faciale est une forme primordiale de mise en relation du monde visible des autres et des états internes du bébé. Meltzoff et Gopnik (1997) suggèrent en outre qu'il existe également un lien étroit entre expression faciale ou posture corporelle et émotion ressentie. L'imitation de l'expression faciale serait donc un vecteur de contagion émotionnelle, la similitude des expressions faciales se doublant d'une similitude des émotions éprouvées.

La mère de Théo racontait lors de l'anamnèse que c'était un bébé qui la regardait peu.

Alexis pouvait parfois répondre à la demande d'imitation en différé. Comme s'il avait besoin de plus de temps pour traiter la demande et un moment de recul pour "se détacher".

Meltzoff et Gopnik (1997) soulignent enfin que dans les cas d'imitation différée, les enfants ne mettent pas simplement en relation des mouvements perçus et leurs propres sensations proprioceptives, mais aussi des intentions. Ce qui est imité est l'attitude d'autrui vis-à-vis d'un objet.

5. L'isolement autistique : la carapace

On s'efforce de montrer à quel point l'enfant autiste a un rapport avec son corps si particulier car c'est en même temps son seul moyen de communication et son refuge lorsqu'il est confronté à une situation qui manque de sens pour lui. Quand il est face à une situation qui apparaît comme incompréhensible, car le défaut de représentation entraîne un manque de sens, l'enfant trouve alors des ressources de protection dans l'activation de sa sensorialité pour pallier l'angoisse que suppose de ne pas comprendre ce qui lui est adressé et ce qui l'entoure.

Les difficultés de synchronie sensorielle sont alors à l'image du manque de liens entre les mouvements et événements qui entourent l'enfant : c'est là où les sens de l'enfant paraissent insensés.

Lorsque l'enfant est confronté à une difficulté d'intégration inter-sensorielle (le plus souvent en lien avec un manque de représentation lié à des difficultés de subjectivation) il va alors mettre en place des méca-

nismes corporels qui lui permettront de préserver un sentiment de continuité et d'évacuer la tension (et douleur) interne que cela suppose. On parle de carapace musculaire pour illustrer le mécanisme sous-jacent à cette réaction d'effroi que vit l'enfant lorsqu'il est débordé par l'incompréhension qui se crée.

En situation de demande et de frustration, Théo pouvait développer cette carapace musculaire en se raidissant et en devenant "impénétrable".

L'enfant autiste se raidit musculairement, dans la tentative de se rapprocher au maximum de son axe central encore (trop) fragile. On rappelle l'importance de l'accès à une image corporelle unifiée, processus particulièrement entravé chez l'enfant autiste du fait en partie de ses difficultés sensorielles. C'est par l'hypertonie musculaire qu'il tente de faire tenir ensemble les articulations, ce qui nous renvoie à imaginer un vécu de déliaison au niveau du corps. L'articulation devient le seul objet permettant cette sensation de : " cela pourrait se détacher ". Comme si les membres pouvaient se détacher au niveau des parties mobiles, d'où peut-être la place si nodale des mains dans le développement de l'enfant, aussi singulier soit-il.

E. Bick (1968) a parlé de seconde peau musculaire pour faire référence à ce même mécanisme d'encapsulation. Tustin (1972) parle de " carapace autistique " afin d'illustrer comment la mise en place d'une raideur musculaire vient remplacer une peau communicante par une carapace non communicante.

" Il est important de comprendre comment le contact entre l'enfant et son monde environnant, y compris son corps, peut être rompu de temps en temps à cause d'angoisses qui émergent et le déstructurent " (P. Delion, p.75).

Winnicott (1975) disait que les enfants autistes étaient “ non intégrés ”, ce qui va peut-être dans le sens de leurs difficultés d’intégration sensorielle, en comparaison avec les enfants de type schizophrénique (correspondant aujourd’hui aux enfants dysharmoniques par exemple) qui sont “ désintégrés ”. De son point de vue, chez les enfants désintégrés, une certaine somme d’intégration psychologique, même si fragile, a eu lieu et s’est effondrée plus tard. La théorie de Tustin était de penser que les enfants de type schizophréniques ont régressé tandis que le développement de l’enfant autiste s’est arrêté au niveau d’un état infantile précoce.

Coincé dans un corps imprévisible, l’enfant autiste reproduit cependant cette recherche de sensations primaires, créant alors un mouvement perpétuel en même temps qu’une recherche de mêmété statique. La nouveauté est alors insupportable.

II. Les troubles de la communication

Les troubles de la communication touchent à la fois au langage et à la communication non verbale. C'est la dimension intentionnelle du langage (la volonté de communiquer) qui est entravée. Le langage est perturbé par des aspects et des degrés de sévérité variables, pouvant aller jusqu'au mutisme.

Le langage, lorsqu'il est présent, est peu fonctionnel, c'est à dire qu'il n'a pas un réel but communicatif. Les troubles de la communication portent autant sur les domaines du contact, des échanges, des interactions, que de la pragmatique.

On relève des écholalies (répétitions de phrases ou de fin de phrases en directes ou en différées), des émissions vocales idiosyncratiques, une tendance au soliloque, ou des incongruités. La dimension symbolique du langage est également altérée, avec une incapacité à utiliser des termes abstraits ou à comprendre des conversations abstraites ou subtiles, un accès difficile à la compréhension de mots dont la signification change en fonction du contexte. De plus, l'humour et le second degré sont également inaccessibles.

La syntaxe est perturbée, avec des inversions pronominales fréquentes. En effet, les confusions entre " je " et " tu " sont à l'image des difficultés d'accès à une image unifiée de soi différente de celle d'autrui. Enfin, la prosodie est également teintée de spécificités : modulation anormale, ton amorphe, et débits et rythme particuliers, ce qui s'inscrit souvent dans une recherche sensorielle indispensable pour l'enfant autiste.

Les troubles du langage concernent non seulement l'expression mais aussi la compréhension, avec des difficultés à traiter plusieurs informations simultanément. De même, la compréhension des modes de communication non verbale est limitée, les gestes conventionnels ainsi que les gestes de pointage et les mimiques du visage sont rares et pauvres.

1. Le rapport au langage

Le rapport au langage est aussi un rapport au corps. En effet, le développement du langage se fait de pair avec le développement moteur du sujet. Tout part d'une représentation de soi et d'une intentionnalité vis-à-vis d'autrui. Piaget avait souligné à quel point l'enfant utilise des gestes communicatifs qu'il accompagne de vocalisations dans une intentionnalité communicative. Ainsi, le passage de la lallation se fait parallèlement à l'apparition de certains comportements moteurs (S. Vinter, 1994). Cela se produit après l'acquisition du roulé du dos sur le ventre (et vice-versa) et avant que l'enfant ne sache ramper, s'asseoir et se dresser.

D'emblée on observe à quel point l'observation du développement sensori-moteur de l'enfant est un indicateur sur son développement global et plus particulièrement, relationnel.

Les chercheurs soulignent également que le passage au babillage diversifié (entre 9 et 18 mois) se fait en même temps que la séparation du rôle des deux mains dans une activité de coordination bi-manuelle (d'où les chansonnettes à travers lesquelles on apprend à l'enfant à taper dans ses mains) (K. Karmiloff & A. Karmiloff-Smith, 2015). Ainsi, l'apparition de la communication intentionnelle se fait de pair avec l'émergence de gestes tels que le pointage. On appelle la période de bi-modalité (A. Abrahamsen, 2000) cette phase développementale caractérisée par une non distinction entre les gestes et les mots.

Les gestes préexistent donc à la structuration de la langue. Comme si finalement, les mots venaient exprimer des intentions qui ont débuté par des moyens non verbaux (C. Hage, 2006).

Théo et Alexis sont tous les deux des enfants pour qui le retard de langage a alerté leurs parents. Cependant, Théo n'a accès ni à la forme ni au fond du langage alors qu'Alexis est en difficultés pour accéder au sens du langage.

La plupart des enfants autistes présentent en effet des difficultés au niveau du langage. Les troubles sont variés et peuvent aller d'une absence de langage à un trouble de la pragmatique en passant par un retard ou un langage teinté de particularités. Ce qui est important à retenir c'est que la difficulté du langage est le reflet d'un défaut de représentation et donc de symbolisation.

Tustin nous retranscrit les mots de son patient émergeant de "son autisme" (1981, p.198) : "les mots Tustin et Austin devaient être les mêmes parce qu'ils avaient la même forme quand ils lui "touchaient" les oreilles ou les yeux". Ainsi, la perception n'est possible que par la sensation et pour pouvoir nommer cette sensation et donc la partager, cela ne peut que se faire que par "la prise de distance" d'avec celle-ci. Ce recul ne semble que possible par l'inscription du langage.

Nombreux chercheurs se sont aperçus que les enfants autistes avaient raté le stade de gazouillis et du babil de la petite enfance. On constate également que les enfants autistes sucent très rarement leur pouce. Ainsi, l'investissement de l'oralité est particulier chez ces enfants et a une incidence sur le langage, tant dans l'expression que dans sa compréhension.

Les enfants autistes, comme Théo pouvait le faire, se bouchent souvent les oreilles lorsqu'on s'adresse à eux.

“ Il ne faut pas croire que les enfants autistes se bouchent les oreilles pour ne pas entendre quelque chose de signifiant au niveau de la parole telle que nous la connaissons. Ils fuient le surgissement d’un dur insupportable dans le consonantique de la parole, surtout si elle est bien articulée ” (G. Haag, 2004).

2. Les particularités du langage chez l’enfant autiste

Les enfants autistes présentent des difficultés et particularités au niveau du langage dont la singularité est à l’image de l’histoire de chacun. Cependant, grâce à un regard extérieur, on constate des similitudes quant à l’expression de celles-ci.

Il existe chez le jeune enfant des “ comportements précurseurs à la communication ”, c’est-à-dire présents avant l’acquisition du langage oral, tels que l’attention conjointe ou l’alternance à tour de rôle. Ces “ précurseurs ” renvoient à l’idée d’une continuité fonctionnelle entre développement prélinguistique et développement linguistique, qui est particulièrement entravé chez l’enfant autiste qui se montre en difficultés tant sur le plan de la communication non verbale que verbale. C’est au niveau de la communication dans sa globalité qu’il est entravé.

Intéressons-nous à différentes manifestations du langage chez l’enfant autiste.

Retard de langage

De nombreux parents rapportent que leur enfant n’a prononcé ses premiers mots que tardivement et, souvent, l’arrivée lexicale des deux ans n’a pas eu lieu. L’acquisition des phonèmes et des premiers mots se fait lentement, les jeux sonores sont rares. Les bruits sont pendant longtemps les seules expressions vocales : ils peuvent traduire une satisfaction comme un inconfort, mais peuvent aussi être produits dans une recherche senso-

rielle, dans le but de se créer une stimulation autosensorielle. Les capacités de communication de l'enfant autiste ne se développent pas de façon homogène. Ainsi, il n'est pas rare de noter chez eux un retard de l'acquisition du langage. Cela est intimement lié au fonctionnement auto-centré de l'enfant qui a du mal à vivre des situations de partage ouvrant sur la communication.

Il est également fréquent de remarquer le développement d'un jargon chez les enfants autistes. Cela confirme le retard développemental global et notamment psychique que subit l'enfant.

Lors des moments de jeu, Alexis montrait une forme de jargon qui devenait tout aussi envahissant que son jeu.

Langage idiosyncrasique

Il s'agit du comportement particulier d'un individu face aux stimulations extérieures. Dans l'autisme, l'idiosyncrasie revêt un aspect singulier car elle est un " apprentissage verbal associatif, sans considération des intentions de celui qui parle " (U. Frith, 1989).

Autrement dit, l'enfant associe un mot, une phrase, un énoncé à un stimulus sans que cette association soit pertinente. Mais elle est justifiée par un contexte particulièrement prégnant pour l'enfant autiste. Ainsi, ce langage peut paraître très étrange car un interlocuteur ne peut pas forcément comprendre l'association que l'enfant a réalisée ; il éprouve donc des difficultés à comprendre ce que l'enfant veut signifier. Contrairement au mot qui possède un signifié commun dans la langue, les idiosyncrasies ne sont pas accessibles à tout interlocuteur. Elles ont donc un sens unilatéral. Et comme il est difficile pour l'enfant atteint de troubles du spectre autistique de prendre en considération les pensées de l'autre, il lui est aussi difficile de se rendre compte que l'idiosyncrasie utilisée n'est pas

connue de l'autre et donc qu'il ne la comprend pas. Il ne voit pas non plus l'intérêt de partager un contexte plus large avec son interlocuteur. A nouveau les difficultés de réciprocité enfermant l'enfant autiste se manifestent à travers son rapport au langage.

Echolalies

L'écholalie consiste en la répétition immédiate ou différée des mots prononcés par une autre personne. Elle n'est pas caractéristique de l'autisme car on peut la retrouver chez le jeune enfant qui cherche à s'approprier le langage en répétant ce qu'il entend pour mieux l'enregistrer. Cependant, on remarque que l'écholalie est symptomatique chez environ trois quarts des enfants atteints de troubles du spectre autistique ayant acquis des compétences verbales. Elle peut aussi être la seule manifestation verbale (U. Frith, 1989), ce qui montre le développement si hétérogène de l'enfant autiste et la mystériorité de son fonctionnement. Ils savent prononcer des mots à la perfection mais sont très souvent en difficultés pour en comprendre le sens et donc l'utiliser. Dans le tableau clinique de l'autisme, l'écholalie se rattache à nouveau aux déficits des interactions sociales réciproques. Elle est un trouble pragmatique en même temps que le reflet du fonctionnement adhésif de l'enfant qui n'a pas encore le recul vis-à-vis de l'autre pour en comprendre le sens de ses mots. Ainsi, l'enfant se colle au langage de l'autre à l'image de son collage à lui.

L'inversion pronominale

L'enfant commence d'abord par se nommer par son prénom (vers 24 mois) puis il utilise le " je ". Chez les enfants autistes, cette étape est plus difficile. On observe souvent que les enfants TSA confondent régulièrement le " je " et le " tu ". Ils peuvent ainsi dire des phrases telles que : " tu veux de l'eau " pour demander à boire ou bien dire " à toi " pour dire " à moi ". Ces confusions pronominales sont à l'image des confusions identitaires que vit l'enfant qui au niveau de son développement psychique, ne pouvant encore faire la différence entre " je " et " tu ". D'une certaine manière, l'enfant autiste expérimente cette dissociation décrite par Rimbaud : " Je est un Autre¹⁶ ".

La prosodie

On constate également une singularité au niveau de la prosodie chez les enfants TSA .

La sensibilité à la prosodie est très précoce, dès huit mois l'enfant présente des variations d'intonation dans son babillage. Ainsi, la prosodie fait partie de ces précurseurs à la communication verbale. Ils montrent à quel point l'enfant s'accorde et communique avec son environnement par le biais de sa sensorialité. Le trouble de la prosodie retrouvé chez une grande partie d'enfants autistes se manifeste notamment par les particularités au niveau de la hauteur, de l'intensité, du timbre, du rythme et de l'intonation de la voix. L'enfant autiste est également en difficultés pour prendre en compte les éléments prosodiques d'autrui et a donc du mal à interpréter et repérer les intentions des autres.

A nouveau, on repère une certaine adhésivité sensorielle, comme si l'enfant autiste tentait à tout prix de reproduire la sensation éprouvée par

¹⁶ Lettre d'Arthur Rimbaud à George Izambard le 13 mai 1871

l'autre sans jamais pouvoir l'adresser. Envahit par la confusion entre soi et autrui, l'enfant se colle à lui (tel un tout petit) dans l'intention d'être au plus près de ce que l'autre fait, afin de s'y insérer et de le comprendre. Tel est l'enfermement que vit l'enfant autiste pour qui la rencontre se fait par superposition et non par assimilation.

3. Ne pas voir ce que l'on dit

En reprenant la capacité de représentation développée précédemment et s'appuyant notamment sur les travaux d'André Green, on constate que les enfants autistes sont particulièrement en difficultés au niveau de ce processus. En effet, l'enfant autiste ne parvient pas toujours à se représenter ce qu'il vit corporellement et psychiquement, ce qui explique en grande partie ses difficultés relationnelles et communicatives.

Alexis ne pouvait que comprendre les consignes dès lors qu'il pouvait s'appuyer sur un support visuel. Il pouvait ainsi reconnaître une voiture lorsqu'il en voyait une mais était incapable d'en décrire ou d'en dessiner une.

Green (1995) exposait que l'affect en tant que représentant de la pulsion est un " mouvement (image motrice) en attente d'une forme " (p.100). Ainsi, la question ne serait plus celle de " les enfants autistes ont-ils une vie pulsionnelle ? " car il va de soi que l'on se doit d'affirmer que oui à partir du moment où on pose un regard sur lui. Le tout serait davantage de comprendre comment l'enfant autiste vit sa vie pulsionnelle. On comprend ainsi mieux cette mise en mouvement incessante du corps si propre à l'enfant autiste. Comme s'il n'arrivait jamais à trouver une forme suffisamment contenante pour pouvoir y déposer son vécu.

Théo manifestait davantage ses stéréotypies motrices et activait sa recherche sensorielle de façon exacerbée dès lors qu'un adulte le sollicitait sur le plan uniquement verbal.

F. de Saussure (1916) s'est particulièrement intéressé au signe linguistique. Selon lui, c'est la dimension de la structuration propre au langage qui prédomine : " la langue est quelque chose que l'on subit et non une règle librement consentie " (p.104). " Le langage est ainsi une loi qui autorise, dans son cadre, la création " (M. Grolhier, 2012).

Parmi les enfants autistes, on observe une difficulté particulière à investir subjectivement le langage, c'est-à-dire l'inscription et l'appropriation du langage. Le langage resterait donc sur son aspect le plus "superflu", à l'image d'une étiquette que l'on placerait sur des objets.

Les traces autistiques ne peuvent pas faire l'objet d'un échange. Les traces du jeune enfant autistique sont des impressions sensibles, tactiles, sur les surfaces de son corps et sont ressenties comme faisant partie de son corps. Tustin (1985) disait que " les traces autistiques sont des proto-objets, des proto-images et sont ainsi présymboliques " (p.26). Dans cette même perspective, en citant les travaux de Mahler elle poursuit: " De manière à comprendre le sentiment d'identité normal et pathologique nous avons à retourner non seulement au stade préverbal mais jusqu'au stade où les images ne sont pas encore formées...Nous devons retourner jusqu'aux modalités primitives de la perception... " (Ibid). C'est dans cette même lignée que Bion développe ses travaux sur les états " proto-mentaux " (1963), c'est-à-dire dans la période précédant l'émergence au langage.

III. Les comportements restreints et activités répétitives

Les enfants autistes sont caractérisés par la présence d'intérêts restreints et envahissants. Les comportements répétitifs sont également constitués de stéréotypies motrices ou verbales.

La stéréotypie est un geste original, dont l'utilité n'a aucune évidence pour l'observateur extérieur. Elle n'a de sens que dans la représentation que ces enfants ont d'eux-mêmes et du monde qui les entoure.

Ces comportements répétitifs et ritualisés s'expriment principalement sous la forme de mouvements ou de conduites stéréotypés à travers l'exécution rythmique et répétitive d'une même activité sur un même objet ou partie du corps (balancement du tronc, gestes de tapotage, de grattage, tournoiement sur soi-même...).

On retrouve également des stéréotypies verbales chez les enfants doués de langage (répétition d'une même phrase hors contexte).

D'après Marty les gestes stéréotypés semblent remplir trois fonctions principales :

- Une fonction de décharge : dans ce cas les stéréotypies revêtent la forme d'excitations "joyeuses" se traduisant par l'agitation des bras, des mains ou encore par des trépignements dans le cas d'excitations "furieuses". Selon Marty date, ces gestes ont pour utilité de faire écouler à l'extérieur de soi une excitation qu'on ne pourrait garder en soi qu'aux prix de dérèglements variés.
- Une fonction de peau : en s'entourant d'un nuage protecteur de gestes et de sons les stéréotypies deviennent, pour les sujets autistes, un moyen de réassurance face à ce monde leur paraissant si hostile et dangereux (D. Anzieu, 1985).

- Une fonction de permanence : les stéréotypies aident ces enfants à vivre dans un monde aussi proche que possible de leurs attentes et à l'identique de celui qu'ils connaissent déjà. Elles répondent dans ce cas à ce désir intense de non changement (F. Tustin, 1985).

A côté de ce dénominateur commun, la clinique autistique comporte d'importantes variations selon l'existence et l'intensité de troubles associés, ces signes ne prenant sens que dans la relation interactive de l'enfant avec son entourage. Il faut souligner en particulier que les manifestations du trouble varient beaucoup selon le niveau de développement intellectuel et l'âge chronologique de la personne, or l'autisme est associé dans 70% des cas à un à un retard mental de degré variable.

Les stéréotypies s'accompagnent d'un rétrécissement du champ des activités et des intérêts et d'un attachement profond à la constance de l'environnement.

A l'image de Théo qui pouvait passer des heures à faire rouler une même voiture sous ses yeux ou encore d'Alexis, qui peinait à changer de jeu et se retrouvait rapidement enfermé dans un même scénario "catastrophe".

Ce besoin impérieux d'immuabilité correspond à une nécessité pressante de maintenir son environnement stable et structuré.

1. La recherche d'un mouvement perpétuel

On observe à quel point les enfants autistes vivent dans une quête de mouvement perpétuel, comme si la mise en mouvement assurait une sensation au niveau du corps. La suractivation du vécu corporel est à comprendre comme la tentative possible de s'immiscer dans la temporalité afin de se sentir présent et donc, existé.

Au fur et à mesure de notre rencontre, Alexis se montrait davantage apaisé lorsque l'on pouvait lui raconter à l'avance le déroulement de la journée. Le temps devenait alors progressivement moins effractant.

On sait à quel point la proprioception nécessite une coordination avec le système vestibulaire et visuel. Or, ces derniers sont fortement entravés chez les enfants autistes, faisant de leur expérience proprioceptive, un vécu inquiétant. Cela explique l'énergie que ces enfants dépensent pour compenser, réguler, les afflux sensoriels qui leur parviennent.

Théo avait besoin de se balancer sur lui-même dès lors qu'il y avait trop de mouvements (ou de nouveaux mouvements) autour de lui. Il pouvait également s'envelopper d'une litanie.

Paradoxalement, c'est également par ce système proprioceptif que les enfants autistes détectent des informations non verbalisées dont ils ne peuvent donner qu'une interprétation archaïque. On pourrait penser que cela est dû au fait de la mise en avant de leur vécu proprioceptif et en même temps, le fait qu'ils ne puissent s'exprimer et communiquer ce ressenti en l'accordant dans la relation est peut être à l'image du manque de lien entre les différents sens chez eux.

2. Le rapport aux objets

De la même façon que l'enfant autiste est en difficultés pour prendre du recul avec son propre corps, il a également du mal à définir la distance nécessaire face aux objets pour les utiliser en tant que tels. Ainsi, le rapproché avec les objets qui l'entourent se fait par et pour le corps. Le tout s'inscrivant dans une recherche de continuité d'une individuation demeurant inachevée. L'enfant autiste choisit souvent des jouets qui ne sont pas adaptées à son niveau de compréhension. Il peut ainsi s'intéresser à des objets de par leur " intérêt sensoriel " et non pas tant " fonctionnel ".

Théo se montrait particulièrement intéressé par le radiateur et l'antenne de la radio.

C'est ainsi qu'ils habitent les objets qu'ils choisissent dans l'illusion d'une continuité d'eux-mêmes, ou plutôt de leur ressenti corporel. L'enfant autiste ne choisit pas la rencontre avec l'objet pour l'appréhender comme entité à part entière et à découvrir. Il recherche les objets qui lui permettraient de déposer une part de leur sensorialité et donc de se retrouver dans les sensations procurées par l'objet.

Cependant, l'objet autistique n'est pas un objet transitionnel. L'un et l'autre ont un effet sédatif mais alors que l'objet transitionnel a pour fonctions non seulement d'adoucir le sentiment de perte mais aussi de "symboliser" la personne absente, l'objet autistique est quant à lui collé au sujet et paraît surtout lui permettre de s'animer et de fixer les pulsions, lesquelles sont chez lui envahissantes et non métabolisées par le langage. Par ailleurs, alors que l'objet transitionnel est le plus souvent doux, l'objet autistique est en général un objet dur et qui peut être mis en mouvement.

En effet, l'observation et les témoignages d'autistes, dits de haut niveau, montrent que l'objet autistique peut évoluer vers des objets complexes et

vers l'acquisition de compétences dans un domaine limité, voire vers la construction de doubles imaginaires. Pour résumer, le cheminement se fait des objets autistiques simples vers des objets complexes que le sujet peut manipuler et contrôler, jusqu'à, éventuellement, l'appui sur un double (personne réelle ou personnage imaginaire). Mais si le double vient à manquer, c'est le retour aux objets autistiques simples.

Spitz (1946) s'est particulièrement intéressé au développement général de l'enfant durant les deux premières années de sa vie. Ses observations directes d'enfants (film, tests...) lui ont permis d'élaborer sa propre théorie sur le développement précoce de l'enfant en se référant directement aux concepts proposés par Freud : l'approche métapsychologique, les points de vue structural et génétique, les principes de base du fonctionnement psychique et la théorie de la libido. Il a conceptualisé les étapes de la genèse de la relation objectale et de la communication humaine et distingue ainsi trois stades dans le développement de la première enfance :

- le stade pré-objectal ou sans objet
- le stade du précurseur de l'objet
- la stade de l'objet libidinal proprement dit

Le passage par ces différents stades se situe essentiellement dans le cadre de la relation mère-enfant. Comme le souligne B. Golse (1985) : “ Spitz a repris le modèle de l'ontogenèse somatique pour développer son modèle du développement du psychisme : comme les cellules, les pulsions et aptitudes psychologiques sont soumises à des phénomènes d'organisations successives. Les processus psychiques, qui fonctionnent en profondeur ne sont pas directement observables mais seulement repérables “ en surface “, à la périphérie par ce que Spitz a dénommé “ indicateurs “ (type “ réponse par le sourire “). Ces indicateurs ne sont que le reflet ou le témoin de mouvements et remaniements structuraux profonds qui sont sous l'égide de l'organisateur du psychisme.”

“ La petite voiture ”

On ne cesse de constater à quel point nombreux enfants autistes, dont Théo fait partie, sont fascinés et ont pour objet de prédilection, les voitures miniatures. Ils peuvent ouvrir et fermer les portes pendant des heures, font rouler les roues très près de leurs yeux, ou encore, les alignent de façon très méticuleuse. C'est dans leur utilisation répétitive et sélective que l'on parle d'intérêt restreint d'un point de vue diagnostic. L'enfant recherche le mouvement qui découle sous ses yeux dans lequel il se perd. A l'image de la difficulté qu'il éprouve à se représenter le mouvement sans le percevoir, il le recherche et le met en place constamment. Ainsi, on en vient à comprendre que l'enfant autiste a besoin d'éprouver le mouvement en se le représentant à travers l'objet qu'il manipule. Il détourne ainsi la voiture de sa fonction qui est celle d'avancer et l'utilise dans le but de retrouver par ses sens le mouvement qu'il éprouve et recherche constamment pour pallier le défaut de représentation (ou du moins d'inscription d'une représentation). La “ petite voiture ” dans les sensations qu'elle procure devient alors un objet protecteur. Il convient ainsi au thérapeute “ de comprendre la nature de ces objets ” pour créer une nouvelle voie de communication.

Les objets autistiques

“ Les objets autistiques sont particuliers à chaque enfant. Tout comme l'autisme de la psychose infantile est un état dominé par la sensation, les objets autistiques sont également sous l'emprise de la sensation. ” (F. Tustin, 1981, p.193)

L'autisme est un état centré sur le corps, dominé par la sensation qui constitue le noyau du soi. Le soi est la sensation et rien d'autre. Les objets

du monde extérieur sont perçus comme venant de ce corps dominé par la sensation, et non comme ayant une existence propre. La naissance psychologique, c'est le point d'aboutissement du processus de développement, et la catastrophe psychologique arrive quand ce point n'aboutit pas. Il n'y a alors pas de naissance psychique, il n'y a pas de frontière entre le soi et le non-soi.

Les objets autistiques sont des objets que l'enfant expérimente comme faisant partie de son propre corps. Le verbe "expérimenter" est important car il souligne à quel point les enfants autistes utilisent les objets dans le but d'une expérience corporelle (et sensorielle notamment) et non pas dans l'objectif de la fonctionnalité de l'objet. Les objets autistiques sont toujours durs. Ils sont des "objets-moi" ("me" objects) à l'opposé des objets transitionnels qui sont expérimentés comme séparés du corps de l'enfant. Les objets autistiques atteignent à peine le statut d'objets en tant que tels ; ils sont des sensations dures visant à bouche "le trou noir et le vilain aiguillon". Une autre caractéristique typique des objets autistiques est qu'ils sont peu différenciés. A l'opposé du doudou qui ne pourrait être remplacé par le même modèle, l'enfant autiste n'est pas attaché à une "petite voiture" en particulier. On comprend alors que la dimension affective propre à l'objet ne peut encore se faire car la sensation procurée par l'objet prend toute la place. "Du fait de l'hypertension musculaire que l'enfant a associée à ces situations, les objets durs du monde extérieur lui ont paru susceptibles de lui donner un sentiment de protection contre de nouveaux empiètements pénibles" (F. Tustin, 1981, p.220).

Tustin (1981) fait l'hypothèse de l'existence d'objets autistiques (durs) et d'objets confusionnels (mous). Là où les objets autistiques auraient pour fonction de combler le "trou noir" représentant d'une séparation non représentée (et donc non réalisée), les objets confusionnels viendraient "embaumer" la blessure vive que ce vide suppose.

Les objets confusionnels

“ Les objets confusionnels sont une confusion d’éléments du “ moi ” et d’éléments du “ non-moi ” (F. Tustin, 1981, p.223).

Tout comme les objets autistiques, les objets confusionnels ont une fonction d’évitement. L’enfant autiste cherche par rapport aux moyens qu’il possède des stratégies d’évitement afin de ne pas se confronter aux situations trop difficilement représentables pour lui et donc douloureuses. “ Contrairement à l’objet transitionnel qui aide l’enfant à supporter, exprimer et maîtriser les sentiments que le monde fait naître en lui, ils constituent une protection contre le monde extérieur “ non-soi ” et permettent à l’enfant de le fuir ”. Alors que les objets transitionnels permettent à l’enfant de supporter l’absence de ses parents, ils lui permettent de se les représenter de par l’investissement affectif de l’objet et les sensations qui en découlent qui permettent un tissage de représentation. S. Freud parlait d’hallucination pour montrer à quel point l’enfant peut revivre et se représenter (à travers un investissement du corps) des scènes le reliant à ses parents et donc inscrivant une certaine continuité dans le lien. A l’inverse, on comprend que les objets autistiques et confusionnels “ constituent une barrière qui sépare l’enfant des personnes nourricières qui veulent l’aider ” (F. Tustin, 1981, p.233). En ayant recours à eux, l’enfant évite toute situation de besoin ou de demande, et de ce fait, la frustration. A nouveau on retrouve les difficultés de l’enfant à supporter et éprouver l’attente. Tustin nous éclaire en disant que l’objet transitionnel est un agent de transformation là où les objets autistiques et confusionnels renforcent la compulsion de répétition.

“ Si l’on sait garder la prudence nécessaire, les objets autistiques et confusionnels peuvent donc servir de critères diagnostiques pour indiquer le type d’autisme pathologique d’un enfant ” (F. Tustin, 1981, p.235).

Les objets confusionnels et autistiques excluent un usage transitionnel et communicatif, ce qui conduit l'enfant à être en quelques sortes " coupé du monde " et immobile.

Tustin disait de ces objets qu'ils remplacent l'imaginaire et la pensée. " Ces objets ne sont associés à aucun fantasme d'aucune sorte, sinon à des fantasmes extrêmement rudimentaires qui sont très proches des sensations corporelles " (F. Tustin, 1981, p.195). À nouveau, on retrouve cette idée que la capacité de représentation de l'enfant autiste serait essentiellement sensorielle. Un rapport au corps actif est donc nécessaire pour y accéder. Ces objets sont alors utilisés dans la finalité de laisser traces, seule possibilité finalement d'éprouver l'objet. Ce sont les sensations corporelles qui (re)donnent l'illusion d'un rapproché corporel.

3. Désaccordage corporel et recherche rythmique

Nombreux parents d'enfant autistes ont pu témoigner des difficultés d'accordage corporel avec leur enfant. Des mères pouvaient dire qu'elles avaient la sensation que leur enfant leur " tombait des bras ", des pères pouvaient raconter la difficulté à rencontrer le regard de leur bébé, l'" insupportabilité " des caresses devenant alors effractante pour la relation. Tous disaient l'histoire de corps qui ont du mal à se décrocher et se rencontrer.

L'enfant autiste évite souvent le visage de celui qui s'adresse à lui. L'appréhension face au visage humain s'explique du fait d'une immensité de mouvements imprévisibles et sollicitant divers canaux sensoriels. L'enfant autiste ne réussit pas à intégrer toutes ces informations en même temps. Il est alors saturé sensoriellement et inévitablement amené à développer une modalité de traitement sensoriel clivée, c'est-à-dire " sens par sens ". On comprend ainsi mieux que l'enfant soit en difficulté pour

accéder à une représentation globale de son corps et aux objets qui y sont extérieurs.

La méthode “ eye tracking ” qui permet d’observer un suivi du mouvement oculaire a permis de confirmer cette difficultés à traiter les éléments du visage. A. Klinn (2002) a constaté que les enfants autistes ont tendance à plus regarder la bouche que les yeux, par rapport à un individu tout venant. Ce “ choix sélectif (passif) ” est intéressant et ne paraît pas anodin. Comme nous l’avons signalé exposé précédemment, la bouche est l’un des premiers organes sensoriels à être investi, et ce, dès la vie fœtale. Ainsi, l’enfant autiste pourrait uniquement se focaliser sur ce à quoi il peut s’identifier (le plus archaïque). Rappelons également que le goût et le tact, qui sont les premiers sens que développe le bébé in-utéro, font partie de ce qui définit la “ sensorialité proximale ”, c’est-à-dire, qui permet d’entrer en contact avec l’objet. Ainsi, l’attraction de l’enfant autiste pour la bouche montre l’ancrage important dans une sensorialité encore primaire. C’est en regardant la bouche que celle-ci devient alors une “ zone de regard ” et l’enfant s’y accroche afin d’être au plus près de ce qui lui semble inaccessible car “ inintégrable ”.

Comme les bébés, l’enfant autiste investit particulièrement ses mains pour être en contact avec le monde extérieur. A nouveau, la “ sensorialité proximale ” prime.

Théo portait souvent ses doigts à la bouche et avait besoin de mettre en avant le toucher pour découvrir ce qui l’entoure. La vue et l’ouïe semblait déconnectées de son fonctionnement d’ouverture.

Il arrive souvent que l'enfant autiste "utilise" la main de l'adulte qu'il sollicite comme si celle-ci était dans la continuité de son corps. Sans regard coordonné ou vocalisation, l'enfant autiste prendra la main pour la déposer sur l'objet qui l'intéresse. Il est intéressant d'observer dans cet exemple clinique que l'enfant peut repérer quelque chose d'extérieur à lui qu'il souhaiterait obtenir. L'indifférenciation de représentation de "son corps" et du "corps de l'autre" est ici illustrée. Le fait qu'il utilise la main d'autrui sans le regarder confirme qu'il ne peut encore l'appréhender comme un corps entier mais plutôt "partie par partie". Cependant, on peut supposer que l'enfant autiste accède à certaines ébauches de représentations qui touchent au plus archaïque, d'où sa sensibilité particulière aux mains. La communication entre l'enfant autiste et autrui est essentiellement corporelle.

Toujours dans l'idée d'un archaïsme latent omniprésent, nombreux auteurs ont pu faire l'hypothèse d'une recherche de rythmicité fœtale sous-jacente aux comportements de l'enfant autiste, parfois similaire à certains traits retrouvés également chez les nourrissons. A travers ses stéréotypies motrices (balancements, tournoiements, etc.) et son organisation sensorielle, l'enfant autiste semble à la recherche d'un rythme. En déployant ses sens dans son corps d'une façon spectaculaire, l'enfant autiste tenterait de recréer un rythme lui permettant de se remémorer les variations et les sensations reçues in-utéro. Les travaux de S. Maiello (1991) montrent l'importance des rythmes cardiaques et respiratoires, appelés par Tustin les "rythmes de sécurité" (1986).

Finalement, cela nous amène à penser que la capacité de représentation de l'enfant autiste ne pourrait se faire uniquement qu'à travers des sensations lui permettant de (re)vivre ses premières expériences sensorielles. Le paradoxe du désaccordage serait alors le suivant : l'enfant autiste et ses

parents ont du mal à s'accorder dans la relation car l'enfant autiste est encore trop accroché à la sensorialité qui les unissait.

Cette sensorialité " brute ", déliée de langage, l'entrave alors dans la prise de conscience de soi et de l'autre et l'enfant autiste est obligé de continuer à se développer sans pour autant accéder à une représentation de soi.

IV. Comment soigner ce corps insensé ?

La sensorialité peut être considérée comme une pièce charnière des prises en charge de l'enfant autiste. Aussi variées soient-elles, toutes ont pour objectif de permettre à l'enfant de mieux comprendre le monde qui l'entoure afin de développer ses compétences et de se décentrer, c'est-à-dire de prendre un certain recul par rapport à son ressenti corporel et de favoriser la communication. Le seul pré requis pour ces prises en charge est le besoin.

Une prise en charge globale est indispensable pour l'amélioration et l'apaisement de l'enfant diagnostiqué TSA. Une intervention globale ne revient pas à juxtaposer différentes pratiques mais repose sur la cohérence et le lien entre les prises en charge proposées. Très souvent, cette "cohérence", ce fil continu se situe au niveau de la sensorialité.

Après avoir travaillé le rôle d'enfermement pouvant être induit par la sensorialité dans le développement de l'enfant autiste, il est nécessaire de mettre en lumière la sensorialité dans son rôle polarisé. En effet, la sensorialité devient un "vecteur de rencontre" pour celui qui l'observe et la reflète en retour.

1. La psychomotricité

Les troubles psychomoteurs sont fréquents chez la plupart des enfants TSA. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, on retrouve des anomalies motrices et posturales et des singularités dans le développement moteur, visibles de façon très précoce chez les enfants autistes. Ainsi, le psychomotricien a un rôle central dans la prise en charge (précoce notamment) de l'enfant autiste. Il va évaluer son développement psychomoteur afin de repérer et localiser les difficultés de l'enfant. C'est

alors qu'il va axer son travail thérapeutique en même temps que "rééducatif" afin de permettre à l'enfant de retrouver une enveloppe corporelle lui permettant de se sentir suffisamment sécurisée pour découvrir la relation. Toute prise en charge est singulière. Néanmoins, on retrouve plusieurs supports et approches similaires/courants. Le matériel sensoriel est privilégié car il permet d'introduire la notion d'objet qui permet la sensation en même temps que la découverte de quelque chose d'externe à soi. En effet, le psychomotricien accompagne l'enfant autiste dans la découverte de l'objet dans la relation. Pour cela, il va se saisir de tous les supports sensoriels possibles. En particulier, le matériel qui permet d'associer une sensation sensorielle avec une émotion qui permettra par la suite de susciter un partage, clé de voûte de la relation.

Des techniques de soin reposent sur l'idée de donner une conscience de ses limites corporelles au patient autiste.

Pierre Delion (2012) propose de pratiquer le packing "pour les enfants porteurs de TED/TSA lorsqu'ils présentent des signes graves voire gravissimes de troubles du comportement, pour lesquels une indication précise doit être posée et une formation de l'équipe réalisée dans de bonnes conditions". Selon Delion (2009), "le packing est une technique de soin qui appartient au groupe des techniques d'enveloppement requises pour rassembler le corps d'un enfant qui manque de contenance du fait de sa pathologie. Elle consiste à envelopper doucement un enfant qui garde ses sous-vêtements, dans des serviettes trempées dans l'eau à la température du robinet (autour de dix degrés) jusqu'au cou, puis dans un drap sec, puis dans un tissu imperméable qui permettra un réchauffement rapide et dans deux couvertures chaudes. L'enveloppement dure environ une minute et en quelques minutes (deux à cinq), le corps de l'enfant se réchauffe soudainement produisant chez lui une détente musculaire importante, le surgissement de sourires et éventuellement de sons (et de pa-

roles quand il a accès au langage) et d'échanges par le regard. La séance dure entre quarante-cinq et soixante minutes et se termine par le "développement".

Le packing aide les enfants à renforcer leur conscience des limites de leur corps en permettant ainsi de constituer un schéma corporel absent et qui plus est d'aider l'enfant à établir une relation avec son thérapeute.

2. L'orthophonie

Le mot orthophonie vient du grec ortho : "correct" et "phonè" : voix.

L'orthophoniste " exécute habituellement des actes de rééducation constituant en un traitement des anomalies de nature pathologique, de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit ".

Globalement, on fait appel à un orthophoniste dans tous les cas de difficultés se situant autour de la sphère ORL ayant des retentissements sur la production du langage , ainsi que pour des difficultés touchant l'élaboration mais également la réception de la parole c'est à dire dans le cadre de difficultés de compréhension du discours oral.

Les problèmes de communication sociale si caractéristiques du trouble du spectre de l'autisme peuvent être également pris en charge par les orthophonistes.

La prise en charge en orthophonie évolue face aux besoins de l'enfant autiste et se fait en fonction des capacités de l'enfant. L'orthophoniste va chercher à augmenter la volonté et le désir de communiquer en encourageant l'enfant à communiquer au moyen de la parole, des signes et des gestes ou grâce à un appareil de suppléance à la communication. Il cherche également à accroître la participation, en stimulant l'attention conjointe et partagée et ainsi à rendre la communication avec les autres plus palpable et efficace. Une fois que l'enfant autiste comprend et investit le langage comme un outil d'échange et d'interaction, l'orthophoniste va

l'aider à augmenter son stock lexicale enrichir à la fois ses propos mais également les structuration de son langage. Enfin, les orthophonistes vont travailler avec les enfants autistes quand cela devient possible le contenu du langage afin améliorer leurs habiletés en matière de conversation, comme par exemples les différentes subtilités utilisées dans le cadre des interactions sociales.

L'orthophoniste travaille en lien avec la famille et les équipes de soin pour intervenir dans les domaines où l'enfant a besoin de soutien .

Il n'est pas toujours évident d'entrer en communication avec les enfants autistes qui ne comprennent pas intuitivement quels intérêts trouver au langage. Des méthodes alternatives ont été mises en place et conviennent parfaitement bien à leur prise en charge comme le Makaton.

Le programme Makaton a été créé par Margaret Walker, orthophoniste britannique, en 1972 et introduit en France en 1995.

Il s'agit d'un " programme d'aide à la communication et au langage constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé conjointement avec la parole, les signes et/ou les pictogrammes. "

C'est une approche multimodale basée sur la superposition de plusieurs canaux de communication reposant sur différents sens(parole, signes empruntés à la Langue des Signes Française, pictogrammes Makaton et langage écrit). Cette méthode est proposée lorsque le bain de langage employé au début de la vie de l'enfant ne lui a pas permis de développer une communication orale fonctionnelle.

L'idée et les objectifs principaux du programme Makaton sont d'améliorer la compréhension et favoriser la mise en place du langage orale mais également de pouvoir mettre en place parallèlement une communication plus fonctionnelle au quotidien en attendant le langage afin d'aider l'intégration sociale.

On propose à l'enfant des pictogrammes représentant au les objets, les personnes ou les actions qu'il demande le plus souvent. Le programme se fait en plusieurs étapes, une fois que l'enfant est familiarisé avec ses pictogrammes on lui apprend à s'en servir au quotidien et les orthophonistes transmettent aux parents et aux équipes le classeur de pictogrammes de l'enfant pour qu'il l'utilise à chacune de ses demandes. Petit à petit, lorsque la communication est lancée et que l'enfant se saisit de cet outil, on ajoute des pictogrammes , on peut également passer par le langage écrit . Il s'agit petit à petit de complexifier la construction de ses demandes et de les subtiliser davantage.

3. La spécificité de la psychothérapie d'un enfant autiste.

Le travail psychothérapeutique d'un enfant d'un point de vue psychanalytique diffère grandement de celui d'un adulte. En effet, la spécificité d'un enfant est sa mouvance tant corporelle que psychique. L'enfant s'extériorise à travers différentes modalités d'expression que le thérapeute va avoir à soutenir à travers ces différents modes (jeux, dessins, paroles, mimes...) Chacun des actes de l'enfant est le reflet symbolique des différents aspects de ses préoccupations ou conflits psychiques. Ainsi le thérapeute va les accueillir comme ayant un sens et les renvoyer à l'enfant sous forme de mots ou d'associations qu'il amènera à travers le jeu. En quelque sorte, à l'instar de la thérapie d'adulte, le psychologue interprète ce que l'enfant lui montre et fait des liens qui aideront l'enfant à comprendre ce qui se passe en lui.

Car dès son plus jeune âge, l'enfant utilise le jeu pour symboliser ce qu'il vit. Là où la réalité le met souvent en tant qu'enfant dans une position passive vis-à-vis de l'extérieur, de son environnement familial, de l'école, il peut à travers le jeu renverser la tendance en reprenant un rôle actif. En 1923, Mélanie Klein dépeint le jeu comme "un des langages préférentiels du jeune enfant pour mettre en forme ses fantasmes et moduler les angoisses qui y sont liées". Le jeu de l'enfant peut être envisagé comme

l'équivalent des associations libres de l'adulte. M.K Yi (2014) explique combien le jeu bien avant que la psychanalyse s'en empare comme "technique de soin" revêt une dimension auto-curative. Le cache-cache par exemple est bien la mise en scène et la répétition jusqu'à acceptation d'une angoisse de séparation. Il n'est pas facile d'établir une différence entre jeu et agir, " En quoi le jeu peut-il contribuer à restaurer voire instaurer chez le patient l'expérience de créé-trouvé ? "

Ainsi, le playing tel que Winnicott le décrit implique et permet une expérience d'espace qui selon lui va être proche de celle des premiers temps de la vie, où la psyché n'est pas encore constituée comme espace aux frontières établies. " Etre là sans avoir besoin de savoir où précisément " .

Pour Mélanie Klein et les auteurs post-kleinien, le bébé va dès sa naissance construire une relation d'objet qui ne peut par la suite n'être comprise par l'analyste essentiellement au niveau fantasmatique. Cet objet interne est construit par le fantasme "d'omnipotence de l'enfant sur la mère". Les relations d'objet sont au centre de la vie émotionnelle. Cette relation d'objet est de ce fait le mode de relation d'un être avec son monde. Et par là le thérapeute au travers la cure va aider l'enfant à symboliser l'angoisse de perte de l'objet présente chez l'enfant. Le jeu pendant la thérapie permet à l'enfant de se réapproprier son histoire en la mettant en scène et en la répétant, de manière codée et symbolique. Cette étape permet à l'enfant d'élaborer, de mettre des mots et une explication sur certains vécus ou sentiments. Ainsi , le jeu dépasse l'aspect ludique et plaisir pour atteindre un effet thérapeutique.

Malgré certaines différences, les leviers transfert et contre-transfert mis en évidence par Freud dans la cure analytique des adultes, restent les mêmes dans les psychothérapies d'enfants. Et cette relation avec l'enfant, imbriquée entre transfert et contre-transfert et que le thérapeute ne peut délier, lui fait vivre une expérience périlleuse et souvent déstabilisante. Son psychisme est particulièrement sollicité par la pensée de l'enfant qui garde son ancrage dans le sensoriel, le pulsionnel. Mais c'est de sa capaci-

té à se laisser perturber que naîtra son “ travail de figurabilité “ qui ouvre le travail thérapeutique à une compréhension des enjeux de la relation entre deux organisations psychiques fonctionnant en régression choisie. Cette relation contenant – contenu va être pénétrée par l’émotion, tel que l’explique W. Bion (1979) : “ Ainsi conjoints et pénétrés ou les deux, contenant et contenu subissent ce type de transformation que l’on appelle croissance. Lorsqu’ils sont disjoints ou dépouillés de l’émotion, ils perdent de leur vitalité, autrement dit se rapprochent des objets inanimés.”

Ainsi, avec l’enfant le thérapeute se sent engagé dans son intégrité ; en cela que ses modalités expressives résonne nécessairement avec notre infantile et avec la manière dont il a sculpté son des mouvements de notre réalité psychique. J.B. Pontalis, parle de cette survivance active de l’enfance en nous. Pour lui, “ Ce n’est pas leur antériorité dans le temps qui assure aux images de notre enfance ce quelque chose d’éternellement vivace, éclat qui ne se ternit pas ou blessure incurable ; c’est qu’elles relèvent d’un état que nous ne retrouverons plus qu’en des moments éphémères, où nous étions réceptifs à tout ce qui nous entourait. Et nous pouvions l’être parce que nous n’étions pas alors vraiment constitués : l’état d’un État qui n’aurait pas encore édifié ses frontières... Celles-ci s’imposeront, peu à peu, par refus successifs et après rectifications multiples de leur tracé. Dans son dictionnaire privé, enfance et mémoire sont synonymes. Comment se forme un terrain de mémoire ? “ (1986)

Cependant, le psychisme en constitution de l’enfant ne nous met pas toujours face à des productions qui ont la qualité de représentations.

Le traitement de cette question du transfert et du cadre dans les cures d’enfants autistes ne peut pas se traiter si aisément. Comment cela peut-il se passer chez des enfants pour qui les idées sont moins organisées? Car en effet chez eux, le transfert se fait massivement ou ne se fait pas.

Dedans et dehors ne se différencient pas facilement et le travail de symbolisation se déploie dans une situation où l’agir et la représentation ne

sont pas nécessairement dans un rapport d'opposition. Le corps en mouvement est au cœur de la rencontre : espace-temps d'une mise en tension spécifique entre motricité, pensée et langage. Le rôle du thérapeute va être de contenir l'enfant, de créer un espace contenant. « La fonction contenante n'est pas un concept explicite de la métapsychologie freudienne bien qu'elle puise sa source autour de la question du pare-excitations » (D. Mellier, 2005).

G. Haag (1987) énonçait les aspects du transfert et contre-transfert dans le travail thérapeutique avec les patients autistes : « [...] tout se passe sans langage, seulement au travers d'indices de la mise en jeu de manipulation d'équivalents symboliques, c'est tout un apprentissage de la lecture des équivalents primitifs qui est à faire. «

Le cadre théorique est alors différent, et leur cadre interne étant en partie ou complètement absent ou bien désorganisé, il faut aller le chercher chez ces patients là où il s'exprime, c'est-à-dire dans le non-sens, dans l'attaque des liens symbolisant, dans la décharge motrice ou encore la répétition. Il est intéressant de voir la réaction thérapeutique face à la désorganisation perpétuelle des enfants autistes : ordonné vs. désorganisé. On comprend mieux l'existence et parfois l'efficacité des méthodes cognitivo-comportementales qui dans leur cadre solide et organisé contrastent avec les mécanismes autistiques auxquels ils sont confrontés.

Les thérapeutes d'enfants autistes se trouvent en effet confrontés à ce paradoxe: aller chercher l'enfant dans son enfermement là où lui se trouve être en confort et le mener vers un chemin où le confort est établi par l'intériorité du thérapeute. Ainsi «quand le réel d'une relation ne peut être symbolisé, le thérapeute se doit de chercher ailleurs, souvent à l'intérieur de lui où se dissimule le transfert, trouver un cadre propice à l'émergence de ce qu'on peut considérer comme du non symbolisé ou du clivé qui permettra petit à petit l'avancée des processus de symbolisation.»(B. Rousselot-Pailley, 2015)

Nous parlons là de la cure analytique des enfants telle qu'elle a été décrite par Anna Freud et Mélanie Klein, cependant plus récemment la thérapie par le jeu a connu un nouvel essor saisie par des courants théoriques cognitivo comportementaux. La méthode de Denver en est un bon exemple. Cette méthode consiste "à établir des séances de stimulation par le jeu selon le niveau développemental de l'enfant autiste". Ces séances ont pour but d'améliorer les comportements et d'accroître les capacités sociales, motrices et de communication. L'équipe qui met en place le modèle débute par une évaluation du niveau de développement de l'enfant. Cette évaluation permet d'établir un "curriculum" qui liste les comportements à adopter en fonction de l'âge de l'enfant et de ses capacités de développement pour atteindre ces comportements. Avec cette évaluation, les professionnels peuvent ensuite fixer des objectifs développementaux afin d'avoir une prise en charge et une évaluation personnalisée. Les thérapeutes mettent en place des séances basées sur le jeu. Ces interventions amènent à concevoir des activités ludiques spécifiques à l'enfant accompagné. Les parents participent à toutes les séances, même celles menées par les professionnels, pour faciliter l'interaction émotionnelle. Les jeux de rôles donnent aux enfants autistes l'occasion de développer notamment leurs capacités sociales et de communication.

Quoiqu'elles prennent comme forme, la prise en charge d'enfants autistes impose deux paradoxes. Le premier est celui douloureux en tant que thérapeute d'avoir à décider pour l'autre de la prise en charge installant d'emblée un décalage de fond entre l'offre et la demande. On se doit d'aller chercher un enfant autiste. Pour ce faire, le professionnel doit se questionner sur sa propre sensorialité afin d'établir un lien qui prend en compte une différence fondamentale de vécu, cela constitue ce deuxième paradoxe.

PARTIE 6 :

**THEO ET ALEXIS,
PAREILS-PAS PAREILS?**

Dans le cadre des évaluations d'enfants autistes nous avons été confrontés à une réalité nosographique et clinique en même temps.

Ce qui nous a frappé et fasciné c'est le rapport au corps qu'a l'enfant autiste et l'utilisation qu'il en fait (ou pas) pour être en relation avec autrui. Ainsi, nous nous sommes interrogés sur le devenir sensoriel de l'enfant autiste et son impact sur la communication.

Le concept de sensorialité est vécu de façon déroutante chez les enfants souffrant d'autisme. Comment comprendre alors le rôle de cette sensorialité inélaborable, dans le renforcement de la barrière autistique pour certains enfants ou dans l'ouverture vers une voie atypique de développement pour d'autres ? Leur sensorialité exacerbée devient-elle alors un prisme de lecture commun en même temps qu'elle s'avère être le point de divergence de leur construction psychique ?

Notre recherche s'élabore en partant des ressemblances et des divergences entre ces deux enfants, Théo et Alexis, dont chacun représente une catégorie d'enfants autistes typiques et atypiques, tout à la fois "pareils et pas pareils". C'est de ces similitudes et différences que l'analyse issue des résultats de notre recherche se veut porteuse.

I. Méthodologie

1. La recherche

Terrain de recherche :

*L'Unité De Jour du service de Pédopsychiatrie
de l'hôpital Necker- Enfants Malades.*

Le service de pédopsychiatrie de l'hôpital Necker-Enfants Malades propose un dispositif d'évaluation pour les enfants présentant des indices d'un éventuel trouble neurodéveloppemental. Cette unité d'hospitalisation concerne les enfants âgés de dix-huit mois à quatorze ans. A l'image d'un hôpital jour, les patients viennent de lundi à vendredi pendant trois semaines ; il s'agit donc d'une hospitalisation ambulatoire d'où le titre : Unité De Jour (UDJ). Créée par le Pr. Golse en 1984, l'objectif de cette unité est d'accueillir jusqu'à six enfants par jour afin de les diagnostiquer et de les orienter. L'étiquette " lieu de soins " a souvent été contestée car il s'agit d'une temporalité particulière. En effet, les enfants viennent de façon régulière pendant trois semaines puis, ils sont " réorientés " ailleurs, le lien devenant alors minime. La continuité dans le soin ne s'installe donc pas. Cependant, c'est bien la réceptivité de l'enfant face à une continuité de soin qui est évaluée.

Le service de pédopsychiatrie fait partie du Centre régional de Recherche et de Diagnostic de l'Autisme et de Troubles apparentés (CREDAT).

Les enfants accueillis à l'UDJ sont pour certains suivis dans des centres de soins sectorisés (tels que les PMI, CMP, CMPP, ITEP, IME, Hôpitaux de Jour, etc.) et d'autres n'ont aucune prise en charge au moment de leur admission. Ainsi, les adressages se font en interne, par d'autres services de

l'Hôpital ou bien en externe, lorsque des structures extérieures nous sollicitent pour l'observation de leur patient.

L'équipe

L'équipe accueillante de l'UDJ est pluridisciplinaire, elle se compose d'un corps médical : un pédopsychiatre et un interne en médecine. Il y a ensuite les membres permanents : un aide-soignant, une éducatrice jeunes enfants et une infirmière. Ces professionnels accompagnent les enfants tout au long de la journée, sur les temps de repas, de jeux et de repos. L'équipe comprend également un psychomotricien, une assistante sociale, une enseignante spécialisée, une orthophoniste et des psychologues.

Il est proposé à l'enfant, dans la mesure de ses compétences, un bilan psychologique, orthophonique, psychomoteur, scolaire et des examens somatiques complémentaires de type neurologique et génétique. Les différents bilans s'étalent sur plusieurs semaines afin d'être au plus près de la disponibilité de l'enfant.

Autour de l'observation clinique

L'enfant va ainsi bénéficier d'une certaine continuité de soins sur une courte période. L'observation sous-jacente aux situations de bilans est alors centrale et décisive pour penser le diagnostic et les prises en charge adaptées. La fonction de l'observation est à l'origine de ce dispositif spécialement conçu pour ces enfants aux temporalités si particulières et parfois insaisissables. « La singularité d'un regard clinique comprend en elle-même la potentialité de plus d'un regard » (D. Mellier, 2003).

L'observation est un outil clinique indispensable pour mieux comprendre et se représenter le fonctionnement de l'enfant. Ainsi, on évalue son potentiel d'évolution de par une observation sur un " court long terme ".

La mise à distance qu'implique l'observation clinique permet d'appréhender l'enfant dans son fonctionnement global et non pas uniquement en réponse à une situation de demande (que suppose le bilan par exemple). La problématique principale de l'enfant autiste touche sa capacité d'interaction. C'est donc ce " recul " sous-jacent à l'observation qui permet de se rendre compte de là où en est l'enfant dans son développement.

La particularité et richesse de l'UDJ est qu'elle permet une observation individuelle et groupale de l'enfant. En effet, on évalue les compétences interactionnelles de l'enfant en relation duelle mais également en groupe afin de mesurer son développement social. La spécificité du dispositif de l'UDJ est qu'il s'agit d'un " groupe en mouvement " qui bouge au fil des semaines selon les admissions.

2. Le déroulement de la recherche

Les familles sont reçues une première fois pour un rendez-vous de pré-admission. C'est alors que leur sont présentés le dispositif et les lieux. Parents et enfants peuvent ainsi avoir une représentation et mieux s'y préparer. Une date d'admission leur est ensuite proposée dans un délai suivant les quatre mois.

Le premier jour d'hospitalisation de l'enfant, comme toute première fois, est éprouvant, tant pour l'enfant que pour les parents. Ces derniers ont la possibilité de transmettre aux professionnels les rituels chers à l'enfant ainsi que ses " objets indétachables ". En parallèle au temps d'observation et d'évaluation de l'enfant, les parents sont reçus une à deux fois par semaine pour des entretiens cliniques, seuls ou ensemble.

Le premier jour d'hospitalisation, les deux parents sont reçus ensemble pour un entretien d'anamnèse et une présentation de la recherche en cours dans le service. Leurs sont alors remis les formulaires de consentements et explications.

L'enfant bénéficiera :

- Un bilan psychologique comportant une évaluation intellectuelle ou développementale ainsi qu'une CARS.
- Un entretien d'anamnèse où est réalisée une ADI en présence des deux parents.
- Un profil sensoriel rempli par les parents et un autre rempli par les professionnels de l'UDJ.

Une fois les trois semaines écoulées et les bilans réalisés, l'hospitalisation de l'enfant se termine. Les professionnels se réunissent alors entre eux autour d'une " synthèse " où les professionnels extérieurs à l'hôpital suivant l'enfant en prise en charge sont conviés. L'objectif est alors de parta-

ger un maximum d'informations concernant l'enfant afin de se mettre d'accord sur un diagnostic et l'orientation la plus adaptée.

Quelques semaines après la fin d'hospitalisation de l'enfant, la famille est convoquée à nouveau pour un rendez-vous final appelé " restitution " où sont alors exposés les différents résultats des bilans et l'annonce du diagnostic. Le but est alors d'expliquer au mieux aux parents les difficultés de leur enfant ainsi que ses ressources. L'orientation se fait alors en parallèle en se basant sur la disponibilité de l'enfant observée face à une dynamique de soins proposée préalablement.

Consentements libres et éclairés

Un formulaire de consentement libre et éclairé a été remis aux familles¹⁷ avant le début de l'observation à l'Unité De Jour.

Une lettre d'information décrivant la recherche est associée au formulaire. Ce dernier stipule que l'ensemble des données seront rendues anonymes et traitées statistiquement de manière groupale. Les parents peuvent avoir accès aux données de leur enfants à n'importe quel moment de la recherche et mettre fin à celle-ci quand ils le souhaitent.

¹⁷ Voir formulaire de consentement en Annexe 6.

3. Population étudiée

Particularité de la recherche sur un terrain clinique

Notre recherche s'inscrit dans ce lieu d'évaluation et de ce fait notre échantillon de population sera issu de la file active des patients reçus, c'est à dire les enfants venant à l'UDJ. Ces derniers sont âgés entre dix-huit mois et quatorze ans. La plus grosse partie des enfants hospitalisés ont cependant entre quatre et sept ans, d'où notre tranche d'âge dans l'inclusion des patients.

La plupart des enfants reçus à l'UDJ viennent pour une suspicion d'autisme ou d'un autre trouble neurodéveloppemental. Une évaluation en ambulatoire n'est pas possible du fait de leur disponibilité psychique limitée ou bien de leurs troubles du comportement trop importants.

Nous avons donc fixé nos critères d'inclusion de nos patients en fonction de ces différents facteurs.

Critères d'inclusion

- Enfants pour qui les familles ont accepté de participer et signer notre consentement.
- Enfants âgés entre 4 et 7 ans.
- Enfants présentant un diagnostic de Trouble du Spectre Autistique tels que décrit par le DSM V, confirmé par les scores de l'ADI-R sans pathologie organique ni étiologie génétique identifiée.

Critères d'exclusion

- Enfants porteurs d'un syndrome génétique
- Enfants porteurs d'une maladie neurologique.
- Enfants présentant un handicap moteur.
- Enfants souffrant d'une cécité sensorielle.

4. Problématique et hypothèses

Nous allons ici présenter les objectifs de notre étude. Nous nous sommes intéressés aux spécificités du vécu sensoriel chez les enfants autistes en corrélation avec leur accès à la communication.

Hypothèse principale

H0 : Nous postulons qu'au sein d'une même entité nosographique (TSA), le vécu sensoriel des enfants autistes diffère d'un individu à l'autre et ce, en fonction de son accès à la communication.

Hypothèses secondaires

H1 : Parmi les enfants inclus dans cette recherche porteurs d'un diagnostic de TSA, leur accès à la communication n'est pas le même. Les scores obtenus à l'ADI-R permettent de différencier deux groupes :

- le groupe Typique : qui ont des scores déviants dans les trois domaines de l'ADI-R (Interaction sociale réciproque, Communication, Intérêts restreints et stéréotypés).
- Le groupe Atypique : qui obtiennent des scores déviants dans deux domaines (Interaction sociale réciproque et Intérêts restreints et stéréotypés) et un score non déviant dans le domaine de la communication.

Nous faisons l'hypothèse que ces deux groupes se différencient dans leur vécu sensoriel. Nous nous attendons à ce que les enfants TSA du groupe Typique présentent plus de particularités sensorielles que ceux du groupe Atypique. Pour tester cette hypothèse nous allons nous pencher sur les résultats obtenus aux facteurs du Profil Sensoriel de Dunn.

H2 : Nous faisons également l'hypothèse que les deux groupes se différencient au niveau des résultats obtenus aux sections du Profil Sensoriel : traitement de l'information sensorielle, de la modulation et des réponses comportementales et émotionnelles. Nous postulons que les divergences entre nos deux groupes se situent au niveau du traitement de l'information sensorielle et de sa modulation. De plus, nous voulons montrer des convergences dans le domaine des réponses comportementales et émotionnelles.

H3 : Enfin, nous faisons l'hypothèse qu'il existe une corrélation entre les items du Profil Sensoriel de Dunn (facteurs et sections) et le domaine de la communication à l'ADI.

5. Les outils d'évaluation

En partant des outils utilisés dans le cadre des bilans effectués auprès des enfants, nous avons décidé de porter un regard particulier à la sensorialité de l'enfant autiste en sélectionnant quelques outils, notamment :

- L'ADI
- La CARS
- Le Profil Sensoriel de Dunn

Nous porterons un regard particulier au Profil Sensoriel de Dunn que nous analyserons qualitativement pour l'élaboration de nos hypothèses.

L'Autism Diagnostic Interview révisé : ADI-R

Crée par : Lord, Rutter et LeCouteur, 1994.

Chacun des sujets a été diagnostiqué à l'aide de l'ADI-R. Il s'agit d'un entretien semi-structuré permettant d'obtenir des descriptions détaillées des comportements requis pour porter le diagnostic d'autisme. Les scores obtenus concernent les 3 domaines reconnus comme déviants dans l'autisme :

- 1) L'interaction sociale réciproque
- 2) La communication
- 3) Les comportements répétitifs et stéréotypés.

⇒ **Les cotations sont obtenues à partir de la description du comportement de l'enfant recueillie auprès de ses parents.**

Rétrospectivement, cet outil permet de rechercher les premières manifestations du trouble et leur évolution dans la petite enfance. Les parents sont incités à se référer à des événements de vie importants, pour illustrer et dater l'âge d'apparition des différents comportements. Des notes allant de 0 à 3 sont attribuées pour chaque item. Elles correspondent au degré de déviation par rapport au comportement normal. Un algorithme¹⁸ permet de retenir les items pertinents dans chaque domaine et de calculer des scores qui sont comparés aux seuils à atteindre pour le diagnostic de l'autisme.

DOMAINES	SEUILS
Anomalies quantitatives de l'Interaction sociale Réciproque	10
Communication :	
Verbale	8
Non-verbale	7
Comportements répétitifs et patterns stéréotypés	3

¹⁸ Voir algorithme ADI Annexe 7.

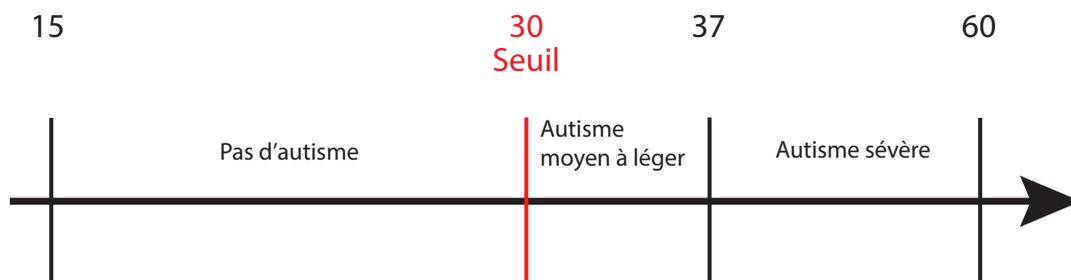
Childhood Autism Rating Scale : CARS¹⁹

Créée en 1971 par Reichler et Schopler dans le cadre du programme TEACCH.

Cette échelle est un outil créé pour différencier les enfants autistes des enfants porteurs d'autres troubles du développement sans syndrome autistique associé. Elle est donc utilisée dans une démarche diagnostique. Elle permet de quantifier la sévérité des troubles autistiques et précise donc le diagnostic d'autisme. Composée de 15 items comportementaux, elle est basée sur cinq systèmes de diagnostic, à savoir les travaux de Kanner, Creak, Rutter, ceux de la National Society for Autistic Citizens (NSAC) et les avancées du Diagnostic and Statistical Manuel Troisième Révision ou DSMIII.

Les évaluations avec la CARS peuvent être faites à partir de sources d'observation multiples : la passation des tests, le comportement à l'école, l'entretien avec les parents, ou les données du dossier. Les scores obtenus permettent de dégager une catégorie de diagnostic : **autistique / non autistique** et un degré d'autisme en cas de diagnostic autistique : **léger / modéré / sévère**.

Cotation de la CARS



¹⁹ Voir échelle complète en Annexe 8.

La CARS présente de nombreux avantages :

- Inclusion d'items représentant différents critères de diagnostic et reflétant la définition élargie du syndrome autistique qui repose sur l'accumulation de données et a évolué en fonction d'une recherche empirique continue
- Construction et amélioration de l'échelle à partir d'un travail mené sur plus de 10 ans avec plus de 1500 enfants
- Possibilité d'application à des enfants de tout âge incluant les enfants d'âge préscolaire
- Remplacement des jugements cliniques subjectifs et ésotériques par des évaluations objectives et quantifiables basées sur l'observation clinique.

Le désavantage présenté par cet outil est cependant la proximité des scores entre les enfants autistes et ceux présentant un retard mental sévère. La CARS n'est donc pas l'outil adéquat pour réaliser le diagnostic différentiel entre ces deux pathologies.

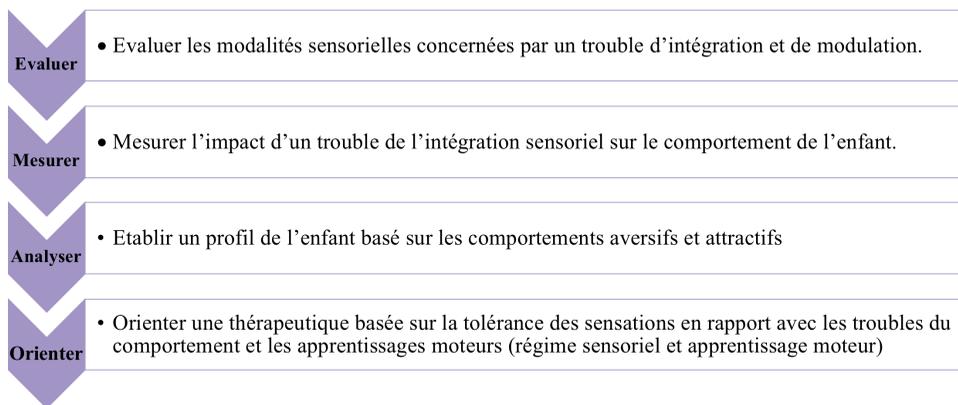
Roger (en 2003) pointe une autre carence de cette échelle relative à sa dimension temporelle : en effet, on ne se fonde que sur les comportements actuels de l'enfant et non sur les comportements antérieurs. Or l'évolution temporelle des troubles représente un élément central du diagnostic. (Catherine Tourette, 2011)

Profil Sensoriel de Dunn

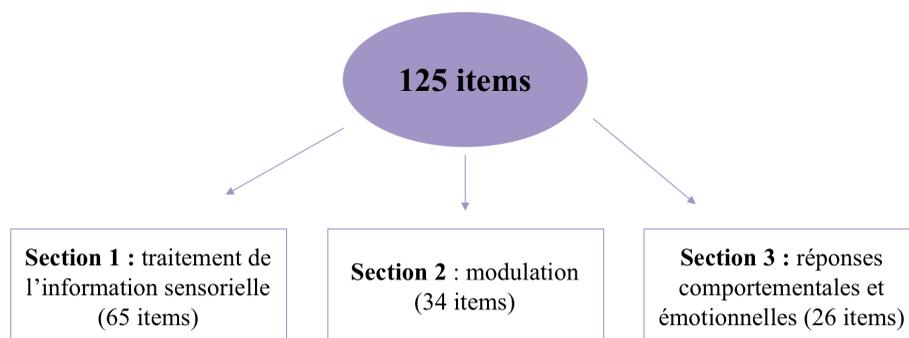
Créé par Winnie Dunn en 1994.

S'appuyant sur la théorie de l'intégration sensorielle de J. Ayres, cet outil a ensuite subi plusieurs révisions. Nous nous intéresserons à la version de 2010, dans laquelle l'étalonnage a été réalisé auprès d'enfants français. Le profil sensoriel s'adresse aux enfants âgés de 3 ans à 10 ans et 11 mois. Il s'agit d'un questionnaire adressé aux parents ou à toute personne étant quotidiennement au contact de l'enfant (membre de la famille, éducateur...). Le profil sensoriel permet d'évaluer les spécificités sensorielles du sujet, et d'en mesurer les impacts dans sa vie quotidienne.

Utilisation du Profil Sensoriel de Dunn



Le questionnaire comprend 125 items, répartis en 3 catégories²⁰ :



²⁰ Voir Annexe 8 pour questions détaillées correspondant à chaque section.

Il existe 5 modalités de réponses possibles :

MODALITÉ DE RÉPONSE	COTATION
Toujours	1
Fréquemment	2
Parfois	3
Rarement	4
Jamais	5

Résultats comparés à ceux du groupe de référence...



Performance typique : les notes brutes de l'enfant évalué se situent au-dessus de la moyenne, ou jusqu'à 1 écart type en-dessous de la moyenne.

Différence probable : les notes du sujet se situent entre 1 et 2 écarts types en-dessous de la moyenne.

Différence avérée : les notes du sujet se situent au-delà de 2 écarts types en-dessous de la moyenne.

La personne qui remplit le questionnaire choisit la modalité de réponse qui correspond à la fréquence d'apparition du comportement cité dans l'item en question.

Ces résultats sont ensuite comparés à ceux du groupe de référence. A partir de ces résultats, les capacités de traitement de l'information sensorielle sont classées selon 3 possibilités :

Cette classification concerne les facteurs et les sections.

Les questions de la **section 1** concernent les réactions des enfants pour les principaux systèmes sensoriels. Cette section est divisée en 6 sous-sections, s'intéressant individuellement au traitement des informations auditives, visuelles, liées à l'équilibre (vestibulaire), tactiles, multi-sensorielles et sensorielles orales. Exemple pour le traitement de l'information auditive (item n°2) : “ se met les mains sur les oreilles pour se protéger du bruit “.

TRAITEMENT DE L'INFORMATION SENSORIELLE	
A	Traitement de l'information auditive : Typique : 40-28 / Probable : 27-22 / Avérée : 21-8
B	Traitement de l'information visuelle : Typique : 45-32 / Probable : 31-25 / Avérée : 24-9
C	Traitement de l'information liée à l'équilibre Typique : 55-42 / Probable : 41-35 / Avérée : 34-11
D	Traitement de l'information tactile Typique : 90-71 / Probable : 70-59 / Avérée : 58-18
E	Traitement de l'information multisensorielle Typique : 35-27 / Probable : 26-22 / Avérée : 21-7
F	Traitement de l'information sensorielle orale Typique : 60-44 / Probable : 43-30 / Avérée : 29-12

La **section 2** “ reflète la régulation des messages neuronaux par la facilitation ou par l’inhibition des divers types de réponse “ (Dunn, 2010, p.8). Elle est subdivisée en 5 sous-sections. Exemple d’item (n°78) : “évite de grimper/ de sauter ou évite les terrains inégaux/ accidentés”.

MODULATION	
A	Traitement de l’information sensorielle liée à l’endurance/au tonus Typique : 45-39 / Probable : 38-32 / Avérée : 31-9
B	Modulation liée à la position du corps et au mouvement Typique : 50-40 / Probable : 39-34 / Avérée : 33-10
C	Modulation du mouvement affectant le niveau d’activité Typique : 35-19 / Probable : 18-15 / Avérée : 14-7
D	Modulation de l’enregistrement de l’entrée sensorielle affectant les réponses émotionnelles.
E	Modulation de l’enregistrement de l’entrée visuelle affectant les réponses émotionnelles et le niveau d’activité. Typique : 20-14 / Probable : 13-11 / Avérée : 10-4

La **section 3** permet de répertorier les comportements et émotions qui découlent du mode de traitement sensoriel propre au sujet. Le profil sensoriel permet également d'établir si les seuils de l'enfant sont bas ou élevés, et donc de déterminer des hyper ou hyposensibilités. Exemple d'item (n°105) : “ manifeste des réactions émotionnelles excessives quand il échoue à une tâche “.

REPONSES COMPORTEMENTALES ET EMOTIONNELLES	
A	Réponses émotionnelles/sociales Typique : 85-57 / Probable : 56-43 / Avérée : 42-17
B	Comportements résultant du traitement de l'information sensorielle Typique : 30-19 / Probable : 18-13 / Avérée : 12-6
C	Items indiquant les seuils de réponse Typique : 15-11 / Probable : 10-9 / Avérée : 8-3

Le Profil Sensoriel de Dunn est une étude factorielle. Ainsi, l'analyse des résultats est ensuite regroupée en **9 facteurs**²¹.

FACTEURS	
1.	Recherche de sensations Typique : 85-55 / Probable : 54-42 / Avérée : 41-17
2.	Réactivité émotionnelle Typique : 80-50 / Probable : 49-37 / Avérée : 36-16
3.	Endurance/Tonus faibles Typique : 45-39 / Probable : 38-32 / Avérée : 31-9
4.	Sensibilité sensorielle orale Typique : 45-32 / Probable : 31-20 / Avérée : 19-9
5.	Inattention/Distractibilité Typique : 35-23 / Probable : 22-16 / Avérée : 15-7
6.	Hyporéactivité sensorielle Typique : 40-33 / Probable : 32-26 / Avérée : 25-8
7.	Sensibilité sensorielle Typique : 20-16 / Probable : 15-12 / Avérée : 11-4
8.	Sédentarité Typique : 20-9 / Probable : 8-5 / Avérée : 4
9.	Motricité fine/Perception Typique : 15-10 / Probable : 9-7 / Avérée : 6-3

²¹ Voir annexe 8 pour les questions correspondant à chaque facteur

Ces facteurs caractérisent l'enfant et déterminent des patterns, c'est à dire des modes de réaction préférentiels du sujet face aux stimuli environnementaux. L'interprétation se fait également en termes de comportements de recherche ou d'évitement des sensations. Ainsi, le profil sensoriel permet de déterminer les modes de traitement de l'information sensorielle.

Self-sensorialité vs. Sensorialité de communication

Il est important de noter que le profil sensoriel de Dunn n'a pas été étalonné sur une population porteuse de TSA. Il s'agit d'un test qui n'est pas spécifique à l'autisme, mais plutôt aux difficultés d'intégration sensorielle. Nous avons pris pour fil conducteur la communication. En effet, nous questionnons la fonction de la sensorialité dans les capacités communicatives de l'enfant : pour soi ou envers l'autre ? Ainsi, afin d'exploiter au mieux les données que fournit ce questionnaire, nous avons décidé de penser les sections qui pourraient être spécifiquement affectées pour les enfants porteurs d'un TSA et comment. On se propose donc de créer une lecture du Profil Sensoriel éclairée par le trépied symptomatique caractéristique des enfants TSA. En effet, on part du constat qu'une grande majorité des enfants porteurs d'un TSA présentent des difficultés au niveau du traitement de l'information sensorielle, de sa modulation et de ce fait, de ses réactions comportementales. Si l'on reprend le trépied symptomatique regroupant les informations retrouvées à l'ADI, on fait l'hypothèse de la corrélation suivante :

Le **traitement de l'information sensorielle** correspondrait au **domaine des interactions et de la réciprocité sociale**. En effet, la façon dont on reçoit et traite les informations provenant de l'extérieur définit en grande partie la réciprocité sensorielle et relationnelle.

La **modulation** correspondrait davantage à la réaction de l'enfant face à l'intégration de l'information sensorielle à l'image du **domaine de la communication**.

Les **réponses comportementales et émotionnelles** seraient liées aux **comportements restreints et stéréotypés**.

Dans cette même perspective, on va tenter de regrouper les différents facteurs afin de différencier une sensorialité de repli et une sensorialité de communication. A l'image d'une " sensorialité d'ouverture " et d'une " sensorialité d'enfermement " telles que décrites dans notre partie théorique.

On a donc organisé les facteurs du Profil Sensoriel de Dunn en deux catégories : sensorialité d'enfermement et sensorialité d'ouverture.

SENSORIALITÉ D'ENFERMEMENT

Recherche de sensations

Exemples :

- Est à la recherche de mouvements - quel qu'en soit le type - et ceci interfère avec les activités quotidiennes (ne peut pas rester assis).
- Recherche toutes les activités qui impliquent du mouvement.
- Tourne fréquemment sur lui-même au cours de la journée.
- Evite de porter des chaussures, adore être pieds nus.
- Semble prendre plaisir à tomber.
- Devient trop excitable durant des activités impliquant du mouvement.

⇒ Ce facteur correspond à une recherche de sensations recréant une sorte de sensorialité primaire prise dans un mouvement perpétuel.

Endurance/Tonus faibles

Exemples :

- Bouge avec raideur.
- Bloque ses articulations pour être plus stable.
- Ne tient pas les objets fermement
- A besoin de s'appuyer contre quelque chose pour se sentir stable (même pendant l'activité).

⇒ Ce facteur souligne les difficultés de tonus et de recherche de sensations internes. Le développement moteur est entravée à l'image des difficultés sensori-motrices communicatives.

Sensibilité sensorielle orale

Exemples :

- Ne mange que des aliments d'une certaine saveur.
- Se limite à certaines textures ou certaines températures de nourriture.
- Est difficile à satisfaire dans la texture des aliments.

⇒ Ce facteur décrit assez bien la sélectivité alimentaire courante dans l'enfance et spécifique aux troubles développementaux. On observe à travers ces comportements un détournement de la fonction de l'alimentation faisant à nouveau primer une recherche de sensations s'appuyant/ayant pour objet la sphère orale.

Hyporéactivité sensorielle

Exemples :

- Evite de marcher pieds nus, surtout dans le sable ou l'herbe.
- A peu de conscience de la douleur et de la température.
- Ne semble pas remarquer quand quelqu'un lui touche le bras ou le dos.

Sensibilité sensorielle

Exemples :

- Devient anxieux ou se montre inquiet quand ses pieds quittent le sol.
- Déteste les activités qui le font se retrouver la tête en bas (ex : roulades).
- A peur de tomber ou a le vertige.

⇒ Cette sensibilité sensorielle témoigne des difficultés de représentation d'une image corporelle unifiée propre à l'enfant autiste, rendant ainsi insupportable tout mouvement la sollicitant pour s'y insérer.

Ces facteurs définissent la recherche de sensations mises en acte par l'enfant. Ces sensations recherchées viennent souligner un fonctionnement autocentré, très souvent retrouvé chez l'enfant autiste. Ainsi, on considère qu'ils correspondent à la catégorie de "sensorialité d'enfermement" telle que décrite dans notre cinquième partie. La recherche de sensations vient témoigner d'un inévitable retour sur soi sans pouvoir encore y distinguer la place de l'autre. Il ne s'agit donc pas d'une sensorialité à visée interactionnelle et communicative (même si elle le devient dès lors qu'elle est observée).

Les facteurs correspondant davantage à une sensorialité d'ouverture sont les suivants:

SENSORIALITÉ D'OUVERTURE

Réactivité émotionnelle

Exemples :

- Semble avoir des difficultés à s'apprécier lui-même.
- A du mal à grandir/murir (réagit de manière immature aux situations).
- Est sensible aux critiques.
- A des peurs bien précises (ses peurs sont prévisibles).

⇒ Ces exemples comportementaux montrent que l'enfant est en difficultés pour s'apprécier et se réguler dans la relation mais qu'il a cependant un certain accès à une représentation de soi. La communication est difficile mais existante.

Inattention/Distractibilité

Exemples :

- A du mal à terminer une tâche quand la radio est allumée.
- Est troublé ou a du mal à fonctionner lorsqu'il y a trop de bruit autour de lui.
- A des difficultés à fixer son attention.
- Se détourne de ce qu'il est en train de faire pour observer tout ce qui se passe dans la pièce.

⇒ L'inattention est un facteur de difficultés de communication, tout comme la distractibilité. Cependant, il conviendrait de penser que la distractibilité suppose une certaine représentation et recherche de l'autre (avec bien sûr toute l'expression d'une discontinuité entravante).

Sédentarité

Exemples :

- Passe la majeure partie de la journée à des jeux sédentaires (jeux calmes).
- Préfère les jeux calmes et sédentaires (TV, livres, ordinateur).
- Recherche des occasions de jeux sédentaires.

⇒ Ce facteur témoigne des difficultés de communication à travers le jeu. En effet, l'enfant est en difficultés pour jouer avec les autres, il préfère ainsi les jeux sédentaires, solitaires et calmes.

Motricité fine/ Perception

Exemples :

- A du mal à assembler des puzzles (comparé à un enfant du même âge).
- Son écriture est illisible.
- A du mal à ne pas déborder quand il écrit ou colorie.

⇒ Ici, la communication s'exprime de par ce que l'enfant arrive à reproduire de son vécu perceptif. Ce facteur décrit les difficultés perceptives de l'enfant dans l'application de ses performances cognitives.

En effet ces facteurs concernent l'aspect moteur et comportemental de l'enfant, sa position dans le jeu et sa sensibilité par rapport à l'environnement extérieur. Ainsi, on considère qu'ils représentent davantage les compétences relationnelles et comportementales (liées aux fonctions sensori-motrices comme détaillé dans la quatrième partie) de l'enfant et donc son accès à la communication également. Ces facteurs sont également entravés chez l'enfant porteur d'un TSA mais définissent davantage

les entraves communicationnelles et cognitives de l'enfant, en lien avec ses difficultés sensorielles telle que décrites dans les facteurs correspondant à une sensorialité d'enfermement

6. Outils d'analyse statistique

Afin de décrire et d'analyser nos hypothèses, nous avons utilisé des moyens statistiques pour y parvenir. Nous nous sommes servis du logiciel SPSS : Statistical Package for the Social Science. SPSS est un logiciel spécialement conçu pour les analyses statistiques en sciences humaines. Il nous a permis d'analyser les données de notre recherche.

Nous avons préconisé les test exacts dits test de Student et permettant une comparaison des moyennes entre nos deux groupes afin d'observer les différences significatives qui en découlent. Nous avons également appliqué une régression linéaire multiple afin d'observer les corrélations existantes entre nos outils.

T DE STUDENT

Le test de Student a été mentionné pour la première fois en 1908 dans une revue alimentaire Biometrika par William Gosset. Le test t se fera connaître plus tard grâce à Ronald Fisher qui montra que ce test ne couvre pas le cas des échantillons de grande taille. Il apporta donc des modifications au test de Student afin de le généraliser.

Il s'agit d'un test statistique très couramment employé. Le but de cet outil statistique est de comparer les moyennes de deux groupes d'échantillons et ainsi de savoir si les moyennes des deux groupes sont significativement différentes au point de vue statistique.

Il existe plusieurs variants du test de Student:

- Le test de Student pour échantillon unique
- Le test de Student comparant deux groupes d'échantillons indépendants (on parle de test de Student non apparié)
- Le test de Student comparant deux groupes d'échantillons dépendants (on parle de test de Student apparié).

REGRESSION LINEAIRE MULTIPLES

En statistiques, un modèle de régression linéaire est “ un modèle de régression qui cherche à établir une relation linéaire entre une variable, dite expliquée, et une ou plusieurs variables, dites explicatives. On nomme ce modèle : modèle linéaire ou modèle de régression linéaire.

Il existe plusieurs modèles de régression linéaire, l'ajustement affine est celui qui est le plus simple. Il s'agit de rechercher la droite permettant d'expliquer le comportement d'une variable y comme étant une fonction affine d'une autre variable statistique x .

II. Analyse des résultats

1. Description de notre population

Total Population Size	47
Age	
Mean Age ± Std. Dev (years)	5.58 ± 0.77
Median Age (years)	5.5
Mode Age (years)	5.1
Min Age (years)	4.1
Max Age (years)	7.3
Sex	
Males	35 (74.5%)
Females	12 (25.5%)

Tableau 1 : Description de la population

Notre population est composée de 47 enfants au total : 74.5% garçons et 25.5% filles. La moyenne d'âge de notre groupe est de 5 ans 5 mois.

L'ensemble de notre population a un diagnostic de TSA selon les critères du DSM V.

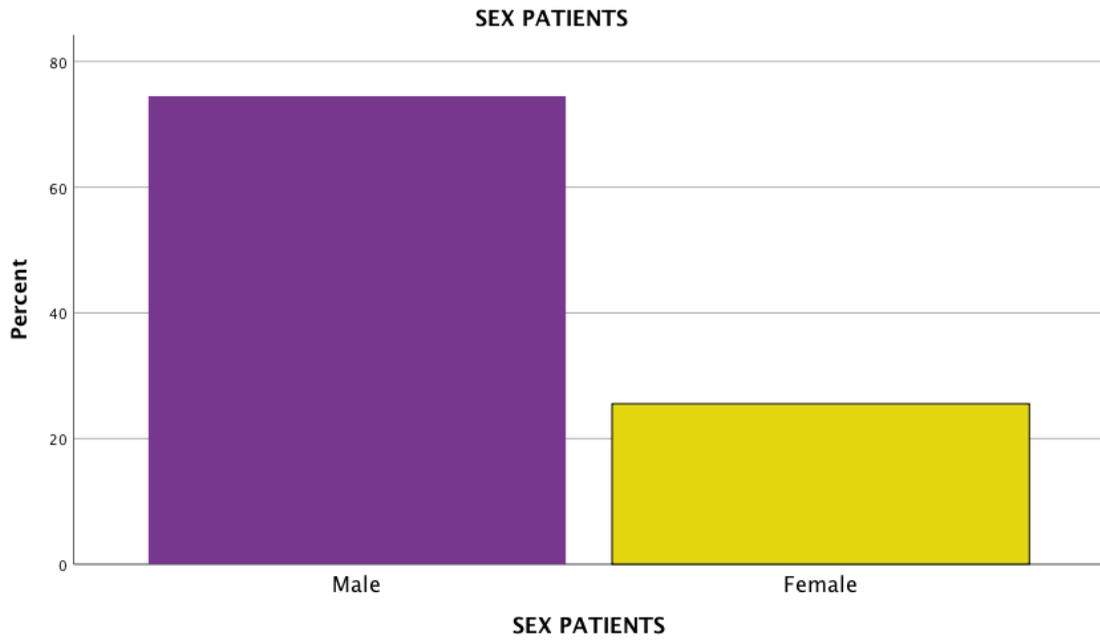


Figure 1 : Sex ratio

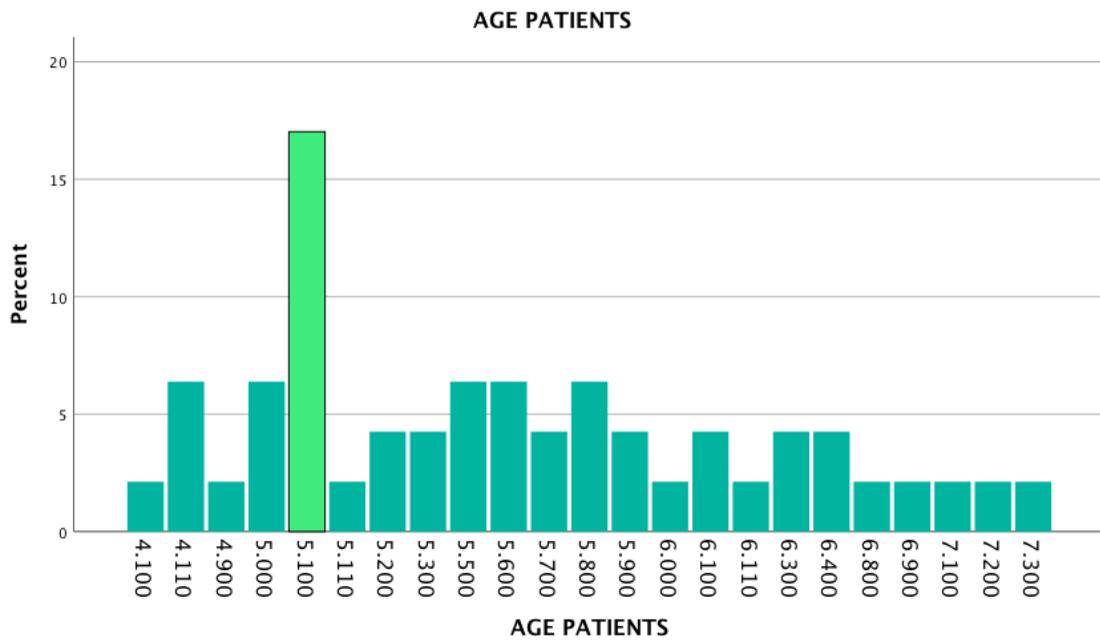


Figure 2 : Répartition des âges dans notre population

2. Deux groupes distincts : Typique- Atypique

Deux groupes se distinguent dans notre population en fonction du score de communication à l'ADI : **Groupe typique vs. Groupe atypique.**

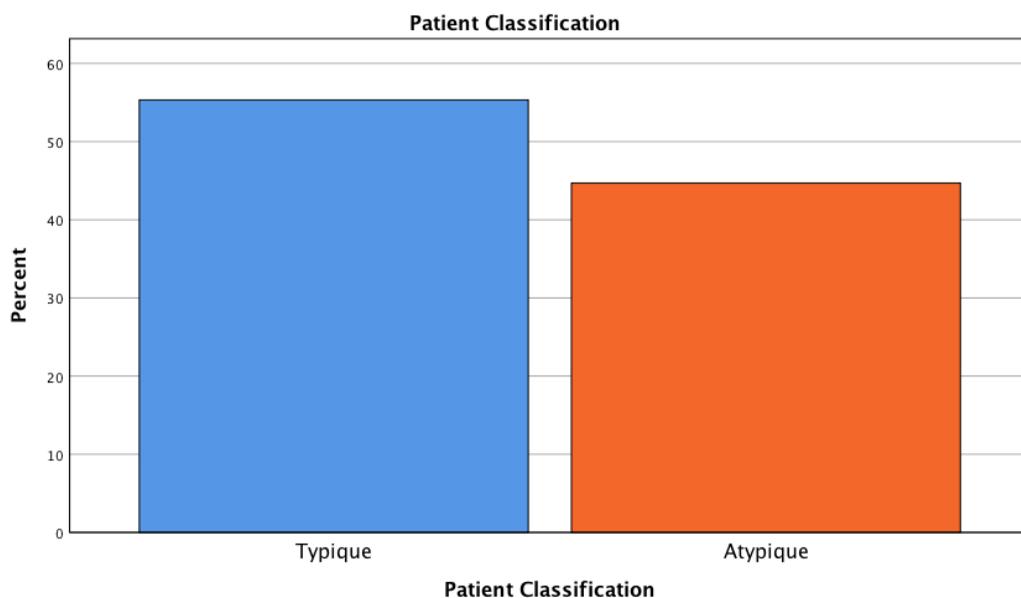
ADI Communication	
Typical	26 (55.3%)
Atypical	21 (44.7%)

55.3% des enfants de notre population présentent un score supérieur au seuil (>8) à valeur pathologique, dans le domaine de la communication de l'ADI.

Ils forment notre groupe d'enfants TSA Typiques : “ Groupe Typique “.

Le reste de notre population, 44.7%, obtiennent un score inférieur au seuil pathologique du domaine de la communication de l'ADI.

Ils forment notre échantillon d'enfants TSA Atypiques : “ Groupe Atypique ”.



3. Description de nos deux groupes

Groupe Typique	
Total Population	26
Mean Age \pm Std. Dev (years)	5.23 \pm 0.69
Median Age (years)	5.15
Mode Age (years)	5.1
Min Age (years)	4.1
Max Age (years)	7.1
Males	19 (73.1%)
Females	7 (26.9%)

Table 2: Description de la population du Groupe Typique

- ⇒ Notre groupe “ typique ” est composé de 26 enfants soit 55.3 % de notre population
- ⇒ On retrouve 73.1% de garçons et 26.9% de filles.
- ⇒ La moyenne d’âge de notre groupe est de 5 ans 2 mois.

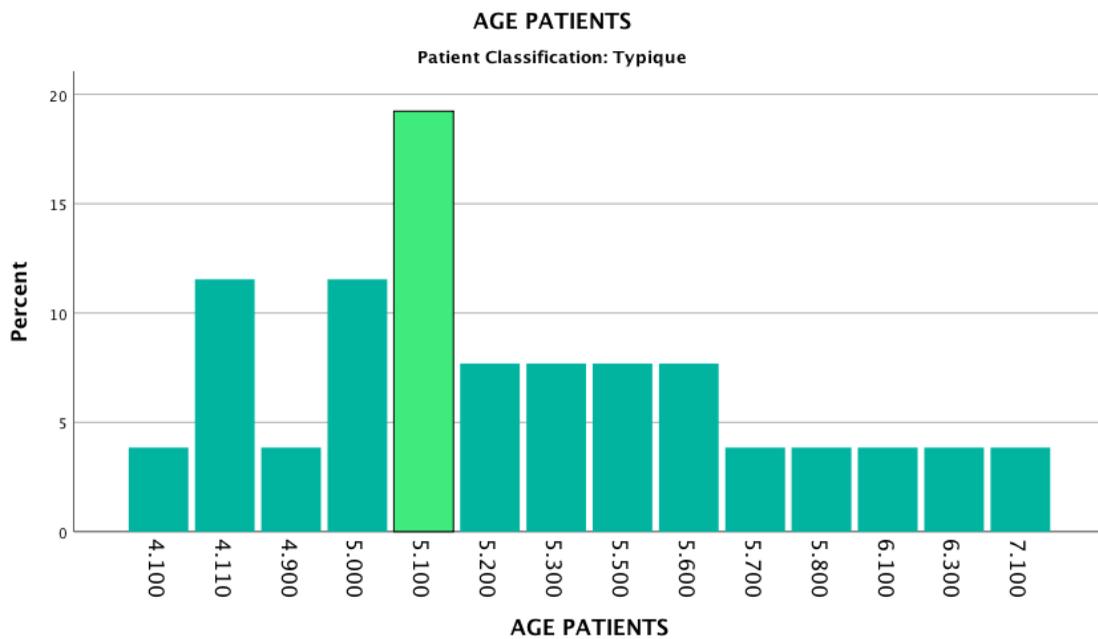


Figure 4: Distribution d'âge du groupe Typique

L'âge médian est de 5 ans 1 mois, ce qui correspond à l'âge moyen des enfants diagnostiqués à l'Unité De Jour.

Groupe Typique	
CARS	40
ADI : Interactions	15.27
ADI : Communica- tion	11.73
ADI : Intérêts	6.35

Tableau 3 : Résultats évaluation autisme du Groupe Typique

La passation du questionnaire de l'ADI R montre des scores significativement supérieurs au cut-off (seuil pathologique pré déterminé par l'outil) dans les trois domaines considérés comme déviants dans l'autisme : les interactions sociales (moyenne=15 pour un seuil à 10), la communication verbale (moyenne=12 pour un seuil à 8) et les intérêts restreints et stéréotypés (Moyenne=6 pour un seuil à 3). Par ailleurs, l'observation directe de nos sujets a permis la cotation de l'échelle de la CARS avec un score moyen de 40 (seuil supérieur au seuil pathologique de 30).

Groupe Atypique	
Total Population	21
Mean Age ± Std. Dev (years)	6.00 ± 0.67
Median Age (years)	5.9
Mode Age (years)	5.1
Min Age (years)	5.1
Max Age (years)	7.3
Males	16 (76.2%)
Females	5 (23.8%)

Tableau 4: Description de la population du Groupe Atypique

- ⇒ Notre groupe est composé de 21 enfants soit 44.7% de notre population
- ⇒ On retrouve : 76.2% de garçons et 23.8% de filles.
- ⇒ La moyenne d'âge de notre groupe de 6 ans .

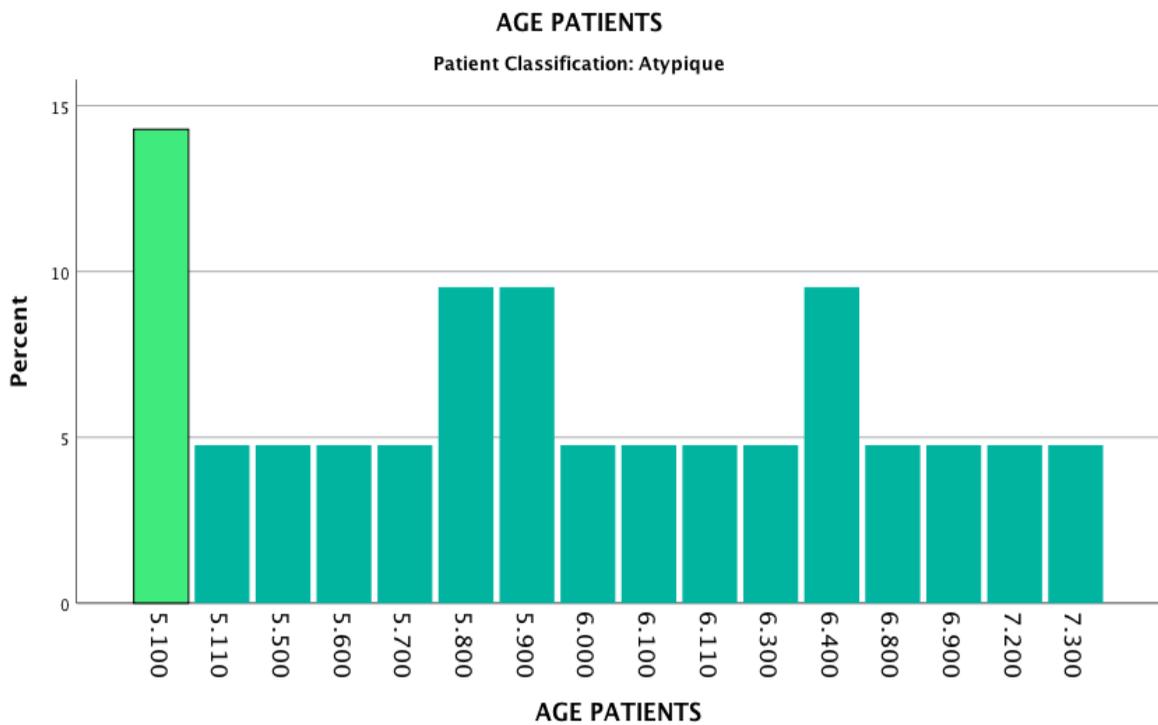


Figure 5: Distribution d'âge Groupe Atypique

L'âge médian est de 5 ans 9 mois, il est supérieur à l'âge moyen des enfants diagnostiqués à l'Unité De Jour.

“ Atypique ”	
CARS	32
ADI : Interactions	12.9
ADI :Communication	5.24
ADI : Intérêts	5.62

Tableau 5 : Résultats évaluation autisme du Groupe Atypique

La passation du questionnaire de l'ADI R montre des scores significativement supérieurs au cut off (seuil pathologique pré déterminé par l'outil) dans deux des trois domaines considérés comme déviant dans l'autisme. En effet, les interactions sociales (moyenne= 13 pour un seuil de 10), et les intérêts restreints et stéréotypés (Moyenne=6 pour un seuil de 3) ont des scores supérieurs au cut Off. En revanche, le score de la communication et verbale (pour un seuil de 8) est inférieur au seuil attendu. Néanmoins, le score final de la CARS (32) est au dessus du seuil pathologique pour l'autisme (seuil de 30) .

III. Comparaison entre nos deux groupes

	Typical	Atypical
Total Population	26	21
Age		
Mean Age \pm Std. Dev (years)	5.23 \pm 0.69	6.00 \pm 0.67
Median Age (years)	5.15	5.9
Mode Age (years)	5.1	5.1
Min Age (years)	4.1	5.1
Max Age (years)	7.1	7.3

Tableau 6: Description de la population des groupes Typique et Atypique

On observe que la moyenne d'âge des enfants du Groupe Atypique est plus élevée que celle du Groupe Typique. Cela peut s'expliquer par les différences significatives dans le domaine de la communication, les familles de ces enfants sont souvent amenées à consulter plus tardivement.

Sex	Typique	Atypique
Males	19 (73.1%)	16 (76.2%)
Females	7 (26.9%)	5 (23.8%)

Tableau 7 : Répartition par genre dans nos deux groupes

La répartition de nos deux groupes par genre est assez homogène et correspond au sex ratio retrouvé généralement dans la littérature. On constate en effet que pour nous deux groupes, la différence garçon-fille est nettement significative.

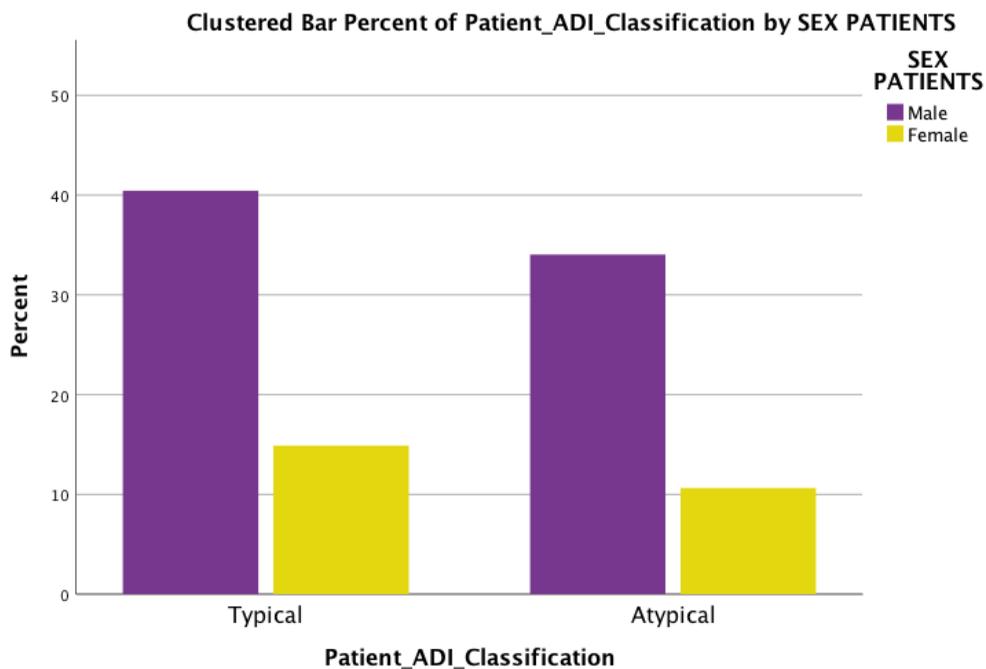


Figure 6 : Répartition par genre dans nos groupes Typique et Atypique

1. Comparaison des scores ADI R et CARS

Variable	Difference significative	Effect Size	Observed Power
ADI Interaction	Yes	0.644 (Medium)	0.575 (Low)
ADI Communication	Yes	2.3 (Large)	1 (High)
ADI Intérêts restreints et stéréotypés	No	0.358 (Small)	0.223 (Low)
CARS	Yes	2.938 (Large)	1 (High)

Tableau 8: comparaison des scores de l'ADI et CARS entre nos deux groupes.

En ce qui concerne l'ADI-R

Un test de Student (T-test) a été réalisé sur un échantillon aléatoire de 47 personnes pour déterminer les différences significatives des scores obtenus dans les différents domaines de l'ADI dans nos groupes Typiques et Atypiques.

- Les résultats obtenus montrent un score significativement supérieur dans le domaine des **interactions sociales** pour le Groupe Typique (15.27 ± 4.359) en comparaison au Groupe Atypique (12.90 ± 2.844)., La différence moyenne est de 2.364 (95% CI, .141 to 4.588), $t(45) = 2.142$, $p = 0.038$. Effect size= 0.644, Power=0.575
- Les résultats obtenus montrent un score très significativement supérieur dans le domaine de la **communication** pour le Groupe Typique (11.73 ± 3.584) en comparaison au Groupe Atypique ($5.24 \pm$

1.758). La différence moyenne est de 6.493 (95% CI, 4.872 to 8.114), $t(45) = 8.108$, $p = 0.000$. Effect size=2.3, Power=1.00

- Pour le domaine des **intérêts restreints et comportements stéréotypés**, les résultats obtenus ne montrent pas de différence significative entre nos deux groupes. Le groupe typique (6.35 ± 1.938) en comparaison au groupe atypique (5.62 ± 2.133). La différence moyenne est de 727 (95% CI, -.471 to 1.925), $t(45) = 1.223$, $p = 0.228$. Effect size= 0.358, Power=0.223.

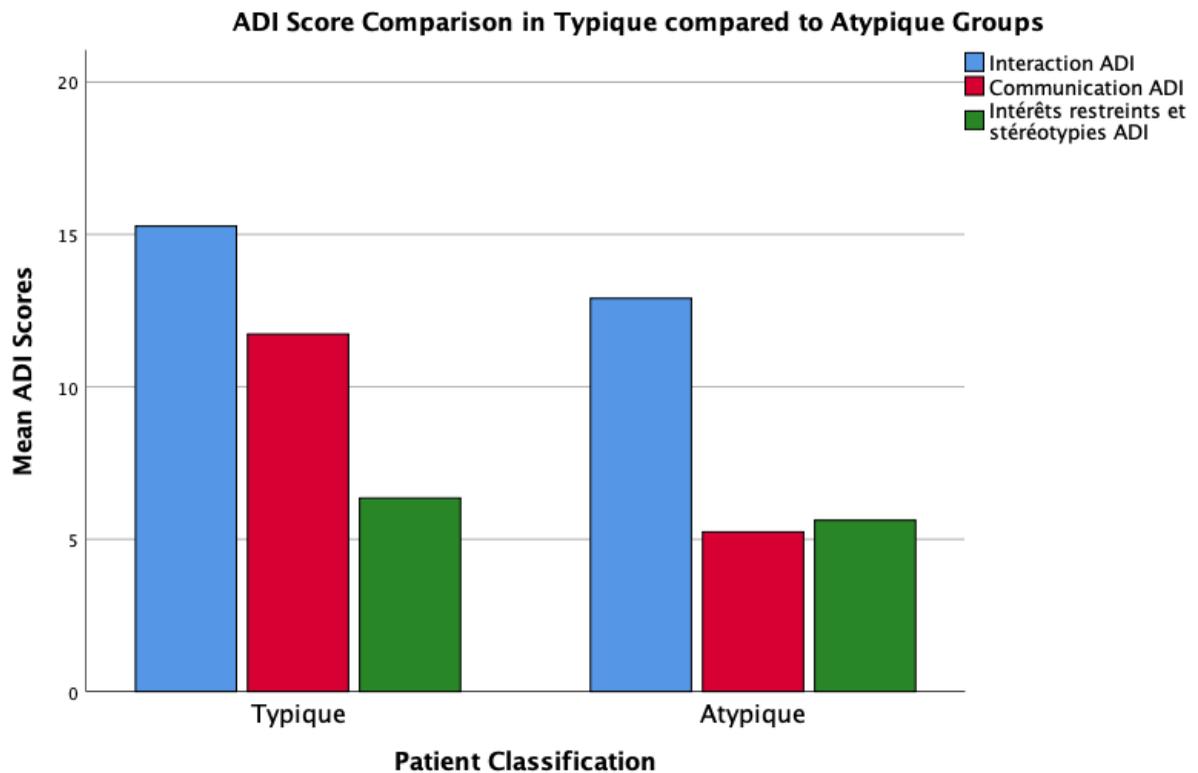


Figure 7: différences au score de l'ADI entre groupe typique et atypique :

Au total,

- Les enfants du groupe Typique obtiennent des scores au-dessus du seuil à valeur pathologique dans les trois domaines de l'ADI (interactions, communication, intérêts restreints).
- Les enfants du groupe Atypique obtiennent des scores dans les domaines des interactions sociales et des intérêts restreints stéréotypés supérieurs au seuil pathogène. On retrouve, en revanche, des scores inférieurs au seuil dans le domaine de la communication.
- L'étude comparative entre nos deux groupes montre une différence significative entre dans le domaine des interactions bien que les deux groupes Typique et Atypique cotent au-dessus du seuil. Cliniquement, cela renvoie à l'idée que la totalité de notre population présente des difficultés dans le domaine des interactions sociales réciproques, cependant, celles-ci sont majorées chez les enfants du Groupe Typique.
- Dans le domaine de la communication, la différence est très significative et différencie nos deux groupes d'un point de vue nosographique. En effet, les enfants du Groupe Atypique ne cotent pas dans ce domaine.
- Enfin, en ce qui concerne les intérêts restreints et stéréotypés, l'ensemble de la population présente un score supérieur au seuil pathologique et la comparaison entre les deux groupes ne montre pas de différence significative.

En ce qui concerne la CARS

Pour évaluer la différence entre nos deux groupes, nous avons effectué un test de Student sur un échantillon aléatoire de nos 47 patients. Le test a montré une différence significative des moyennes au score global de la CARS entre nos groupes Typique et Atypique. Les résultats montrent que les enfants du Groupe Typique ont un score plus important (39.962 ± 2.379) que les enfants du Groupe Atypique (32.076 ± 2.958). Cette différence est de 7.885 (95% CI, 6.318 to 9.453), $t(45) = 10.134$, $p = 0.000$. Effect size=2.938, Power=1.00

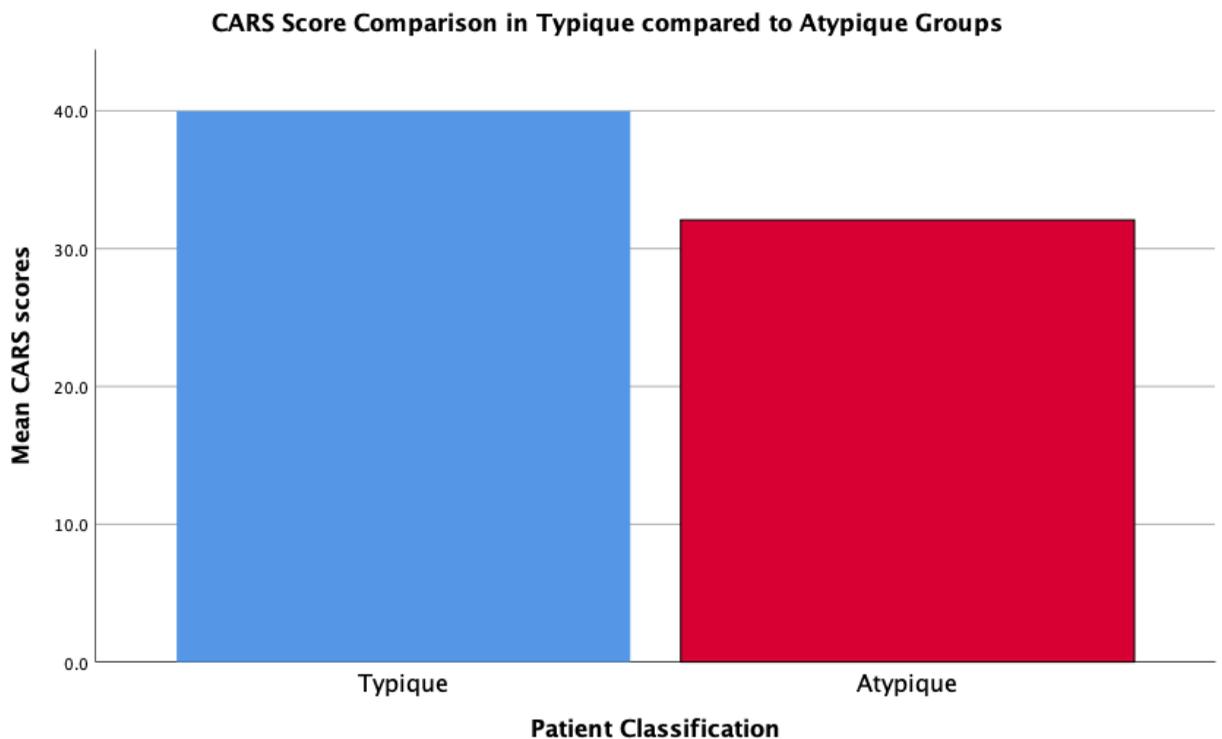


Figure 8: Différence significative entre groupe Typique et groupe Atypique au score de la CARS

Au total,

bien que les scores dans nos groupes soient supérieurs au seuil pathologique, on observe que le score moyen à la CARS du Groupe “ Typique ” est supérieur au score retrouvé dans le groupe “ Atypique ”. Cette différence est significative. Nous expliquons cette différence par le fait que les enfants du Groupe “ Typique ” présentent des symptômes autistiques dans tous les domaines dits déviants dans l’autisme et qu’en moyenne ils sont plus sévèrement présents.

2. Deux profils sensoriels différents

Des différences significatives dans les facteurs entre le Groupe Typique et le Groupe Atypique

Un test de Student a été réalisé sur un échantillon aléatoire de nos 47 patients pour déterminer s'il existe une différence aux scores obtenus dans les facteurs du Profil Sensoriel de Dunn. On observe des différences significatives entre les profils sensoriels de Dunn de nos deux groupes.

Variable	Significant Difference	Effect Size	Observed Power
Recherche Sensorielle	Yes	2.80 (Large)	1.0 (High)
Réactivité Emotionnelle	Yes	1.89 (Large)	1.0 (High)
Endurance/Tonus Faibles	Yes	2.45 (Large)	1.0 (High)
Sensibilité Sensorielle Orale	Yes	0.945 (Large)	0.88 (High)
Inattention Désabilité	No	0.348 (Small)	0.21 (Low)
Sensibilité Sensorielle	Yes	2.98 (Large)	1.0 (High)
Hyperréactivité Sensorielle	Yes	1.62 (Large)	1.0 (High)
Sédentarité	Yes	0.587 (Medium)	0.50 (Low)
Motricité fine/perception	Yes	1.47 (Large)	0.99 (High)

Tableau 9 : Différences significatives entre le Groupe Typique et le Groupe Atypique dans les facteurs du Profil Sensoriel de Dunn

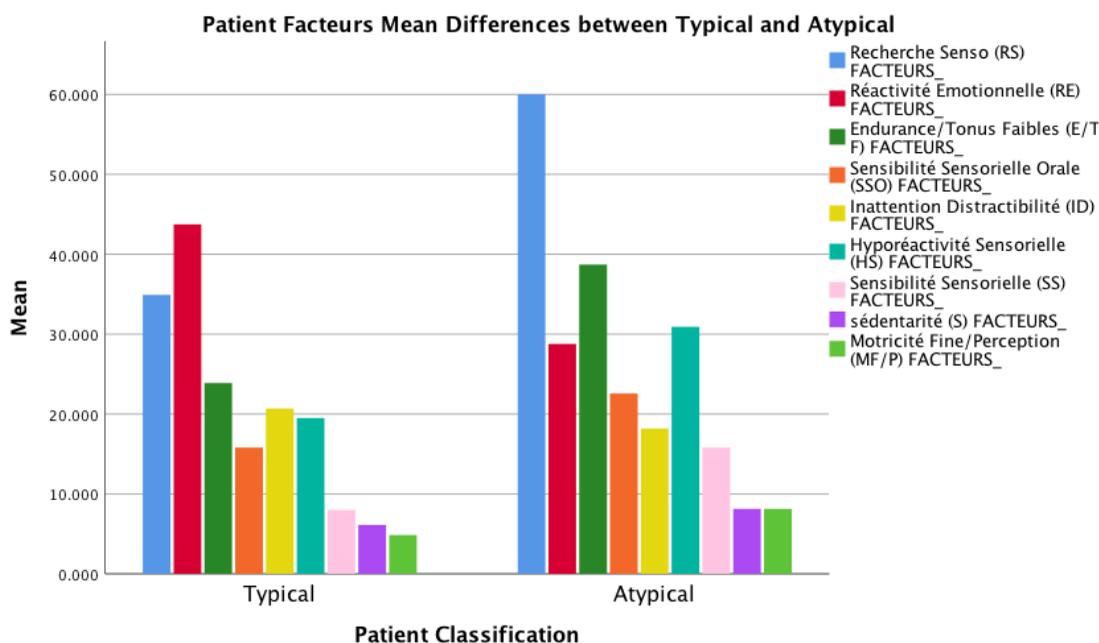


Figure 9: Différences entre les groupes Typique et Atypique dans les facteurs du Profil Sensoriel de Dunn

Comme nous l'avons expliqué au préalable dans la description de notre outil : le profil sensoriel de Dunn n'est pas d'un test spécifiquement conçu pour les enfants autistes. Nous avons donc pris le parti, par souci de présentation pédagogique et sans que cela ne change le calcul des résultats, de classer les facteurs en deux groupes que nous avons nommé : sensorialité d'enfermement et sensorialité d'ouverture.

En ce qui concerne la sensorialité d'enfermement,

	Groupe Typique		Groupe Atypique	
	Moyenne	Tendance	Moyenne	Tendance
Recherche sensorielle	34.92** (±8.52)	Avéré	60 (± 9.36)	Typique
Endurance tonus	23.88** (±7.61)	Avérée	39.71 (±3.95)	Typique
Sensorialité sensorielle orale	15.81* (±5.89)	Avérée	22.57 (±8.36)	Probable
Hyporéactivité sensorielle	19.50* (±6.01)	Avérée	30.90 (±7.93)	Probable
Sensibilité sensorielle	8.00 ** (±2.38)	Avérée	16.81 (±2.84)	Typique

Tableau 10 : différences des moyennes obtenues entre nos deux groupes aux facteurs " sensorialité d'enfermement "

NB : Pour rappel, il est important d'avoir en tête que les scores du Profil Sensoriel de Dunn s'échelonnent du plus grand au plus petit, l. Les scores plus faibles étant les scores les plus pathologiques. Ainsi, un passage d'un score faible à un score élevé montre une amélioration dans le facteur. Les scores élevés sont représentatifs du développement attendu chez un enfant tout venant sans difficultés.

NB 2 : Chaque facteur a une cotation propre avec des seuils différents divisés en trois catégories : typique (normal), probable, avérée.

Le test- T de student nous a permis de voir des différences très significatives entre nos deux groupes aux facteurs :

- Recherche sensorielle : Les résultats montrent des scores inférieurs pour le groupe Typique (34.92 (\pm 8.52) en comparaison au groupe Atypique (60 \pm 9.36). La différence moyenne est de 25.07 (95% CI, 19.82 to 30.34), $t(45) = 9.6$, $p = .000$. Effect size=2.80, Power=1.0

Théo se colle au radiateur et passe les mains sur le revêtement chaud, il cherche à s'en imbiber.

De même, il s'absorbe dans l'écoute des bruits effectués par les objets qui chutent, ainsi il jettera à plusieurs reprises pendant les repas, une cuillère métallique.

- Endurance/Tonus : Les résultats montrent des scores inférieurs pour le groupe Typique (23.88 \pm 7.61) en comparaison au groupe Atypique (39.71 \pm 3.95). La différence moyenne est de 14.83 (95% CI, 11.13 to 18.52), $t(45) = 8.09$, $p = .000$. Effect size=2.45, Power=1.0

Une des images que je garde de Théo est celle d'un enfant à la fois hyper et hypotonique. Parfois un enfant qui “ coule”, d'un enfant liquide, qui glisse entre nos doigts sans que l'on puisse le retenir. Un enfant impossible à tenir, à contenir, à porter. Un enfant qui s'agrippe, comme une tentative désespérée pour retenir ce corps qui ne tient pas, qui ne le tient pas. A d'autres moments un “petit bâton” perché sur la pointe de ses pointes, qui ne tient pas assis, et sursaute au moindre toucher.

- **Sensibilité sensorielle :** Les résultats montrent des scores inférieurs pour le groupe Typique (8.00 ±2.38) en comparaison au groupe Atypique (16.81± 2.84). La différence moyenne est de 7.81 (95% CI, 6.27 to 9.34), $t(45) = 10.254$, $p = .000$. Effect size=2.98, Power=1.0

Le test T de student nous a permis de voir des différences significatives entre nos deux groupes aux facteurs :

- **Sensibilité sensorielle orale :** Les résultats montrent des scores inférieurs pour le groupe Typique (15.81 ±5.89) en comparaison au groupe Atypique (22.57± 8.36). La différence moyenne est de 6.76 (95% CI, 2.57 to 10.95), $t(45) = 3.251$, $p = .002$. Effect size=0.945, Power=0.88

Théo ne peut manger les repas solides, sa mère nous décrit des scènes où sa bouche était “fermée à clef” face à la cuillère tendue. Il a mis du temps à accepter les aliments moulinés qui ne changent que très peu de la texture liquide du lait. Aujourd'hui encore, lorsque un morceau un peu trop épais se glisse dans sa pu-

rée, Théo a des hauts le cœur pouvant aller jusqu'au vomissement. Il peut depuis peu suçoter des bouts de pain.

Alexis a été allaité jusqu'à 4 ans, aujourd'hui ses repas sont variés tout en tenant compte de nombreuses allergies alimentaires et un rejet de sa part de tous les aliments rouges. En revanche, l'appétence d'Alexis est dysrégulée. Manger n'est pas associé au plaisir de la stimulation gustative mais plus à un besoin de remplissage compulsif sans sens et sans sentiment de satiété. Ainsi Alexis est souvent sujet aux crampes d'estomac, de "trop plein".

- Hyperréactivité sensorielle : Les résultats montrent des scores inférieurs pour le groupe Typique (19.50 ±6.01) en comparaison au groupe Atypique (30.90± 7.93). La différence moyenne est de 11.40 (95% CI, 7.31 to 15.50), $t(45) = 5.610, p = .000$. Effect size=1.62, Power=1.00

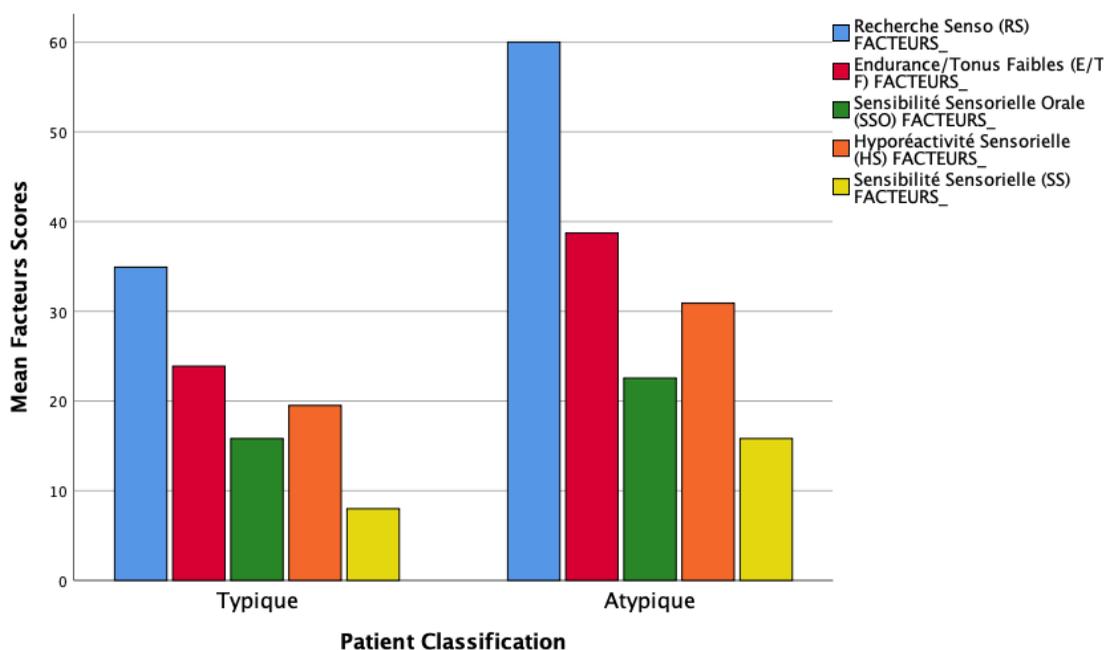


Figure 10 : Une sensorialité d'enfermement différente

Au total,

Les scores obtenus aux facteurs du Profil Sensoriel sont significativement différents entre les deux groupes. En effet, les enfants du groupe Typique présentent une recherche sensorielle plus avérée, dans le sens d'un comportement plus pathologique, que les enfants du groupe Atypique. On observe que prime une " sensorialité d'enfermement " telle que nous l'avons décrite dans notre littérature, c'est-à-dire des mécanismes sensoriels autocentrés, entravant l'enfant dans l'utilisation de sa sensorialité pour communiquer avec autrui. L'enfant est pris dans une recherche sensorielle incessante centrée sur son corps. Les difficultés corporelles dont il témoigne sont en quelques sortes l'expression des difficultés d'intégration sensorielle et de représentation, permettant d'accéder à une image unifiée du corps.

En ce qui concerne la sensorialité d'ouverture,

	Groupe " Typique "		Groupe " Atypique "	
	Moyenne	Tendance	Moyenne	Tendance
Réactivité émotionnelle	43.73 (±8.85)	Probable	28.76* (± 6.85)	Avérée
Inattention/ distractibilité	20.69 (±7.76)	Probable	18.19 (±6.58)	Probable
Sédentarité	6.12 (±2.89)	Probable	8.14 (±3.92)	Probable
Motricité fine/perception	4.84* (±1.67)	Avérée	8.14 (±2.69)	Probable

NB : Pour rappel, il est important d'avoir en tête que les scores du Profil Sensoriel de Dunn s'échelonnent du plus grand au plus petit. Les scores plus faibles étant les scores les plus pathologiques. Ainsi, un passage d'un score faible à un score élevé montre une amélioration dans le facteur. Les scores élevés sont représentatifs du développement attendu chez un enfant tout venant sans difficultés.

NB 2 : Chaque facteur a une cotation propre avec des seuils différents divisés en trois catégories : typique (normal), probable, avérée.

Le test T de Student nous a permis de voir des différences significatives entre nos deux groupes aux facteurs :

- Réactivité émotionnelle : Les résultats montrent des scores supérieurs pour le groupe Typique (43.73 ±8.85) en comparaison au groupe Atypique (28.76± 6.85). La différence moyenne est de 14.97 (95% CI, 10.23 to 19.71), $t(45) = 6.359$, $p = .000$. Effect size=1.89, Power=1.00

Premiers instants avec Alexis, cette colère, si abrupte, sans filtre, Alexis hurle, insulte et tape sa mère. Ces colères dont on sera les témoins au sein de l'Unité De Jour, colère de frustration, d'impatience, d'opposition ou encore à la séparation. Mais également, ces moments de grande agitation, où un vécu l'excite et le déborde, il se roule par terre, il se fait même à deux reprises pipi sur lui.

Cela pourrait se résumer comme des explosions corporelles et psychiques à chaque fois qu'une émotion le traverse et qu'il ne peut l'élaborer.

- **Inattention/Distractibilité:** Les résultats ne montrent pas de différences significatives entre le groupe Typique (20.69 ± 7.76) en comparaison au groupe Atypique (18.19 ± 6.58). La différence moyenne est de 2.50 (95% CI, 1.79 to 6.79), $t(45) = 1.175$, $p = .246$. Effect size=0.348, Power=0.21
- **Sédentarité :** Les résultats ne montrent pas de différences significatives entre le groupe Typique (6.12 ± 2.89) en comparaison au groupe Atypique (8.14 ± 3.92). La différence moyenne est de 2.03 (95% CI, 0.03 to 4.03), $t(45) = 2.042$, $p = .047$. Effect size=0.587, Power=0.50
- **Motricité fine / Perception :** Les résultats montrent des scores supérieurs pour le groupe Typique (4.84 ± 1.67) en comparaison au groupe Atypique (8.14 ± 2.69). La différence moyenne est de 3.30 (95% CI, 2.01 to 4.59), $t(45) = 5.153$, $p = .000$. Effect size=1.47, Power=0.99

Théo peut passer des heures à faire couler l'eau sur ses mains ou encore à transvaser de l'eau d'un seau à l'autre. Comme si la sensation du liquide lui permettait alors d'être en accord avec son fonctionnement psychique de par l'accordage sensoriel d'avec l'eau qui coule. On le revoit également se désorganiser après que l'adulte mette fin à son jeu. Il devient tout mou, on ne sait comment le contenir, telle une eau qui coule et nous file des doigts.

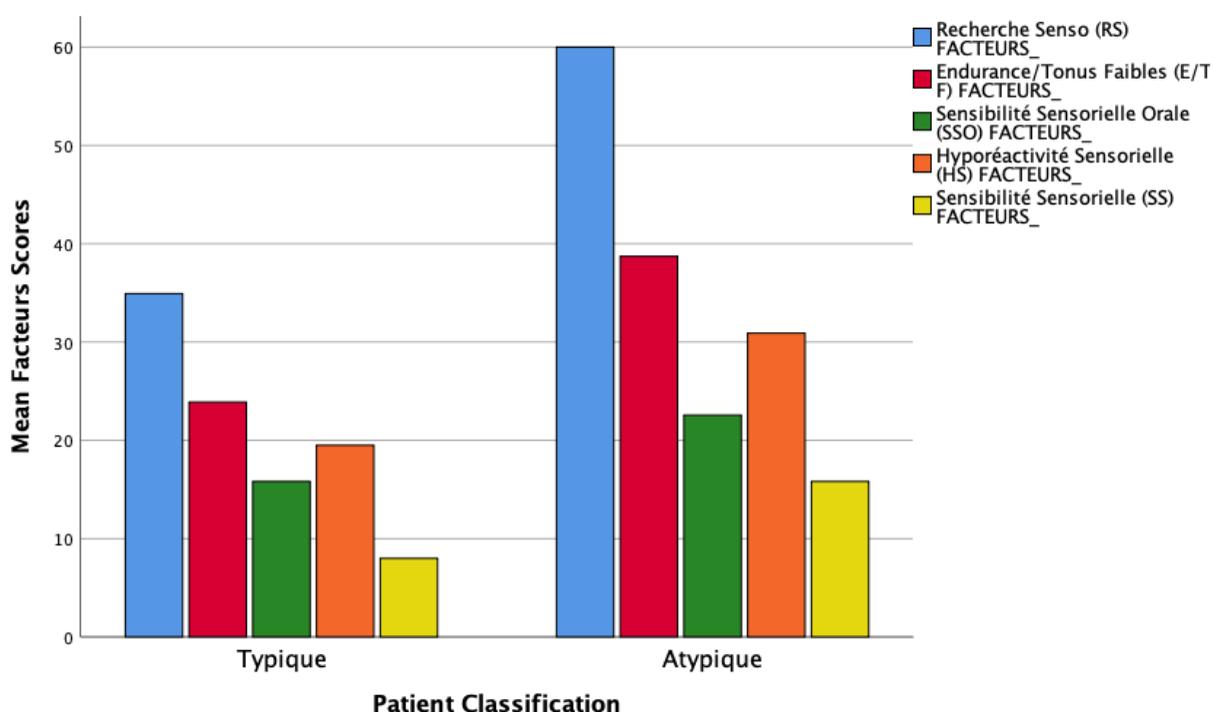


Figure 11 : Une sensorialité d'ouverture différente

Au total,

pour la sensorialité d'ouverture, on observe des différences significatives entre les deux groupes :

- Concernant le facteur de la réactivité émotionnelle, nous observons des résultats contraires à nos attentes. Les enfants du groupe Atypique sembleraient présentés plus de difficultés dans la réactivité émotionnelle ce qu'on peut comprendre comme étant une marque de leur accès à la communication couplés de leurs difficultés d'interaction. Elles sont le témoin de leurs difficultés de régulation émotionnelle et relationnelle. Nous pouvons stipuler que les enfants du groupe Atypique présentent une intensité majeure dans leurs réponses émotionnelles car ils sont davantage communicants.
- Concernant le facteur Motricité fine/Perception, il est avéré dans le groupe Typique et probable dans le groupe Atypique. Là encore les résultats ne sont pas contraire aux attentes. La différence est moyennement significative car la motricité fine et la perception sont entravées dans les deux groupes mais pas pour les mêmes raisons. En effet, ce qui est notable dans les différences observées c'est que les enfants du groupe Typique ne content pas sur les mêmes items que les enfants du groupe Atypique. Le facteur Motricité fine / Perception englobe à la fois la dimension cognitive et la performance graphique qui peut faire défaut chez les enfants des deux groupes (ces enfants ont du mal à investir des activités graphiques, ils ont ainsi souvent une écriture illisible et ne savent pas encore colorier sans dépasser).

- Par ailleurs, ce facteur évalue également des difficultés de perception en lien avec la relation. C'est-à-dire que les enfants du groupe Atypique sont davantage sensibles aux personnes pouvant rentrer et sortir d'une pièce par exemple et avec qui le contact visuel est possible (même si pour certains fluctuant). A l'inverse, on remarque que pour les enfants du groupe Typique, la perception est entravée à tous les niveaux et ne peut être investie " autre que sur soi ".
- Il n'y a pas de différences dans les domaines de l'inattention / distractibilité et la sédentarité

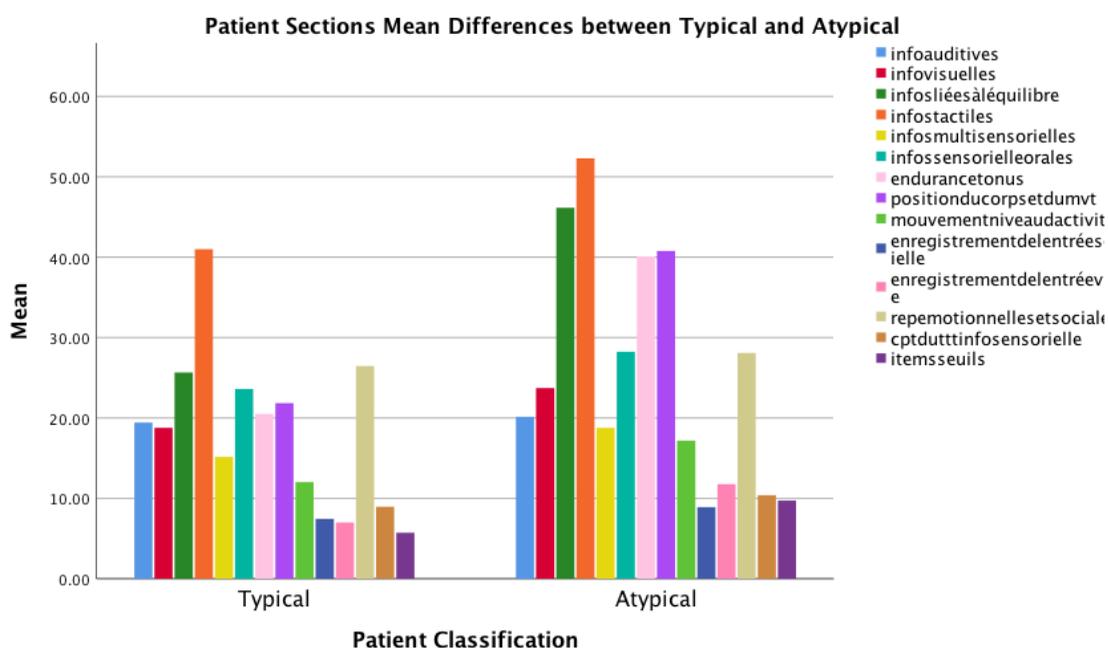
*Des différences significatives dans les sections
entre les groupes Typique et Atypique*

Un test de Student a été réalisé sur un échantillon aléatoire de nos 47 patients pour déterminer s'il existe une différence aux scores obtenus dans les sections du Profil Sensoriel de Dunn. On observe des différences significatives entre les profils sensoriels de Dunn de nos deux groupes.

Variable	Diffé- rence significa- tive	Effect Size	Observed Power
Infos auditives	No	0.117 (Small)	0.067 (Low)
Infos visuelles	Yes	0.616 (Me- dium)	0.538(Low)
Infos liées à l'équilibre	Yes	2.20 (Large)	1.00 (High)
Infos tactiles	Yes	0.648 (Me- dium)	0.580 (Low)
Infos multisensorielles	No	0.584 (Me- dium)	0.495 (Low)
Infos sensorielles orales	No	0.451 (Small)	0.325 (Low)
Endurance - tonus	Yes	5.17 (Large)	1.00 (High)
Position du corps et du mouve- ment	Yes	2.70 (Large)	1.00 (High)
Mouvement niveau d'activité	Yes	1.58 (Large)	1.00 (High)
Enregistrement de l'entrée sen- sorielle	No	0.456 (Small)	0.331 (Low)
Enregistrement de l'entrée vi-	Yes	2.00 (Large)	1.00 (High)

suelle			
Représentations émotionnelles et sociales	No	0.116 (Small)	0.067 (Low)
Comportement du traitement de l'info sensorielle	No	0.447 (Small)	0.32 (Low)
Items seuils	Yes	2.15 (Large)	1.00 (High)

Tableau 11: Différences entre nos deux groupes dans les sections



Pour rappel, dans le Profil Sensoriel, tel que Dunn l'a pensé, l'ensemble des items sont rassemblés en trois sous-groupes : Traitement de l'information sensorielle, Modulation, Réponses comportementales et émotionnelles. Nous les utiliserons pour organiser nos résultats statistiques.

En ce qui concerne le **traitement de l'information sensorielle**,

Traitement de l'information...	Groupe " typique "		Groupe " atypique "	
	Moyenne	Tendance	Moyenne	Tendance
...auditive	19.42 (± 6.07)	Avérée	20.14 (± 6.24)	Avérée
...visuelle	18.77* (± 7.43)	Avérée	25.71 (± 8.58)	Probable
... liée à l'équilibre	25.65** (± 10.51)	Avérée	46.14 (± 6.81)	Typique
...tactile	41.00 (± 17.23)	Avérée	52.29 (± 17.60)	Avérée
...multisensorielle	15.15 (± 6.43)	Avérée	18.76 (± 5.91)	Probable
...orale	23.62 (± 10.15)	Avérée	28.24 (± 10.35)	Avérée

NB : Pour rappel, il est important d'avoir en tête que les scores du Profil Sensoriel de Dunn s'échelonnent du plus grand au plus petit. Les scores plus faibles étant les scores les plus pathologiques (tendance probable et avérée). Ainsi, un passage d'un score faible à un score élevé montre une amélioration dans le domaine évalué. Les scores élevés dont la tendance est typique sont représentatifs du développement attendu chez un enfant tout venant sans difficultés.

NB 2 : Chaque item a une cotation propre avec des seuils différents divisés en trois catégories : typique (normal), probable, avérée.

Le test T de student nous a permis de voir des différences très significatives entre nos deux groupes aux items:

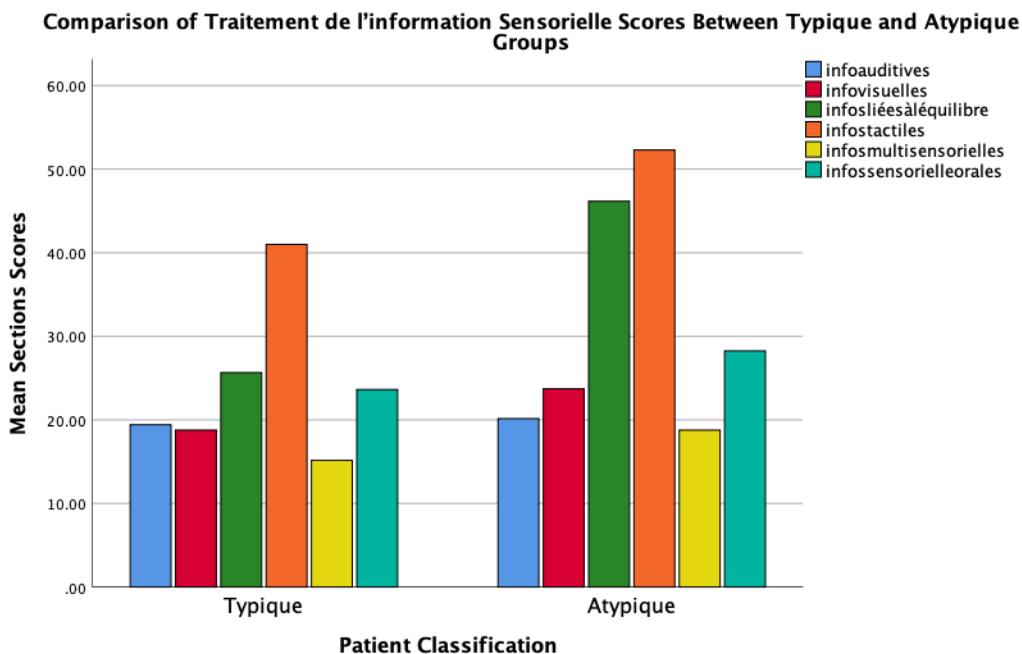
- Traitement de l'information sensorielle liée à l'équilibre : Les résultats montrent des scores inférieurs pour le groupe Typique (25.65 (± 7.43)) en comparaison au groupe Atypique (46.14 \pm 6.81). La différence de moyenne est de 20.49 (95% CI, 15.14 to 25.84), $t(45) = 7.709$, $p = .000$. Effect size=2.20, Power=1.00
- Le test T de Student nous a permis de voir des différences significatives entre nos deux groupes aux items:
- Traitement de l'information visuelle: Les résultats montrent des scores inférieurs pour le groupe Typique (18.77 \pm 7.43) en comparaison au groupe Atypique (25.71 \pm 8.58). La différence de moyenne est de 4.95 (95% CI, 0.24 to 9.65), $t(45) = 2.117$, $p = .040$. Effect size=0.616, Power=0.538

Des heures durant et sans se fatiguer, Théo peut faire rouler une voiture miniature sous ses yeux. Ou de même, il ouvre et ferme de manière incessante les portes de cette petite voiture. La preuve d'une intensité éprouvée de par ses stimulations visuelles. En effet, on aurait pu dire que "ses yeux roulaient vite."

- Traitement de l'information tactile: Les résultats montrent des scores inférieurs pour le groupe Typique (41.00 \pm 17.23) en comparaison au groupe Atypique (52.29 \pm 17.60). La différence de moyenne est de 11.29 (95% CI, 1.01 to -21.56), $t(45) = 2.211$, $p = .032$. Effect size=0.648, Power=0.580

Le test T de student ne montre pas de différences significatives entre nos deux groupes aux items :

- Traitement de l'information auditive : les résultats ne montrent pas de différences significatives entre le groupe Typique (19.42 ± 6.07) en comparaison au groupe Atypique (20.14 ± 6.24). La différence moyenne est de 0.72 (95% CI, 2.91 to 4.35), $t(45) = 0.399$, $p = .692$. Effect size=0.117, Power=0.068
- Traitement de l'information multisensorielle: les résultats ne montrent pas de différence significative entre le groupe typique (15.15 ± 6.43) et le groupe Atypique (18.76 ± 5.91). La différence moyenne est de 3.61 (95% CI, 0.06 to 7.27), $t(45) = 1.983$, $p = .054$. Effect size=0.584, Power=0.495
- Traitement de l'information sensorielle orale : les résultats ne montrent pas de différence significative entre le groupe Typique (23.62 ± 10.15) et le groupe Atypique (28.24 ± 10.35). La différence moyenne est de 4.62 (95% CI, 1.43 to 10.67), $t(45) = 1.539$, $p = .131$. Effect size=0.451, Power=0.325



Au total,

en ce qui concerne le traitement de l'information sensorielle, nous obtenons des différences significatives allant dans le sens de notre hypothèse. En effet, la plus significative se retrouve au niveau du traitement de l'information liée à l'équilibre. Les enfants du groupe Typique sont davantage en difficultés, pris dans une recherche sensorielle vestibulaire. Les enfants du groupe Typique montrent un vécu corporel replié sur eux-mêmes dans lequel s'inscrit les recherches de sensations entraînant des difficultés psychomotrices. Dans le domaine du traitement de l'information sensorielle visuelle et tactile on observe des différences significatives. Là encore, les enfants du groupe Typique présentent davantage de difficultés que ceux du groupe Atypique. Cela reflète en partie leurs difficultés de représentations de l'objet car cela concerne à la fois la sensorialité distale (tact) et proximale (vue).

On ne retrouve pas de différences significatives dans le traitement de l'information auditive, multisensorielle et sensorielle orale entre nos deux groupes. Les enfants des groupes Typique et Atypique présentent tous deux des difficultés dans ces trois domaines. Cela confirme leur appartenance " au spectre autistique ". Les difficultés au sein d'un même domaine s'expriment de manière différente en fonction de nos deux groupes.

En ce qui concerne la **modulation**,

Modulation...	Groupe “ typique ”		Groupe “ atypique ”	
	Moyenn e	Ten- dance	Moyenn e	Ten- dance
... de l'information sensorielle liée à l'endurance/tonus	20.30 ** (±3.83)	Avérée	40.09(± 3.83)	Typique
... liée à la position du corps et au mouvement	21.85** (±7.98)	Avérée	40.76 (±5.87)	Typique
... du mouvement affectant le niveau d'activités	12.04 ** (±3.19)	Avérée	17.19 (±3.31)	Probable
... de l'enregistrement de l'entrée sensorielle affectant les réponses émotionnelles	7.46 (±3.24)	Avérée	8.90 (±3.08)	Avérée
...de l'enregistrement de l'entrée visuelle affectant les réponses émotionnelles et le niveau d'activité	7.00** (±2.63)	Avérée	11.76 (±2.09)	Probable

NB : Pour rappel, il est important d'avoir en tête que les scores du Profil Sensoriel de Dunn s'échelonnent du plus grand au plus petit. Les scores plus faibles étant les scores les plus pathologiques (tendance probable et avérée). Ainsi, un passage d'un score faible à un score élevé montre une amélioration dans le domaine évalué. Les score élevés dont la tendance est typique sont représentatifs du développement attendu chez un enfant tout venant sans difficultés.

NB 2 : Chaque item a une cotation propre avec des seuils différents divisés en trois catégories : typique (normal), probable, avérée.

Le test T de student nous a permis de voir des différences très significatives entre nos deux groupes aux items:

- Modulation de l'information sensorielle liée à l'endurance/tonus : Les résultats montrent des scores inférieurs pour le groupe Typique (20.30 ± 3.83) en comparaison au groupe Atypique (40.09 ± 3.83). La différence moyenne est de 19.59 (95% CI, 16.09 to 23.10), $t(45) = 11.256$, $p = .000$. Effect size=5.17, Power=1.00
- Modulation liée à la position du corps et au mouvement : Les résultats montrent des scores inférieurs pour le groupe Typique (21.85 ± 7.98) en comparaison au groupe Atypique (40.76 ± 5.87). La différence moyenne est de 18.92 (95% CI, 14.71 to 23.12), $t(45) = 11.256$, $p = .000$. Effect size=2.70, Power=1.00

On sait que Théo a mis beaucoup de temps à marcher ne pouvant expérimenter sa verticalité. Sa mère nous dira à quel point il lui était nécessaire d'avoir un support dorsal pour se tenir droit et que même après que sa motricité globale soit enclenchée il était par exemple difficile pour lui de se tenir sur un tabouret ; très vite il se tortille ou se glisse au sol.

- Modulation du mouvement affectant le niveau d'activité : Les résultats montrent des scores inférieurs pour le groupe typique (12.04 ± 3.19) en comparaison au groupe Atypique (17.19 ± 3.31). La différence moyenne est de 5.15 (95% CI, 3.23 to 7.07), $t(45) = 9.051$, $p = .000$. Effect size=1.58, Power=1.0

Théo, dos au sol, regard dans le vague ne bougeant presque pas : voici une photo que chacun des membres de l'équipe aurait pu prendre à différents moments de l'évaluation, cette passivité

mortice était d'autant plus prégnante dans les univers faisant classiquement appel au mouvement comme notamment la piscine à balles.

- Modulation de l'enregistrement de l'entrée visuelle affectant les réponses émotionnelles et le niveau d'activité : les résultats montrent des scores inférieurs pour le groupe Typique (7.00 ± 2.63) en comparaison au groupe Atypique (11.76 ± 2.09). La différence moyenne est de 4.76 (95% CI, 3.34 to 6.19), $t(45) = 1.552$, $p = .000$. Effect size=2.00, Power=1.00

Théo ne peut pas nous regarder, le contact visuel est effrayant pour lui. Les quelques regards captés sont toutefois habités et adressés.

Le test T de student ne montre pas de différences significatives entre nos deux groupes à l'item:

- Modulation de l'enregistrement de l'entrée sensorielle affectant les réponses émotionnelles : Les résultats ne montrent pas de différence significative entre le groupe Typique (7.46 ± 3.24) et le groupe Atypique (8.90 ± 3.08). La différence moyenne est de 1.44 (95% CI, 0.43 to 3.31), $t(45) = 5.409$, $p = .128$. Effect size=0.456, Power=0.331

Au total,

c'est dans la modulation que l'on retrouve le plus de différences significatives entre nos deux groupes.

- Au niveau de la modulation de l'information sensorielle liée à l'endurance/tonus et la modulation liée à la position du corps, les enfants du groupe Typique présentent des difficultés significativement plus importantes (Averée) que ceux du groupe Atypique (Probable). Les enfants du groupe Typique sont particulièrement en difficultés au niveau de la modulation de l'information sensorielle, ce qui s'explique en grande partie par leurs difficultés corporelles prises dans une recherche sensorielle très primaire. Ils vont davantage se balancer sur eux-mêmes, prendre des risques dans leur recherche de sensations.
- La modulation du mouvement affectant le niveau d'activité est entravée pour les deux groupes. Cependant, les différences sont significatives (tendance avérée pour le groupe Typique et tendance probable pour le groupe Atypique) car les enfants du groupe Typique montrent une intensité plus avérée. Ils ont du mal à trouver des temps de jeux calmes et structurés, ils passent souvent d'une activité à l'autre et deviennent très excitables dans les activités impliquant du mouvement. Ainsi, leurs particularités sensorielles font découler des mouvements qui interfèrent avec leur niveau d'activité.
- On retrouve également des différences significatives dans la modulation de l'enregistrement de l'entrée visuelle affectant les réponses émotionnelles et le niveau d'activité. Les difficultés sont plus avérées chez les enfants du groupe Typique qui montrent un

fort évitement du contact visuel et peuvent fixer des objets intensément ou ne pas remarquer des gens qui entrent dans une pièce. Les enfants du groupe Atypique montrent des différences probables mais d'une intensité moindre et de différente nature. Ils peuvent à l'inverse observer toute personne qui se déplace dans la pièce.

- Par ailleurs, on n'observe pas de différence significative entre nos deux groupes à la section modulation de l'enregistrement de l'entrée sensorielle affectant les réponses émotionnelles. Les deux groupes montrent des différences avérées par rapport à la normale. En revanche, on observe qu'ils ne présentent pas les mêmes difficultés inter-échelle. Les caractéristiques des enfants du groupe Typique sont liées à des difficultés d'accès à la communication avec autrui alors que celles des enfants du groupe Atypique correspondent à des difficultés d'ajustement relationnel.

En ce qui concerne **les réponses comportementales et émotionnelles** ;

	Groupe “ typique ”		Groupe “ atypique ”	
	Moyenne	Tendance	Moyenne	Tendance
Réponses comportementales et émotionnelles...				
Réponses émotionnelles/sociales	26.46 (±8.72)	Avérée	28.10 (± 10.92)	Avérée
Comportements résultats du traitement de l'information sensorielles	8.96 (±2.58)	Avérée	10.38 (±3.68)	Avérée
Items indiquant les seuils de réponses	5.73 (±2.24)	Avérée	9.71 (±1.35)	Probable

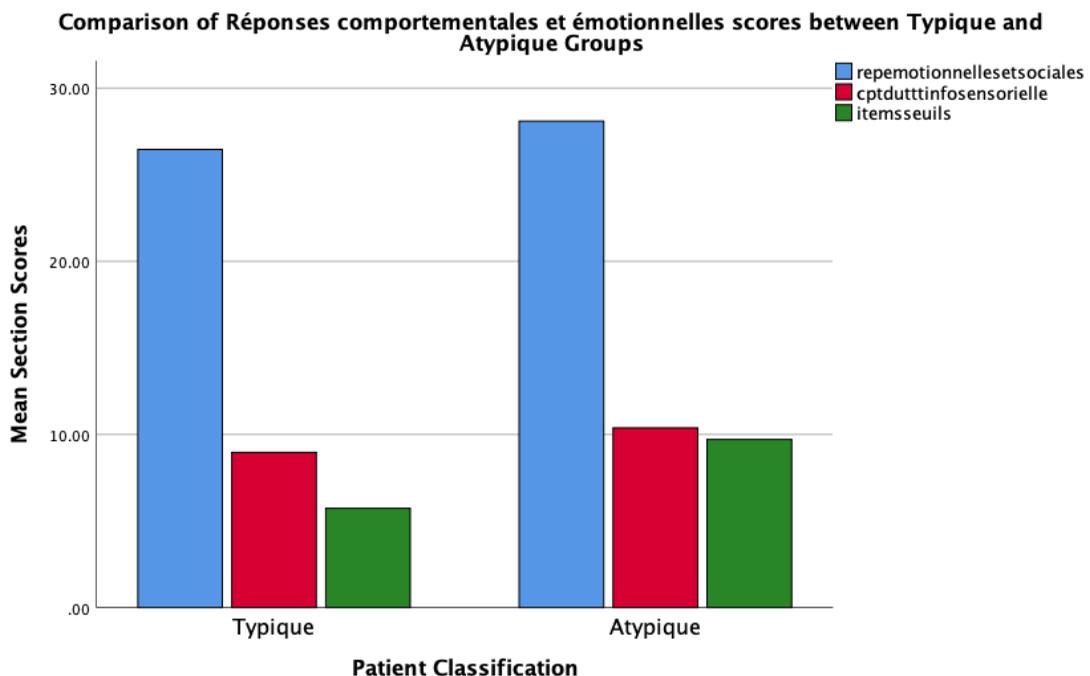
NB : Pour rappel, il est important d'avoir en tête que les scores du Profil Sensoriel de Dunn s'échelonnent du plus grand au plus petit. Les scores plus faibles étant les scores les plus pathologiques (tendance probable et avérée). Ainsi, un passage d'un score faible à un score élevé montre une amélioration dans le domaine évalué. Les score élevés dont la tendance est typique sont représentatifs du développement attendu chez un enfant tout venant sans difficultés.

NB 2 : Chaque item a une cotation propre avec des seuils différents divisés en trois catégories : typique (normal), probable, avérée.

Le test T de Student nous a permis de voir une différence très significative entre nos deux groupes aux items indiquant les seuils de réponse. Les résultats montrent des scores inférieurs pour les enfants du groupe Typique (5.73 ± 2.24) en comparaison avec les enfants du groupe Atypique (9.71± 1.35). La différence moyenne est de 3.98 (95% CI, 2.86 to 5.10), $t(45) = 7.169$, $p = .000$. Effect size=2.15, Power=1.00

Le test T de Student ne montre pas de différences significatives entre nos deux groupes aux items :

- Réponses émotionnelles/sociales : les résultats ne montrent pas de différences significatives entre le groupe Typique (26.46 ± 8.72) et le groupe Atypique (28.10 ± 10.92). La différence moyenne est de 1.63 (95% CI, 4.13 to 7.40), $t(45) = 6.729$, $p = .571$. Effect size=0.166, Power=0.0671
- Comportement résultant du traitement de l'information sensorielle : les résultats ne montrent pas de différence significative entre le groupe Typique (8.96 ± 2.58) et le groupe Atypique (10.38 ± 3.68). La différence moyenne est de 1.42 (95% CI, 0.42 to 3.26), $t(45) = 1.551$, $p = .128$. Effect size=0.447, Power=0.320



Au total,

- Les enfants du groupe Typique sont plus enclin à développer une hyper ou hypoactivité là où les enfants du groupe Atypique montrent des différences probables et non avérées. Cela montrerait signifierait que les enfants atypiques montrent encore une sensibilité sensorielle marquée alternant entre hyper et hypo mais l'intensité est moindre que celle des enfants du groupe Typique.
- On ne retrouve pas de différences significatives entre nos deux groupes dans les items : Réponses émotionnelles/sociales et Comportement résultant du traitement de l'information sensorielle. Cela confirme à quel point les difficultés d'intégration sensorielle ont un impact sur les modalités relationnelles et émotionnelles. Ainsi, les enfants des groupe Typique et Atypique montrent des différences avérées dans ces deux domaines qui sont liés/intriqués. L'ensemble de la population montre ainsi une difficulté à grandir (immaturité), une anxiété, une faible tolérance à la frustration, des difficultés relationnelles, un manque de coopération et des crises de larmes ou de colère.
- Cependant, il est intéressant de constater inter-échelle que les enfants du groupe Atypique sont davantage en difficulté dans la gestion émotionnelle (ils sont sensibles au regard qu'on leur porte, ce qui s'exprime par une très forte sensibilité à l'échec notamment).
- En revanche, les enfants du groupe Typique montrent davantage de difficultés pour accéder à l'interaction là où les enfants du groupe Atypique ont des difficultés d'ajustement relationnel. Leur difficulté pour accéder à une réciprocité est un facteur commun. Le domaine des réponses émotionnelles est extrêmement lié au domaine comportemental ce qui explique qu'il soit lui aussi avéré pour les deux groupes.

3. Étude des corrélations entre le domaine de la communication à l'ADI et le Profil Sensoriel de Dunn.

Corrélation entre la communication de l'ADI et les facteurs du Profil sensoriel de Dunn pour la totalité de notre population

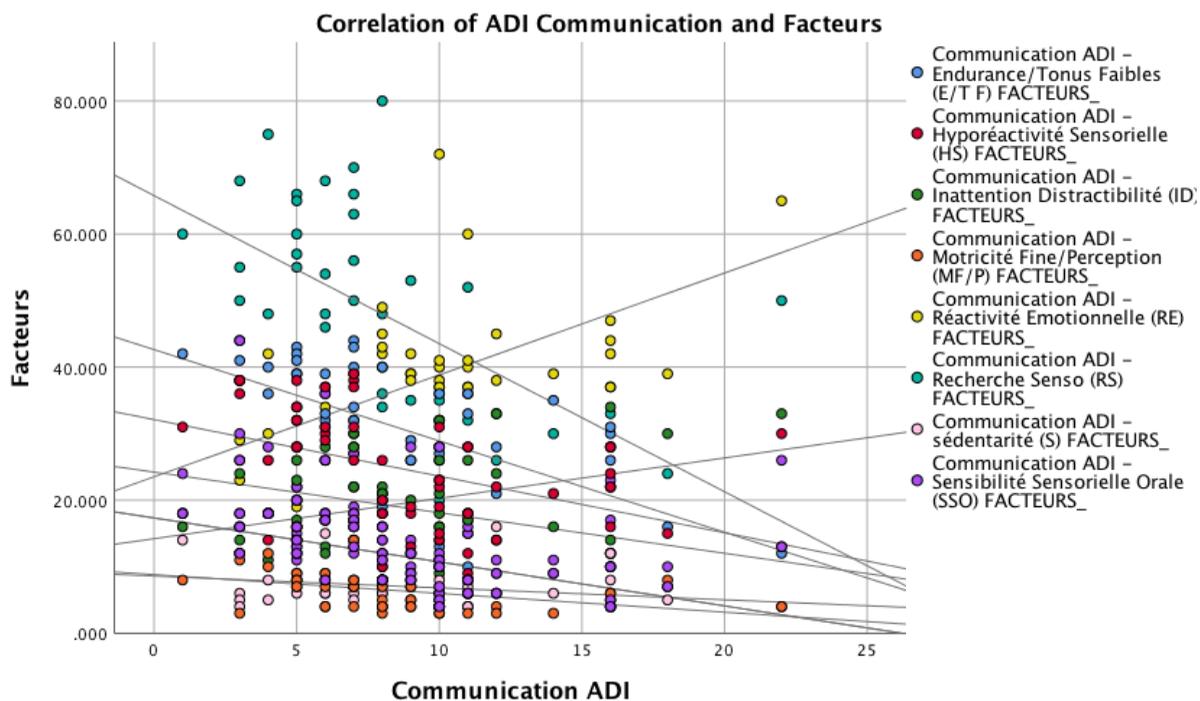
Par soucis de lisibilité et pour plus de clarté des résultats, nous avons fait le choix de ne présenter que les résultats statistiquement significatifs dans l'étude des corrélations entre les domaines de l'ADI et les facteurs et sections du Profil sensoriel de Dunn pour la totalité de notre population.

On ne se penche que sur le domaine de la communication car c'est notre fil rouge.

- Corrélation entre le score COMMUNICATION de l'ADI et les FACTEURS du Profil sensoriel de Dunn

“ Plus la sensorialité d'enfermement est avérée, plus la communication l'est aussi ”

R²	Adjusted R²	Power	Facteurs Included	Unstandardized B	Standardized B
0.578	0.548	1.00	Recherche Sensorielle	-0.113	-0.398



Pour déterminer une éventuelle corrélation entre les facteurs du Profil sensoriel et le score COMMUNICATION à l'ADI, nous avons effectué une régression linéaire multiple. Sur les 9 facteurs, seuls les facteurs suivants prédisent statistiquement et de manière significative ($F(3, 43) = 19,616, p = .000$) les scores de communication à l'ADI:

- Recherche Sensorielle=5.337- 0.113

Ainsi les résultats montrent que :

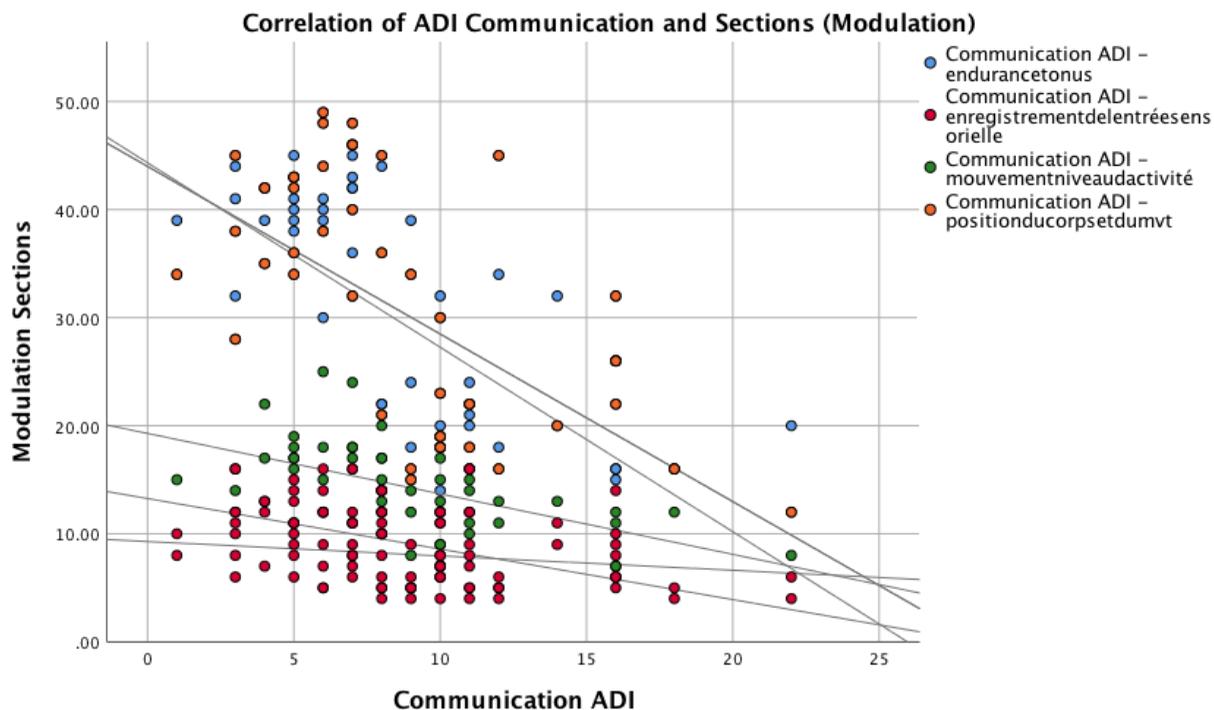
- Pour chaque augmentation d'un point dans Recherche Sensorielle (correspondant à une amélioration du comportement), le score de communication ADI devrait diminuer de 0,113 (correspondant à une diminution du symptôme).

Le coefficient standardisé pour le facteur Recherche Sensorielle est de -0,398 , il s'agit du facteur ayant l'impact le plus élevé sur les scores de communication ADI. On constate que ce facteur correspond à la catégorie que l'on nomme " Sensorialité d'enfermement ". On retrouve cela d'un point de vue clinique, en effet, plus l'enfant est pris dans une self-sensorialité laissant apparaître une recherche de sensations perpétuelles, plus les enfants présentent des difficultés au niveau de la communication. D'où la différence très significative retrouvée pour ce domaine dans la comparaison entre le groupe Typique et Atypique. Les enfants du groupe Typique montrent une tendance avérée alors que les enfants du groupe Atypique montrent une tendance dans la norme. Ainsi, plus l'enfant aura la possibilité de prendre du recul par rapport à son vécu sensoriel, plus l'accès à la communication pourra se développer.

- Corrélation entre le score Communication de l'ADI et les SECTIONS du Profil sensoriel de Dunn pour l'ensemble de notre échantillon

“ Plus la modulation est entravée plus la communication l'est aussi ”

R²	Adjusted R²	Power	Sections Included	Unstandardized B	Standardized B
0.500	0.477	1.00	Modulation de l'information liée à l'endurance/tonus	-0.167	-0.467
			Modulation du mouvement affectant le niveau d'activité	-0.355	-0.337



Pour déterminer une éventuelle corrélation entre les sections du Profils Sensoriel et le score COMMUNICATION à l'ADI nous avons effectué une régression linéaire multiple. Sur les 16 items englobant les trois sections, seuls 2 items prédisent statistiquement et de manière significative le score COMMUNICATION à l'ADI ($F(2, 44) = 22.014, p = .000$).

Modulation de l'information liée à l'endurance/tonus : $19.089 - 0.167x$

Modulation du mouvement affectant le niveau d'activité : $- 0.355x$

Les résultats statistiques montrent:

- Pour chaque augmentation d'un point de la Modulation de l'information liée à l'Endurance/tonus (correspondant à une amélioration du comportement), le score de communication ADI devrait diminuer de 0,167 (correspondant à une diminution du symptôme).
- Pour chaque augmentation d'un point de la Modulation du mouvement affectant le niveau d'activité (correspondant à une amélioration du comportement), le score ADI Communication devrait diminuer de 0,355 (correspondant à une diminution du symptôme).

Le coefficient standardisé pour l'item Modulation de l'information liée à l'endurance/tonus est de $-0,167$, il s'agit de la section ayant l'impact le plus élevé sur les scores de du domaine de la communication à l'ADI. Cela fait écho aux premiers résultats montrant une corrélation entre le domaine de la communication de l'ADI et le facteur de Recherche sensorielle. En effet, on observe à quel point la modulation est intriquée dans la communication, ce qui explique nos résultats antérieurs où l'on constate que les enfants du groupe Typique présentent une tendance avérée dans ce domaine alors que les enfants du groupe Atypique présentent une tendance plutôt dans la norme. Ainsi, on peut faire une corrélation entre la section Modulation du Profil Sensoriel de Dunn et le domaine de Communication de l'ADI.

Au total,

on constate que les résultats obtenus vont dans le sens de nos hypothèses, c'est à dire :

- Plus la sensorialité d'enfermement (qui se manifeste amplement dans la recherche de sensations) est avérée, plus la communication l'est aussi. C'est ainsi que l'on a observé que pour toute amélioration de ce facteur, le domaine de Communication de l'ADI allait diminuer et donc s'éloigner du seuil pathologique.

- Dans la même lignée, on constate que plus la modulation s'améliore, plus la communication aussi. La Modulation est donc plus aisée pour les enfants du groupe Atypique pour qui leur score de communication à l'ADI est moins élevé.

- Ces résultats attesteraient d'un lien indéniable entre la communication verbale et le vécu corporel qui sous tend l'accès à l'individuation, point de départ primordiale de l'échange.

PARTIE 7 :

**TOURS, DÉTOURS
ET RETOUR DES SENS**

I. “ La sensorialité, le liant du langage ? ”

Ce que l'enfant autiste nous donne à voir de son vécu corporel et sensoriel est interpellant. Il semble pris dans un mouvement incessant dans lequel il ne peut pas y avoir de place pour l'autre, à l'image d'un manège qui tourne sans cesse, rendant alors la tâche d'y monter si ardue. L'enfant autiste n'est pas seul sur ce manège; si on l'observe longuement on comprend qu'il est devenu le manège.

La richesse des observations cliniques de nos patients au sein de l'Unité De Jour d'évaluation des Troubles du Spectre Autistique a été l'incubateur de nos hypothèses et de notre recherche. En effet, notre problématique principale a découlé du constat que les enfants entravés dans leur développement donnent souvent à voir une organisation sensorielle à l'image de leurs capacités relationnelles et communicatives. C'est devant cette considération que nous avons émis l'hypothèse qu'un dérèglement sensoriel viendrait témoigner d'un défaut d'élaboration et de représentation entravant la communication verbale et donc directement les interactions sociales.

Lier la sensorialité et la communication serait peut-être trop audacieux, mais n'entend-on pas souvent dire des expressions telles que " je le sens ", " je le sens pas " pour parler des choses que l'on ne peut décrire en s'appuyant sur une représentation concrète. Comme si parfois, le sensoriel pouvait s'échapper de la temporalité relationnelle et dépasser la barrière du langage. On se retrouve alors avec un ressenti qui devient un " quelque chose ", ce terme (indispensable) employé si souvent pour devenir le support de ce que l'on ne saurait nommer autrement. La possibilité de nommer une sensation par un " quelque chose " permet d'emblée de prendre un recul par rapport à ce ressenti et donc la possibilité d'en faire quelque chose. C'est là l'importance du langage qui permet ce recul, cette distanciation, en somme : une séparation.

Le langage dans son appréhension philosophique, suppose jouer un rôle dans l'expression de la pensée, à l'instar de Hobbes, qui dans le Léviathan (1651) estime que " la fonction première des mots est de servir aux pensées humaines. " En mettant des mots sur des idées, l'homme peut s'en souvenir, les fixer et surtout les réutiliser. L'enfant apprend à communiquer lorsqu'il lui est possible d'entrevoir ce code entre lui et l'autre comme l'outil du dialogue. Cependant, auparavant l'enfant a vécu cette interaction à travers son ressenti corporel dans le dialogue tonique le liant avec ses parents.

La sensorialité comme terreau de départ, la communication comme engrais pour une récolte; l'investissement de l'autre et la découverte du lien comme ressources ultimes d'appréhension du monde. Merleau-Ponty, comme nous l'avons évoqué, expose cette idée que le dialogue crée un monde commun qui permet l'intersubjectivité et donc l'objectivité. Pour lui, le dialogue permet le développement de la pensée. L'autre est donc primordiale. Il appelle ce partage le " tissu commun ". Si selon Saussure (1916), " un signe linguistique est l'union indissociable d'un signifiant (support matériel) et d'un signifié (le sens) ", cela signifie que l'on ne peut

se comprendre que si l'association des signifiés et des signifiants sont partagées. Et cela se fait à deux comme le tissage à deux fils, la trame et la chaîne; l'un des interlocuteurs fournit la trame, l'autre la chaîne et la signification commune (le tissu commun) est la résultante des deux. Dans le dialogue, les sujets échangent la parole chacun leur tour. Les rôles émetteur/récepteur sont interchangeable entre les sujets. Le canal est donc réversible. Cependant, on voit que le véritable dialogue n'est pas juste un échange de paroles, il suppose un partage d'idées et non l'affirmation dogmatique d'une opinion.

Le langage nous apparaît comme le liant, le régulateur mais également l'accélérateur de la relation.

“Tu vois ce que je veux dire?”

Combien de fois nous sommes-nous entendus dire ou avons-nous entendu la phrase “ tu vois ce que je veux dire ?” (souvent réduite à “ tu vois ?”). Il est certain que de nombreuses fois, nous pensons en images et ces images sont associées à des mots qui ont une définition propre, ce qui permet qu'elles soient partageables. Chacun viendra ensuite déposer sa part affective à ces images, ces mots, ce qui nous permet alors de dire qu'on ne voit jamais les mêmes choses. Cependant, on peut imaginer les images des autres, ce qui permet la création d'un terrain de réciprocité. Les mots deviennent alors le cadre contenant de ces images et le point d'accroche communicationnel. On observe à quel point une synchronie sensorielle est nécessaire pour l'accès au langage (et la communication) de par la synesthésie que renvoie cette expression du quotidien (“ voir ce que l'on dit ”). Il est intéressant de souligner également que l'emploi de cette expression se fait souvent lorsque sont abordés des sujets sollicitant davantage les émotions, ce qui renforce le besoin de se savoir compris par l'autre : “ tu vois ce que je veux dire non ? ” (= “ je ne suis pas seul “). Ces images que l'on voit et dit sont ainsi le résultat de notre capacité de repré-

sensation, à l'origine du langage. On ne peut s'empêcher de faire référence au texte d'A. Green (1987) sur " Représentation de chose, représentation de mot " tout au long de cette discussion car il a été un texte princeps pour la construction de cette thèse.

L'axe central de notre travail est la sensorialité. Cependant, l'axe transversal serait la communication et donc, le langage. Le point de jonction entre les deux est alors la capacité de représentation du sujet. Nous avons tenu à souligner l'importance de l'acquisition d'une image du corps unifiée comme support au développement psychique et physique. C'est en accédant à une image de soi (ronde, circulaire) que l'on peut alors prendre un certain recul par rapport à soi-même, pour ensuite y intégrer l'autre et faire la différence entre dedans/dehors - soi/autrui. Cette capacité de représentation semble être un réquisit indispensable pour l'accès au langage. Ainsi, on a abordé la communication de l'enfant et son accès au langage par le prisme de la représentation de choses.

De nombreux enfants autistes sont très entravés dans leur vécu corporel avec des difficultés de synchronie sensorielle notamment. Toutes nos observations nous portent à affirmer que l'enfant autiste est mis à mal par une capacité de représentation limitée du fait d'un schéma corporel pas suffisamment consolidé, entravant alors l'accès au langage.

Tous les enfants TSA sont en difficulté au niveau de leur capacité de représentation. Les enfants ayant un certain accès à la communication et au langage tels que les enfants autistes atypiques (ou les enfants dysharmoniques), peuvent sans doute accéder à certaines représentations mais sont très en difficulté pour percevoir celles qui sont renvoyées par les autres. A la question " tu vois ce que je veux dire ?", on peut imaginer qu'ils pourraient répondre non ; ce qui n'est pas sans conséquences émotionnelles. Cela peut s'expliquer par leurs difficultés d'interaction réciproque et leurs intérêts et disponibilité limités. Ce mécanisme peut également se produire pour les parents d'enfants autistes qui n'arrivent pas à se repré-

senter ce que vit leur enfant. On entend souvent en consultation, certains parents dire : “ je ne sais pas quel film il se fait dans sa tête ”.

Sensory Awareness

Alors que le mot “ sensoriality ” existe en anglais, les anglo-saxons utilisent l’expression “ sensory awareness ” pour parler de la sensorialité des enfants. La traduction en français équivaldrait à “ prise de conscience sensorielle ”. Il est intéressant de souligner la mise en avant de la “prise de conscience”. En effet, les chercheurs s’accordent pour dire que les enfants autistes sont en difficulté au niveau de leur “ sensory awareness ” et “ sensory integration ”. Comme si finalement, une intégration sensorielle était nécessaire pour accéder à la conscience de soi. L’enfant autiste, baignant dans des sensations “ à l’état pur ” et n’ayant pas accès à la relation, n’a donc pas encore la possibilité de prendre du recul par rapport à son vécu corporel. Là où les psychanalystes parlent de subjectivation, les anglo-saxons parlent de prise de conscience.

Nous avons remarqué au sein même de notre terrain de recherche, c’est-à-dire un lieu d’évaluation à visée diagnostique pour des enfants présentant un Trouble du Spectre Autistique, que la plupart d’entre eux présentent des particularités sensorielles et pourtant certains accèdent au langage. Se pose alors la question de l’intégration et des destins de ces chemins sensoriels, mais pas seulement. D’un point de vue épidémiologique, on se demande comment cette différence fondamentale qu’est l’accès à la communication coexiste au sein d’une même entité nosographique ?

II. Débat nosographique : tous les mêmes²² ?

Le premier résultat fondateur de notre recherche est celui du constat de nos deux groupes issus du même diagnostic. Nous devons nous arrêter sur ce point. Certes, il est admis que le contour de cette pathologie reste, malgré les multiples avancées de la recherche, encore flou. Pas de gène unique incriminée, pas de causes neurologiques stables ni de facteurs environnementaux ; la nosologie du concept d'autisme a toujours été un enjeu et bien qu'ayant évoluée au fil des années, elle reflète ces difficultés à établir un consensus.

Récemment, dans l'histoire du concept d'autisme, apparaît la notion de "spectre", terme qualifiant différentes formes pathologiques à caractéristiques autistiques et qui a émergé de la tentative de compréhension de son hétérogénéité en termes d'apparition, de développement, d'évolution et de différences interindividuelles.

“ Annoncé dès 1977 par l'étude de S. Folstein et M. Rutter sur l'étude des paires de jumeaux autistes et de leurs apparentés, ce concept de "spectre autistique" a pris aujourd'hui de plus en plus d'ampleur. Il semble bien en effet que l'autisme infantile ne soit que l'expression de la plus intense et la plus complète de toute une série de troubles plus ou moins partiels et dont la conjonction, heureusement rare (...), donne lieu au tableau autistique typique. “ B. Golse (2002)

Ces considérations nous poussent à un nouveau raisonnement, non plus en termes de syndrome mais en termes de domaines déviants tels qu'il est maintenant abordé dans le nouveau DSM V. En effet, la question se pose alors sur les critères actuels de l'autisme et les critères d'un trouble plus large appartenant au spectre de l'autisme.

²² Référence au titre d'une chanson de Stromae (2013) intitulée *Tous les mêmes*.

Cependant, on entend souvent dire qu'il y a autant de formes d'autisme qu'il y a de personnes souffrant d'autisme. Et pas que... Les diagnostics issus de la genèse psychiatrique tels que la psychose infantile, la dysharmonie évolutive, ou encore les troubles du développement non spécifiés se sont peu à peu confondus avec le spectre.

Les titres qualifiant nos groupes : Typique - Atypique nous ont semblé après maintes réflexions être les plus pertinents afin de montrer la spécificité de l'autisme typique tel que décrit par Kanner et les "formes d'autisme" qui en dérivent. Cependant, ce n'est pas juste de penser que "Typique" renvoie à "une forme classique, courante et "Atypique" renvoie plutôt à une forme rare. Dans notre propos, le sens de ces mots correspond à la dichotomie autisme de Kanner vs. autre autisme. Nous nous plaçons à l'instar de G. Haag et de son échelle d'évolution de l'autisme (1995) dans une lignée longitudinale et phylogénique, qui nous amène à penser l'autisme dans un continuum.

Ainsi, même si notre population détient au départ le même diagnostic, il se divise en deux groupes : ceux ayant accédé au langage et ceux encore incapable de communiquer verbalement. Et force est de constater que nos deux groupes, outre cette différence majeure qu'est le langage, ne vivent pas sensoriellement les choses de la même façon.

Tous les enfants autistes sont-ils les mêmes ?

En se penchant sur la sensorialité, nous souhaitons mieux comprendre le vécu d'un enfant autiste. Notre premier constat, celui que les enfants de nos deux groupes ont un vécu sensoriel particulier propre à leur groupe, nous pousse à nous questionner sur l'évolution de ce vécu sensoriel chez ces enfants qui s'y agrippent. Comment ces traces séquellaires, celles d'un vécu archaïque, entravent pour certains l'accès au langage et pour d'autres ne l'empêchent certes pas mais ne le mènent pas vers un développement relationnel adéquat ?

D'un point de vue clinique, on est constamment confronté au fait que les enfants autistes ne sont pas tous les mêmes. La base est qu'il existe une singularité propre à chaque individu ; ainsi, même des jumeaux monozygotes ne sont pas les mêmes. Cependant, les manuels de psychiatrie rétrécissent de plus en plus leurs entités nosographiques, ce qui fait que très (voire trop) souvent, les enfants présentant une symptomatologie autistique, aussi variée soit-elle, portent tous le même diagnostic : celui de Trouble du Spectre Autistique. On s'est proposé, tout au long de cette étude et de notre réflexion clinique, de prendre un maximum de recul quant à une vision critique de cette réalité diagnostique. On a plutôt opté pour : " s'ils ont tous le même diagnostic c'est qu'ils doivent avoir un noyau commun, lequel ?" Ainsi, on a voulu déchiffrer les éléments cliniques sous-jacents aux aléas de l'histoire diagnostique de l'autisme.

Prenons une métaphore : imaginons que tout individu serait un volcan dont la lave correspondrait aux éléments les plus archaïques que l'on a en soi (preuve d'un développement s'inscrivant dans le temps). Au fil du temps, la plupart de ces volcans s'éteignent, on parle alors de volcans éteints ou endormis, à l'image du sujet grandissant et abrasant un archaïsme initialement ravageant. Cependant, il existe encore aujourd'hui des volcans que l'on nomme " actifs " et qui continuent à faire éruption

dégageant alors une lave envahissante et immaîtrisable. Ces volcans correspondraient davantage aux enfants autistes, dont les éléments archaïques sont encore latents et font irruption lorsqu'on ne saurait s'y attendre.

On peut alors identifier tous les enfants porteurs d'un TSA à cette image de "volcan actif". Cependant, tout comme les volcans du monde entier n'ont pas les mêmes intensités ou les mêmes fréquences d'éruption, il en va de même pour les enfants autistes. Leur particularité commune serait bien une lave encore bouillante, prédisposée à l'éruption (reflet d'un archaïsme envahissant et entravant) mais leur impact et expression ne sont pas toujours les mêmes.

Les enfants dysharmoniques tels qu'ils ont été décrit autrefois se retrouvent aujourd'hui dans la catégorie des Troubles du Spectre Autistique, après être passé par la case de Troubles Envahissants du Développement. Un rapprochement entre ces deux entités nosographiques nous semble intéressant. L'idée d'un trouble fait consensus. On retient la notion de noyau autistique que l'on puise dans le terme "Spectre Autistique" et le processus envahissant sous-jacent auquel l'enfant est confronté (et celui qui l'observe aussi). Aujourd'hui, les enfants dysharmoniques correspondraient à une forme d'autisme atypique. Sur un plan clinique, on observe des différences entre les enfants autistes typiques et les atypiques. On retrouve différents profils renvoyant à des fonctionnements assez distincts, ce qui met souvent à mal le clinicien lorsqu'un même diagnostic est utilisé pour faire référence à cette pluralité psychopathologique. Afin de ne pas se perdre dans l'écart entre ces enfants, nous avons cherché à trouver un "terrain d'entente" permettant de les rapprocher : la sensorialité. En effet, après avoir constaté à maintes reprises que nombreux enfants présentaient des particularités sensorielles communes, on s'est alors

demandé s'ils avaient le même profil sensoriel, ce qui expliquerait peut être mieux leurs ressemblances.

Les résultats montrent que les enfants autistes atypiques se différencient principalement des enfants autistes typiques par leur accès au langage et à la communication. Ainsi, on retrouve des profils sensoriels différents étant donné que les enfants ayant accès au langage ont davantage de recul par rapport aux sensations éprouvées et recherchées. Les facteurs illustrant les modalités sensorielles participant à un repli sur soi (une "self-sensorialité") sont plus marqués chez les enfants autistes typiques que chez les enfants autistes atypiques. Les enfants autistes ayant accès au langage auraient davantage la possibilité de moduler les informations provenant de l'extérieur. Cependant, la symbolique du langage n'est pas suffisamment intégrée à leurs modalités de communication, ce qui renforce les difficultés d'ajustement et de réciprocité relationnels. C'est pourquoi, les réponses comportementales et émotionnelles sont plus avérées chez les enfants autistes atypiques car ils ont souvent du mal à se représenter ce que l'on attend d'eux mais sont conscients de l'attente que l'on porte à leur égard. Ainsi, la différence entre les enfants porteurs d'un TSA se joue au niveau de la communication et de l'accès au langage. Cependant, qui dit accès au langage ne dit pas forcément accès à la représentation du langage.

Une évolution autistique

On imaginerait que les enfants dysharmoniques auraient traversé une première phase de développement similaire à celle que vivent les enfants autistes typiques. L'accès au langage et à la communication les fait cependant émerger et bouger mais la réciprocité n'est pas encore inscrite. Ou plutôt dire, le langage s'insère dans un fonctionnement autistique pouvant alors créer des distorsions entre la réalité matérielle et psychique à l'image du repli créé par l'enfant autiste sans langage. De ne pouvoir

partager ses représentations et de ne pouvoir accéder aux représentations des autres, l'enfant est alors envahi d'images, ce qui le coupe de la relation (comme l'enfant autiste qui se balance sur lui-même).

Alors que l'on s'attendait à ce que les enfants du groupe autisme atypique, c'est-à-dire les enfants ayant un certain accès à la communication et au langage, présentent un traitement de l'information sensorielle orale moins sévère que ceux du groupe autisme typique, on a observé que ce n'était pas le cas. Ce résultat est extrêmement intéressant car il s'insère dans cette idée d'un continuum autistique. En effet, on imagine que les troubles sensoriels oraux qui perdurent sont les représentants des difficultés de communication toujours présentes/existantes (même si un certain accès au langage est possible). La bouche, ce lieu par où tout commence, deviendrait en quelques sortes le siège de cet archaïsme, omniprésent pour tous les enfants TSA.

Quand la discontinuité devient la continuité

La recherche de continuité est la base pour survivre, seulement, chacun recherche ce qu'il connaît...

On observe à quel point l'enfant autiste est en difficulté pour s'insérer dans une continuité relationnelle. En effet, le contact visuel est souvent fluctuant, la disponibilité limitée et la réciprocité n'est pas encore installée. Alors que l'on part du principe qu'un vécu de continuité est indispensable pour le bon développement de soi, on peine parfois à situer le vécu de continuité de l'enfant autiste. On confond souvent répétition et continuité et peut-être que telle est la piste à suivre. L'enfant autiste est envahi d'une compulsion de répétition devenant immaîtrisable du fait qu'elle est non partageable.

Le profil sensoriel de Dunn se révèle être un outil intéressant permettant d'évaluer les différences entre nos deux groupes. En effet, les enfants du groupe Typique présentent des difficultés bien présentes dans les facteurs visant la recherche sensorielle. Ce constat n'est pas une découverte en soi. Effectivement depuis la description princeps de Léo Kanner, ces atypicités de vécu sensoriel ont été décrites. Cependant, on observe que ces difficultés sont significativement plus présentes chez les enfants de notre groupe Typique et cela nous ramène à cette idée que lorsqu'on possède le fameux " tissu commun " du langage, la sensorialité est mieux élaborée. G Haag (2004) décrit la recherche sensorielle comme étant le canal principal de vécu du monde qui, une fois débouteillé, pouvait laisser place à d'autres voies d'appréhension du monde, c'est-à-dire, une construction à la fois longitudinale mais également en strates.

Ainsi, on cherche à comprendre le vécu de continuité de l'enfant autiste qui a tant de mal à s'insérer dans la continuité relationnelle, pourtant si vitale à son bon développement.

L'observation des enfants, sujets de notre recherche, nous a permis d'émettre l'hypothèse que le vécu de continuité de l'enfant autiste se situe au niveau de sa sensorialité. Comme si l'enfant tentait de recréer sans cesse un vécu sensoriel " très primaire " car encore basé sur une indifférenciation entre soi et l'autre. Le vécu sensoriel comme seule continuité possible. Cependant, la recherche sensorielle permanente de l'enfant autiste entraîne de nombreuses discontinuités dans la relation. Tel serait alors le paradoxe : la recherche de continuité crée une relation discontinue. L'enfant autiste ne peut que rechercher ce qu'il connaît et a intégré. Le rapport à sa sensorialité témoigne alors de ce qui a été élaboré ou pas. On emploie souvent le terme " archaïsme " pour aborder la clinique de l'autisme. L'utilisation que fait l'enfant autiste de sa sensorialité demeure très primitive et ne peut évoluer avec l'âge comme on l'attendrait. Comme

si l'enfant devait apprendre à grandir en se servant d'une sensorialité qui aurait été interrompue à un stade très primaire (où la conscience de soi n'est pas encore représentable). « Les enclaves autistiques correspondent à des traces de vécus dépressifs précoces dont les effets perdurent chez certains sujets en parallèle d'un développement plus ou moins harmonieux » (D. Mazéas, 2017). L'enfant autiste recherche des “ sensations premières ” qui deviennent alors objet de réassurance. Les images d'enfants se balançant, tournant sur eux-mêmes illustrent tout un courant théorique ayant abordé la notion de mouvement et de rythmicité, s'insérant dans une recherche de sensations éprouvées auparavant durant la vie fœtale. On constate que les rythmes découlant des stéréotypies d'enfants autistes peuvent correspondre au rythme cardiaque et respiratoire de la mère éprouvé par le fœtus.

Il est intéressant de souligner que de nombreux enfants n'ayant pas de troubles autistiques peuvent également montrer une sensibilité sensorielle particulière très liée aux interactions précoces.

*“ On a tous une part autistique en soi ” : un continuum...
il est probable que la plupart des individus dits "normaux"
ont des séquelles d'autisme pathologique, aux racines de leur être. “*

Frances TUSTIN

Autisme et psychose de l'enfant, 1972.

F. Tustin a formulé sa première hypothèse sur une phase autistique primaire commune à tous. Une première phase développementale correspondrait à un état où le sujet n'est pas en capacité de percevoir et d'intégrer une différenciation entre soi et l'autre. La description de cette phase première peut également s'appliquer au fonctionnement de l'enfant autiste. Ainsi, on aurait tous traversé une première phase de repli et de sensations brutes pour mieux se préparer à la découverte du monde.

L'enfant autiste aurait eu du mal à dépasser cette phase, ce qui entrave alors la façon qu'il a d'explorer et de percevoir l'environnement qui l'entoure. On peut donc soutenir l'idée qu'on a tous une part autistique en soi car "rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme"²³. Ce sont les restes d'une première phase traversée pendant la toute petite enfance où soi et autrui sont indifférenciés qui crée ce noyau²⁴ en nous, représentant alors d'un début de vie, ancré sur nos sens et sur la relation que l'on découvre.

Ainsi, Tustin aurait imaginé une phase que l'on traverserait tous dans les premiers instants de la vie, où soi et autrui sont encore indifférenciés et où le bébé n'a que ses ressentis sensoriels comme support pour explorer le monde. Elle fait un lien entre cet état purement sensoriel où le développement psychique et cognitif est encore très peu développé et l'expression d'une souffrance autistique. En effet, elle opte pour un prisme développemental pour la compréhension de ses observations sur ces enfants "autistiques".

A la naissance, l'enfant n'a que son équipement sensoriel pour survivre s'il trouve les bras de celui qui l'accueille. On peut imaginer le développement de l'individu comme étant constitué d'une multitude de phases à traverser dont les restes créent en nous des "noyaux", représentants de la personne que l'on était durant ces phases initiales²⁵. Dépasser ces premières étapes développementales et les intégrer semble le seul trajet qui permet d'accéder à la conscience de soi et des autres. Il y a maintenant des années (mais pas tant) que l'on parlait des personnes souffrant d'un handicap

²³ Antoine Lavoisier, 1789: "Traité élémentaire de chimie".

²⁴ Que l'on nomme « noyau autistique » pour faire référence à la pensée de F. Tustin qui avait bien compris ce que la psychopathologie apporte dans la compréhension du développement normal de l'individu).

²⁵ Tout comme il existe une mémoire corporelle, il existerait également une mémoire psychique tout aussi inatteignable.

mental comme étant des personnes non intégrées (ou “ désintégrées ”)²⁶. On se demande si ce terme ne renvoie pas à l'idée que les personnes souffrant d'un handicap mental n'auraient pas pu intégrer tous les mécanismes opérant dans les phases développementales primaires.

Il est intéressant de remarquer que l'on retrouve souvent un vocabulaire psychopathologique pour faire référence à des phases développementales normales communes à tous. Comme si finalement, la psychopathologie ne pouvait que se penser en mécanismes identificatoires. Les observations des personnes ayant été en difficulté pour intégrer des “ processus développementaux initiaux ” nous éclairent sur ce que l'individu humain aurait vécu dans un premier temps. Ainsi, on pourrait dire : “ c'est parce qu'on observe le rôle d'enfermement que joue la sensorialité de l'enfant autiste que l'on comprend le rôle d'ouverture qu'elle est censée avoir ”. Voilà qui confirme la limite si fragile et tangible entre le normal et le pathologique.

La psychopathologie ne pourrait en quelque sorte que se repérer lorsqu'on la reconnaît. L'importance de la situer dans une perspective développementale paraît alors essentielle car c'est l'unique biais pour s'y identifier et surtout pour comprendre la continuité d'existence du vécu de la personne.

²⁶ A nouveau, on se propose de réfléchir au pourquoi de ces « diagnostics » sans rentrer dans le débat de considération de la vie psychique.

Sex ratio : pourquoi beaucoup plus de garçons que de filles ?

Le nombre de filles dans la population de notre recherche témoigne du sex ratio caractéristique de l'autisme. En effet, on constate un nombre de garçons très significativement plus élevé en comparaison au nombre de filles. Alors que l'on sait que le sex ratio varie selon que l'autisme infantile est associé à un retard mental, la prépondérance des garçons est plus marquée dans l'autisme sans retard mental.

Pourquoi y a-t-il beaucoup plus de garçons autistes que de filles ? Ce constat demeure un véritable mystère qui mobilise tous les champs des sciences humaines (dont la médecine fait bien sûr partie²⁷). H. Schoch et al. (2017) ont pu réaliser des études qui montrent certaines délétions génétiques et anomalies neurologiques chez les sujets autistes. Ainsi, ont été observées des différences entre les garçons et les filles dans une voie de signalisation impliquée dans l'apprentissage de la récompense et la motivation. N.M. Grissom et al. (2018) ont réalisé une étude des phénotypes comportementaux chez les souris en mettant en évidence les déficits de motivation et d'apprentissage basé sur la récompense chez des modèles de souris autistes. Ces problèmes dans l'apprentissage de la récompense pourraient expliquer pourquoi des personnes autistes n'interagissent pas socialement. Cela pourrait, selon ces auteurs, expliquer les différences dans l'acquisition du langage – parce que les circuits neuronaux impliqués dans l'apprentissage de la récompense sont les mêmes que ceux intervenant dans l'apprentissage et la production du langage. À nouveau apparaît cette idée que le langage n'est possible que lorsqu'un intérêt est porté sur l'autre.

²⁷ Aristote considérait la médecine comme la première des sciences humaines.

Mais alors, pourquoi les garçons seraient-ils moins intéressés par la relation que les filles ?

Revenons sur cette petite voiture, si chère à tant d'enfants autistes. En effet, on ne peut cesser de s'interroger sur la connotation si genrée de cet objet. Dans une société où l'on préconise les petites voitures pour les petits garçons et des poupées pour les filles, on se demande si le choix des objets attribués aux enfants selon leur sexe ne serait pas en partie en lien avec leur devenir développemental. On a vu précédemment l'importance du schéma corporel dans le développement du sujet, indispensable aux processus identificatoires. Ainsi, on se demande si finalement, la poupée ne serait pas un objet plus "stimulant" en tant que représentant corporel, facilitant alors une représentation relationnelle.

III. Limites de la recherche

La mise en place de cette méthodologie de recherche a donné lieu à un certain nombre de questionnements d'ordre méthodologique et déontologique et a nourri une réflexion éthique tout au long de l'avancée du travail.

Ce questionnement permanent nous a amené à nous intéresser aux conséquences d'entreprendre une recherche dans le domaine de la clinique. De fait, il peut sembler contradictoire voire incompatible de faire une recherche (entreprise qui tend à généraliser des résultats observés au sein d'un échantillon d'individus à une population définie) dans un domaine comme celui de la clinique où le sujet est considéré dans son individualité propre, avec les particularités et les spécificités de son histoire.

Notre première limite concerne la taille assez restreinte de notre échantillon qui permet de présenter nos résultats comme des résultats préliminaires. La difficulté de recrutement se situe dans un cadre inhérent à notre travail. L'imbrication de la recherche dans un lieu clinique est synonyme de sacrifices. En effet, notre échantillon se voit réduit par l'impossibilité d'inclure des sujets " triés " par nos critères au détriment d'une file active de patients ayant besoin de cette évaluation. Par ailleurs, quelques aléas de renvoi du questionnaire (profil sensoriel Dunn) par les professionnels montrent que cette dimension de la sensorialité n'est actuellement pas encore considérée comme primordiale dans le prisme de compréhension du fonctionnement des enfants présentant un Trouble du Spectre Autistique. Cependant, nous tenons aussi à signaler qu'une grande partie des professionnels avec lesquels nous avons pu échanger, ont pu nous dire l'intérêt qu'ils portaient aux résultats de notre recherche. La sensorialité n'est pas une dimension mise en avant par les recommandations de l'OMS et de ce fait elle peut passer au second plan dans la prise en charge, même si les soignants par intuition se penchent aisément sur

ce sujet. Ensuite, nous avons été confrontés à la limite de notre outil dans son application auprès des parents d'enfants autistes.

Ce que les questionnaires font aux parents

Une recherche auprès d'une population de parents d'enfants autistes provoque des questionnements chez ces derniers et oblige à penser avec soin la nature et l'utilisation des questionnaires servant de support à la recherche.

En effet, pour les parents, vivre avec un enfant autiste est déjà source de souffrance immense. La sensorialité est comme nous l'avons déjà évoquée un sujet difficilement appréhendable pour les professionnels et donc encore plus pour les parents. De plus, les parents qui accompagnent leur enfant dans l'optique de mettre un mot sur ses difficultés sont dans un processus psychique particulier les rendant extrêmement vulnérables. Les confronter le temps de la recherche à la dimension de la sensorialité et leur montrer une part des dysfonctionnements de leur enfant qui leur auraient échappé nous semblait fortement culpabilisant.

C'est devant l'ensemble de ces considérations que nous avons pris le parti de ne pas passer par un entretien direct et standardisé avec eux mais plutôt par le Profil Sensoriel pour éviter de bousculer leur cheminement d'acceptation du diagnostic.

En effet, dans le domaine de la clinique et de la recherche, on est de plus en plus amené à se servir de questionnaires adressés aux parents afin de collecter un maximum d'informations sur l'enfant. Les questions sont multiples et visent les premiers moments de développement de l'enfant, ses comportements au quotidien, à la maison, à l'école, l'idée étant d'avoir une représentation globale de l'enfant. Cependant, on s'interroge sur

l'impact que peuvent parfois avoir ces questionnaires pour les parents qui sont amenés à se questionner sur des éléments auxquels ils n'étaient pas forcément sensibles ou qui ne leur étaient pas accessibles. Par ailleurs, l'enjeu diagnostique peut avoir un énorme poids dans la réalisation de ces questionnaires. Souvent, et ce de façon parfois inconsciente, il arrive que les parents donnent des réponses s'insérant dans la norme pour décrire leur enfant afin d'éviter un diagnostic psychopathologique, très souvent vécu comme un " événement traumatique " pour certains parents. Comme s'ils pouvaient imaginer que le moins symptomatique seront leurs réponses, le moins " malade " sera leur enfant.

Alors que le Profil Sensoriel est un questionnaire transmis et rempli par les parents, nous avons opté, dans le cadre de notre recherche, pour des questionnaires remplis par les professionnels après les trois semaines d'hospitalisation de l'enfant. Cette démarche s'explique du fait que dans un premier temps, nous comptions utiliser uniquement les questionnaires parentaux. Cependant, face au constat de la difficulté de certains parents à pouvoir percevoir (ou nommer) les difficultés de leur enfant, nous avons décidé de nous baser sur ces mêmes questionnaires remplis par les professionnels afin d'être au plus près d'une " vision objective " sans rentrer dans un débat parfois vécu comme trop culpabilisant (voire persécutant) par certains parents. Cependant, ces divergences de regard sont d'une grande richesse clinique et méritent d'être étudiées dans une future recherche afin de montrer s'il existerait une corrélation entre le regard que portent les parents sur leurs enfants et leurs difficultés sensorielles. Dans cette même lignée, il serait également intéressant de montrer s'il existe des convergences (ou pas) entre les profils sensoriels des enfants et ceux de leurs parents. Pour cela, on pourrait imaginer la création d'un questionnaire de type Profil Sensoriel adapté aux adultes ou bien même, de proposer le même questionnaire du Profil Sensoriel en demandant aux parents de le remplir rétroactivement, en essayant de se souvenir de l'enfant qu'ils ont été (exercice cependant bien compliqué).

IV. Un projet de recherche en devenir

Nous avons appréhendé notre recherche comme la mise en route d'un futur projet de recherche qui explorera plus en profondeur les différents chemins de la sensorialité au regard de l'enfant autiste. L'hypothèse que nous formulons est que la prise en compte de la sensorialité comme point de divergence de la construction psychique de certains enfants peut contribuer à un meilleur diagnostic de Trouble du Spectre Autistique chez ces enfants.

Dans quelle mesure une sensorialité inélaborable pour certains enfants produit un renforcement de la barrière autistique et comment une meilleure ouverture aux sens peut conduire vers une voie atypique de développement pour d'autres?

Une approche pluridisciplinaire

Ce projet de recherche sur la sensorialité au regard de l'enfant TSA se situe à la croisée de plusieurs disciplines : la pédopsychiatrie, la neurologie, la pédiatrie, la génétique, la psychologie développementale et la psychanalyse. Une collaboration avec le Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine et Société, l'Institut Contemporain de l'Enfance, et les chercheurs de l'Institut Imagine devra permettre d'élargir le champ et la portée de notre recherche.

L'objectif de cette approche pluridisciplinaire est de favoriser l'émergence de nouvelles méthodes de diagnostic et de suivi.

Recherche et clinique

La recherche s'appuiera sur un travail clinique mené avec des enfants autistes que l'on continuera à distinguer en deux groupes typiques et atypiques en fonction de leurs capacités de communication. L'objectif est d'élargir l'approche thérapeutique proposée à ces enfants en y incluant leurs environnements.

Cette suite expérimentale devrait comprendre notamment :

- Une recherche incluant les éléments des bilans somatiques : EEG, IRM, génogrammes.
- Une recherche incluant les bilans psychologiques afin d'observer les différences de profils cognitifs et intellectuels.
- Une recherche incluant les données périnatales sur le ressenti sensoriel de la mère pendant la grossesse.
- Une recherche incluant le ressenti parental ainsi que les profils sensoriels des adultes.

Un cadre international

Comparer les résultats obtenus en France avec ceux obtenus auprès d'enfants TSA dans d'autres pays permettra la production de bonnes pratiques et une meilleure généralisation des résultats. Une mise en réseau des observations au niveau européen et une collaboration avec le département de psychologie de l'Université d'Emory aux USA nous donneront de nouvelles clés pour extrapoler les résultats de la recherche.

Conclusion

“ Attends, tu peux me rappeler ce que c’est que la sensorialité ? “. Voilà la question que l’on m’a posée d’innombrables fois pendant ces quatre années de doctorat. Alors que tout le monde en possède une, personne ne sait vraiment comment la décrire ; telle est la puissance de la sensorialité. Dès lors qu’on la pense et pour ce faire, on se sépare d’elle, on y voit flou : “ c’est le goût c’est ça ? c’est la sensation ? ”.

Je remercie toutes ces personnes qui m’ont posé cette même question car cela m’a permis non seulement de me la poser moi-même mais aussi de m’interroger sur le côté énigmatique de ce terme. C’est bien le mystère qu’est l’autisme qui a permis de le mettre en lumière.

“ Qu’en est-il de mon contre-transfert ? ” me suis-je souvent demandé. Je comprends aujourd’hui qu’il est partout. En effet, l’énigme de la sensorialité se situe là où on se relie au monde extérieur. Une confusion interne-externe est alors inévitable, comme lorsqu’on essaye plusieurs eaux de toilettes, les sens se brouillent dès lors que l’on cherche à se séparer de leurs odeurs. Dans le cas du contre-transfert proprement dit, également appelé transfert de l’analyste, les sens parfois s’emmêlent lorsqu’on se propose de distinguer ce qui vient de soi et ce qui vient de l’autre. À l’inverse, les sens peuvent se tisser entre eux si l’on s’interroge et que l’on

accepte de découvrir “ une part de soi dans la vie des autres “ (D. Brun, 2015).

Très souvent, la rencontre avec des enfants autistes exige de faire du contre-transfert, l'objet sur lequel on s'appuie pour aller les chercher. Il est d'autant plus fondamental pour les enfants n'ayant pas accès au langage et en difficulté pour communiquer. On pourrait presque dire que tout est contre-transfert lorsqu'il s'agit de rencontrer quelqu'un qui n'a pas tous les moyens pour être avec l'autre. Telle est précisément l'une des difficultés avec ces enfants, qui ayant du mal à se lier ne peuvent créer le transfert avec leur thérapeute.

Mais, quand je repense à l'indifférence renvoyée par Théo au début de son séjour à l'Unité De Jour, je me dis qu'il s'agissait peut-être d'une “ non rencontre “. La question que je me suis posée est la suivante : peut-il y avoir du transfert s'il n'y a pas de rencontre ? S'ensuit alors un autre questionnement : peut-il exister un contre-transfert s'il n'y a pas eu de transfert ?

Je pense qu'à nouveau, un brouillard des sens apparaît lorsque je m'efforce de différencier transfert de contre-transfert, du moins dans la clinique de l'autisme. Cela reviendrait presque à chercher à différencier soi et autrui. Théo, en ne me regardant pas lors de notre première rencontre, me faisait voir de façon très (trop) nette cette distinction. Le rôle du thérapeute est alors de franchir cette limite, de s'autoriser à faire de son contre-transfert, le transfert initial manqué. Autrement dit, imaginons plusieurs sortes de contre-transfert qui auraient existé à travers cette recherche. Le contre-transfert initial a débuté dans l'effet suscité par une non considération de ma personne. C'est ce ressenti sur lequel je me suis appuyée pour comprendre qu'il était trop difficile pour certains enfants de pouvoir s'insérer dans une boucle relationnelle, qu'il n'y avait pour eux aucune tentative de “monter dans le wagon “, là où je tendais la main pour les

attraper. Certains diront que le coche est raté, ce qui résume peut-être l'éprouvé d'une première rencontre avec un enfant autiste. Ce n'est pourtant que lorsque je me retourne et constate ce décalage entre intention et incompréhension que j'ai envie de faire demi-tour et de m'exprimer autrement.

Le rôle du psychologue clinicien implique inévitablement l'existence d'une attente : accéder à l'autre, là où l'enfant autiste est souvent caractérisé comme un être inaccessible. Ainsi, l'attente constitutive du rôle de thérapeute devient le support d'un transfert initial, en même temps que de son contre-transfert. Attendre quelque chose de l'autre signifie lui prêter une intention. Je lui tend la main car je l'imagine pouvoir la prendre (en partie car je sais le faire aussi). Cependant, il ne sait pas le faire et donc, dans ce "loupé", transfert et contre-transfert s'intriquent.

Il est important de ne pas perdre de vue le dispositif institutionnel qui définit également en grande partie, les mouvements transférentiels qui s'y créent. Ainsi, je pense que le fonctionnement de l'Unité De Jour a grandement influencé la place que j'ai faite aux parents dans ce travail. En effet, mon terrain de recherche a la spécificité de posséder deux espaces séparés par une grande porte, que l'adulte doit s'efforcer de fermer à clé (en soulevant la poignée) après chaque passage, "au cas où un enfant s'échapperait". Ainsi, sans jamais le dire comme tel, s'est créé un "espace enfants" et un "espace parents", donc une forme de séparation. Cette organisation dans l'espace de travail éclaire, au point peut-être de s'en faire le reflet, la réalité politique actuelle. En effet, on s'efforce de distinguer au maximum l'environnement de l'enfant et l'expression de sa pathologie autistique; afin d'éviter un rapprochement entre le vécu des parents et celui de leur enfant. Car cela signerait là la possibilité d'une causalité directe et donc d'une culpabilisation parentale.

L'observation des enfants autistes nous confronte à leur rapport au corps si particulier. Leur sensorialité à laquelle il est si difficile de s'identifier fait mal à celui qui l'observe. Mal car démunie de lien à l'autre.

Il est, je pense, obligatoire de faire un retour sur ses sens pour trouver un sens à la sensorialité de l'enfant autiste. La sensorialité devenant alors l'objet où tout se joue. L'identification sensorielle est donc une première étape indispensable à la découverte de ce que vit l'enfant autiste. Puisque c'est son corps qu'il met en avant, il faut se saisir de ce qu'il nous montre.

Ce travail doctoral m'a autorisée à me rapprocher du vécu corporel de ces enfants pour mieux les comprendre et mieux les aider. Je me suis ainsi imposée d'imaginer ce qu'ils pouvaient ressentir en me saisissant de ce qu'ils me donnaient à voir. J'ai donc passé de longs moments à regarder les mouvements des feuilles sur les arbres, à me concentrer sur la sensation thermique sur ma peau ou encore à m'hypnotiser face à l'eau qui coule dans ma douche. Je me suis plongée dans un éprouvé uni-sensoriel en annulant tout environnement. Cependant, j'ai eu mal en regardant les lumières du plafond et n'ai pas pu m'aventurer dans ce territoire sensoriel.

Comment font-ils pour ne pas avoir mal?. C'est en me reposant cette question aujourd'hui que je comprends que c'est bien de la douleur dont il s'agit. En effet, c'est parce que j'ai eu mal que je me suis arrêtée ; la douleur a été ma limite. En éprouvant de la douleur, je retrouvais ma limite corporelle. Telle est certainement la différence avec les enfants autistes : la reconnaissance d'une limite corporelle. La quête de mouvement perpétuel chez les enfants autistes témoigne bien de ce manque de limite de l'espace que l'on habite, limite entre le dedans et le dehors, limite entre soi et autrui.

Se mettre à leur place sans jamais y être. Telle serait la réalité de la clinique. On ne peut pas ressentir ce que l'autre ressent mais le fait d'essayer suppose la création d'une boucle intersubjective.

Ces enfants et leurs parents m'ont donné leur accord pour que je vienne déposer une part de moi chez eux et prenne une part d'eux en moi. C'est par la sensorialité que j'ai pu m'immiscer dans l'univers interne spectaculaire de ces enfants et c'est grâce à leur sensorialité que j'ai pu penser la mienne comme support thérapeutique (pour ne pas dire comme objet).

Les profils sensoriels des enfants diagnostiqués TSA ne sont pas tous les mêmes. Ils nous montrent que l'accès à la communication et la relation s'exprime également par notre rapport au corps et au(x) sens. Les enfants TSA n'ayant pas accès à la communication montrent un autisme "typique" tel que Kanner le décrivait. En parallèle, les enfants TSA ayant accès à la communication tout en conservant leur noyau autistique montrent un profil dysharmonique reflétant une organisation sensorielle différente. Tout nous porte alors à imaginer que les approches thérapeutiques sensorielles sont à penser différemment pour ces deux catégories d'enfants. Pour le groupe Typique, il s'agit d'amener la possibilité d'un partage sensoriel ; pour le groupe Atypique, il s'agit de travailler la représentation d'un éprouvé sensoriel pour mieux adhérer à la symbolique du langage.

Théo et Alexis, représentants des groupes Typique et Atypique nous donnent, lorsqu'on les réunit, une perspective développementale psychopathologique. En effet, nous pouvons penser que les enfants dysharmoniques ont traversé une phase autistique dans leur développement précoce ; phase de laquelle ils ont réussi à émerger en développant certains moyens de communication. Cependant, les traces de cette phase autistique, très souvent sensorielles, sont la preuve que l'enfant doit apprendre à découvrir le monde tout en conservant une partie non élaborée en lui.

Cela rend alors les choses parfois bizarres et entrave la compréhension même de ce qu'est la réciprocité, l'essentiel de la relation.

Ainsi, dans l'approche thérapeutique avec ces enfants, il est souvent utile de repérer les défenses initialement autistiques et les défenses qui se sont construites face à l'incompréhension de ce que l'on attend d'eux.

Les restes de notre développement le plus précoce s'expriment par nos sens. Ils sont insensés car déliés du langage et donc, du sens. Il s'agirait en quelque sorte d'un brouillage sensoriel qui s'activerait lorsqu'on y est confronté.

J'ai eu la chance de pouvoir prendre le temps d'observer ces enfants. Les observer parfois en silence, parfois en parlant. Avec et sans eux. J'ai parfois eu la sensation que lorsque la distance était respectée, il était alors possible de se laisser porter par leur temporalité si mouvementée en même temps qu'immuable. Se créait alors une espèce de bulle sensorielle pour pouvoir aller à la recherche de ces enfants. Se déplacer avec eux mais à côté, se perdre avec eux aussi.

J'ai toujours beaucoup aimé l'idée des parcours. Mes collègues psychomotriciens utilisent souvent ce terme pour parler de leur prise en charge, cela me rappelle que l'idée d'un parcours est juste une ébauche de ce que l'expérience de la vie représente.

Chacune des rencontres avec ces enfants a été un parcours sensoriel et relationnel, un cycle à clore. C'est pourquoi j'ai tenu à insérer ces intercalaires synesthésiques. La promenade sensorielle qu'ils représentent m'est apparue comme une voie d'expérimentation de l'éprouvé sensoriel autistique. Il me semble que cela répondait à mon besoin de transmettre directement, de sens à sens, ce qui a été le fil conducteur de mon travail, transformant mon intuition clinique en résultats palpables.

Je retiens de ces rencontres que le mouvement est toujours au centre. Face à un enfant autiste, le thérapeute n'a d'autre choix que de bouger avec lui. Et puis, après avoir bougé avec lui, après avoir aperçu ce monde sensationnel ; lorsqu'on a vu, entendu, ressenti, éprouvé : on se quitte. En effet, tel a été le paradoxe de cette recherche qui reflète peut être celui du développement de l'individu: se rencontrer pour se séparer.

Je me suis souvent demandée ce que ces enfants allaient devenir. Comment vont-ils grandir, où seront-ils en âge adulte ? Le brouillard des sens revient alors, cette fois-ci comme l'indicateur d'une certaine impuissance et d'une réalité sociale souvent désolante. Il ne peut y avoir de fin pour ce qui est de la recherche et des soins dans le domaine de l'autisme. On ne pourrait donc conclure ce travail car il ne représente qu'une ouverture, une fenêtre à travers laquelle on peut percevoir la singularité de ces enfants, trop souvent contrastée par la simplicité nosographique qui les unit.

Bibliographie

- Abadie, V. (2002). Développement de l'oralité. In *Alimentation de l'enfant en situation normale et pathologique* (p. 1-6). Doin.
- Abraham, K. (1916). Examen de l'étape prégénitale la plus précoce du développement de la libido. In *Œuvres complètes* (Vol. 2). Payot.
- Adrien, J.-L. (1996). *Autisme du jeune enfant : Développement psychologique et régulation de l'activité*. Expansion scientifique française.
- Ajuriaguerra, Julián de. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson.
- Alvarez, L., & Golse, B. (2013). *La psychiatrie du bébé: Vol. 2e éd.* PUF.
- Ameisen, J.-C. (2014). *Sur les épaules de Darwin : Les battements du temps*.
- American Psychiatric Association, Guilabert, C., Guelfi, J.-D., Crocq, M.-A., Boyer, P., Pull, C.-B., Ull, M.-C., Abbar, M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Benyamina, A., Boehrer, A., Boulenger, J.-P., Brichant-Petitjean, C., Butlen-Ducuing, F., Chauvet-Gelinier, J.-C., Clément, J.-P., Corruble, E., Courtet, P., Beaurepaire, R. de, Wolgensinger, L. (2015). *DSM-5—Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.
- Anthony, E. J., & Benedek, T. (1970). *Parenthood : Its psychology and psychopathology* (p. xxiv, 617). Little, Brown.
- Anzieu, D. (1974). Le moi-peau. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 9(19), 5-208.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Dunod.
- Anzieu, D. (1976). L'enveloppe sonore du soi. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 13(1976), 173-179.

- Asperger, H. (1944). Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117(1), 76-136.
- Augustin, D. (2012). ' 'Cet objet, il est dur ou il est mou ? ' ' : Approche psychomotrice auprès d'un adolescent souffrant d'autisme.
- Aulagnier, P. (1974). *L'apprenti-historien et le maître-sorcier : Du discours identifiant au discours délirant*. PUF.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. PUF.
- Ayer-Le-Lièvre, C. (2004). Développement du système olfactif principal. In *Physiologie sensorielle à l'usage des IAA* (p. 59-82). Lavoisier.
- Ayres, A. J. (1972). Types of sensory integrative dysfunction among disabled learners. *American Journal of Occupational Therapy*, 26(1), 13-18.
- Ayres, A. J. (2013). *Bausteine der kindlichen Entwicklung : Die Bedeutung der Integration der Sinne für die Entwicklung des Kindes*. Springer-Verlag.
- Bailey, A., Couteur, A. L., Gottesman, I., Bolton, P., Simonoff, E., Yuzda, E., & Rutter, M. (1995). Autism as a strongly genetic disorder : Evidence from a British twin study. *Psychological Medicine*, 25(1), 63-77.
- Bailey, A., Luthert, P., Dean, A., Harding, B., Janota, I., Montgomery, M., Rutter, M., & Lantos, P. (1998). A clinicopathological study of autism. *Brain*, 121(5), 889-905.
- Baron-Cohen, S. (1989). The Autistic Child's Theory of Mind : A Case of

- Specific Developmental Delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(2), 285-297.
- Baron-Cohen, S. (1991). Do People with Autism Understand What Causes Emotion? *Child Development*, 62(2), 385-395.
- Baron-Cohen, S. (1992). Out of Sight or Out of Mind? Another Look at Deception in Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(7), 1141-1155.
- Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 6(6), 248-254.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (s. d.). Does the autistic child have a “theory of mind”. *Cognition*, 21(1), 37-46.
- Barthélémy, C., & Bonnet-Brilhault, F. (2012). *L'autisme : De l'enfance à l'âge adulte*. Médecine Sciences Publications.
- Baxter, A., Brugha, T., Erskine, H., Scheurer, R., Vos, T., & Scott, J. (2014). The epidemiology and global burden of Autism Spectrum Disorders. *Psychological Medicine*, In Press.
- Bennetto, L., Pennington, B. F., & Rogers, S. J. (1996). Intact and Impaired Memory Functions in Autism. *Child Development*, 67(4), 1816-1835.
- Benoît-Lamy, S., Boyer, P., Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., Pichot, P., Sartorius, N., & American Psychiatric Association. (2005). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson.
- Bernard, M. (2001). *De la création choréographique*. Editions du Centre national de la danse.

- Bick, E. (1968). The Experience of the Skin in Early Object-Relations. *Int. J. Psycho-Anal.*, 49, 484-486.
- Bick, E. (1984). L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoce. D. Meltzer et al.(sous la direction de), *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot, trad. franç.
- Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. PUF.
- Bion, W. R. (1963). *Éléments de Psychanalyse*. PUF.
- Bion, W. R. (1965). *Transformations. Passage de l'apprentissage à la croissance*. PUF.
- Bleuler, E. (2014). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (Unveränd. Neuaufl. der Ausg. Leipzig, Wien, Deuticke, 1911). Psychosozial-Verl.
- Bogdashina, O. (2013). *Autism and spirituality: Psyche, self and spirit in people on the autism spectrum*. Jessica Kingsley Publishers.
- Boirac, E. (1898). Sens, sensation, sensibilité. In *La Grande Encyclopédie* (Vol. 29). H. Lamirault.
- Bonnier, P. (1902). Le sens des attitudes. *Nouvelle Iconographie de La Salpêtrière*, 15, 83-146.
- Bonnot, O., & Cohen, D. (2012). 47. Maladies rares à expression psychiatrique. Intérêt d'un diagnostic fonctionnel. *Traites*, 501-505.
- Bonnot, O. (2014). Nouvelles évolutions en musicothérapie : Des neurosciences à la clinique. *European Psychiatry*, 29(S3), 666-666.
- Boubli, M. (2002). *Clinique psychanalytique de la sensorialité*. Dunod.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte*. PUF.

- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1991). *The earliest relationship : Parents, infants, and the drama of early attachment*. Karnac Books.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederle, E., & Masy, V. (2018). *Dictionnaire d'Orthophonie*. Ortho-Edition.
- Brun, D. (2015). *Une part de soi dans la vie des autres*. Odile Jacob.
- Bullinger, A. (2007). A propos du développement psychomoteur. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55, 134-135.
- Bullinger, A., & Rochat, P. (1985). L'activité orale du nourrisson comme indice du comportement. *L'activité orale du nourrisson comme indice du comportement*, 3, 55-68.
- Bullinger, André. (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance*, 51(1), 27-35.
- Bullinger, André. (2000). De l'organisme au corps : Une perspective instrumentale. *Enfance*, 53(3), 213-220.
- Bullinger, André. (2015a). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. ERÈS.
- Bullinger, André. (2015b). Quelques réflexions sur l'espace de pesanteur. In *Les effets de la gravité sur le développement du bébé* (p. 33-40). ERÈS.
- Bullinger, André, & ABSM L'. (2016). *Les effets de la gravité sur le développement du bébé*. ERÈS.
- Busnel, M.-C., & Héron, A. (2010). Le développement de la sensorialité fœtale. In *La naissance : histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*. (p. 1401). Albin Michel.

- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique* (12e édition). PUF.
- Carruthers, P., & Smith, P. K. (1996). *Theories of Theories of Mind*. Cambridge University Press.
- Cicccone, A., & Mellier, D. (Éds.). (2007). *Le bébé et le temps : Attention, rythme et subjectivation*. Dunod.
- Condon, W. S. (1975). Multiple response to sound in dysfunctional children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 5(1), 37-56.
- Corcos, M. (2014). Sensorialité= fragments épars-morceaux vivants. *Adolescence*, 32(4), 857-864.
- Coslett, H. B. (1998). Evidence for a Disturbance of the Body Schema in Neglect. *Brain and Cognition*, 37(3), 527-544.
- Couteur, A. L., Bailey, A., Goode, S., Pickles, A., Gottesman, I., Robertson, S., & Rutter, M. (1996). A Broader Phenotype of Autism : The Clinical Spectrum in Twins. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(7), 785-801.
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5 ® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.
- Cyrulnik, B. (1993). *Les nourritures affectives*. Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2019). *La nuit, j'écrirai des soleils*. Odile Jacob.
- De Ajuriaguerra, J., Diatkine, R., & Lebovici, S. (1974). *La psychiatrie de l'enfant*. PUF.
- de Ajuriaguerra, Julian. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*.
- Decety, J., & Sommerville, J. A. (2003). Shared representations between

- self and other : A social cognitive neuroscience view. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(12), 527-533.
- Delion, P. (2009). Lettre ouverte. VST - Vie sociale et traitements, revue des CEMEA, n° 102(2), 69-73.
- Delion, P. (2012a). Mais qu'est-ce que la Psychothérapie Institutionnelle allait faire dans cette galère ? *Le Carnet PSY*, N° 164(6), 1-1.
- Delion, P. (2012b). Le packing, son aventure et ses avatars. *Adolescence*, T. 30 n°3(3), 583-601.
- Delion, P. (2013). *Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile*. Erès.
- Delion, P. (2020). La logique des processus de symbolisation à partir de leur base : La fonction phorique. In *Dialogue entre psychanalyse et théorie de l'attachement* (p. 121-130). ERÈS.
- Delion, P., & Golse, B. (2013). *Autisme : État des lieux et horizons*. Erès.
- Dolto, F. (1949). Cure psychanalytique à l'aide de la poupée-fleur. *Rev. fr. psychanal.*, 53-69.
- Dolto, Françoise. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Seuil.
- Dubreuil, F. (2019). *Particularités sensorielles au sein du trouble du spectre de l'autisme : Pertinence d'une approche psychomotrice et de la médiation équine dans l'accompagnement du sujet*.
- Flavell, J. H., Green, F. L., Flavell, E. R., Watson, M. W., & Campione, J. C. (1986). Development of Knowledge about the Appearance-Reality Distinction. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 51(1), i-87.
- Folstein, S., & Rutter, M. (1977). Genetic influences and infantile autism.

Nature, 265(5596), 726-728.

Fonagy, P. (1999). La compréhension des états psychiques, interaction mère-enfant et le développement du self. *Cahiers psychiatriques*, 26, 37-50.

Fourneau, L. (1936). Jean Piaget, Les théories de l'imitation ; Alina Sze-minska, Essai d'analyse psychologique du raisonnement mathématique. *Revue Philosophique de Louvain*, 39(50), 265-266.

Franck, B., Didier, H., Sylvain, M., & Jean-Claude, G. (2018). Sensorialité, sensualité, sexualité [Dossier]. *JOURNAL DE LA PSYCHANALYSE DE L'ENFANT (NOUVELLE SERIE)*, 1 vol 8, 5-201.

Freud, S., Bonaparte, M., Freud, A., Kris, E., & Berman, A. (1887-1902). *La naissance de la psychanalyse lettres à Wilhelm Fliess, notes et plans*. PUF.

Freud, S. (1899). *L'interprétation du rêve*. Seuil.

Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Gallimard.

Freud, S., Pontalis, J.-B., & Laplanche, J. (1915). *Métapsychologie*. Gallimard.

Freud, S. (1917). *Deuil et mélancolie*. Payot & Rivages.

Freud, S., Lefebvre, J.P., & Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Points.

Freud, S. (1924). *Névrose, psychose et perversion*. PUF.

Freud, S., Mannoni, O., & Renauld, D. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Payot & Rivages.

Frith, U. (1992). *L'énigme de l'autisme*, Paris, Odile Jacob, coll." Sciences

humaines.

Frith, U. & Happé, F. (1994). Autism : Beyond “theory of mind”. *Cognition*, 50(1), 115-132.

Frith, U. & Mira, M. (1992). Autism and Asperger Syndrome. *Focus on Autistic Behavior*, 7(3), 13-15.

Gillberg, C., Gillberg, I. C., & Steffenburg, S. (1992). Siblings and Parents of Children with Autism : A Controlled Population-Based Study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 34(5), 389-398.

Gillberg, C., Steffenburg, S., & Schaumann, H. (1991). Is Autism More Common Now than Ten Years Ago? *The British Journal of Psychiatry*, 158(3), 403-409.

Ginot, I., Mallet, G., Nioche, J., & Roquet, C. (2006). De l'image à l'imaginaire. *Erès, cahier de danse*, n° 17(1), 3-8.

Golse, B. (2011). Des sens au sens. La place de la sensorialité dans le cours du développement. *Spirale*, 57(1), 95-108.

Golse, B. (1999). *Du corps à la pensée*. PUF.

Golse, B. (2001). Réflexions sur l'œuvre de Serge Lebovici. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 44(1), 5-25.

Golse, B. (2004). Du corps à la pensée. In *Résonances* (p. 27-44). Erès.

Golse, B. (2006a). À propos des stéréotypies chez les enfants autistes. *La psychiatrie de l'enfant*, 49(2), 443-458.

Golse, B. (2006b). *L'être-bébé : Les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse et à la phénoménologie*. PUF.

Golse, B. (2010). *Les destins du développement chez l'enfant*. Erès.

- Golse, B., Moro, M. R., & Riand, R. (2014). *Le développement psychique précoce : De la conception au langage*. Elsevier Masson.
- Golse, B., & Roussillon, R. (2015). *La naissance de l'objet : Une co-construction entre le futur sujet et ses objets à venir*. PUF.
- Golse, B. (2016). Des sens au sens : La place de la sensorialité Éprouver, percevoir, construire. *Revue française de psychanalyse*, 80(4), 998-1011.
- Golse, B. (2018). Quand le sujet s'absente ou n'advient pas. Une réflexion à l'interface des neurosciences et de la psychanalyse. In *Et si Alzheimer(s) et Autisme(s) avaient un lien ?* (p. 65-76). ERÈS.
- Golse, B. (2019). *Le bébé et ses possibles*. Erès.
- Golse, B., & Guerra, V. (2019). *Le bébé, la sensorialité et la créativité*. PUF.
- Golse, B. (2020). La relation d'objet aux temps du confinement. Pour une métapsychologie du lien et de la rencontre. *Enfances & Psy*, 87(3), 91-100.
- Gopnik, A., & Meltzoff, A. N. (1997). *Words, thoughts, and theories*. Cambridge, Mass. : Bradford. MIT Press.
- Grandin, T. (2012). *Ma vie d'autiste*. Odile Jacob.
- Green, A. (1995). *La causalité psychique : Entre nature et culture*. Odile Jacob.
- Grollier, M. (2012). Les " capacités " de l'enfant autiste. *Psychotherapies*, Vol. 32(4), 223-230.
- Guerra, V., Golse, B., Roussillon, R., Klang, L. G., & Konicheckis, A. (2018). *Rythme et intersubjectivité chez le bébé*. Erès.

- Haag, G. (1985a). La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 33(2), 107-114.
- Haag, G. (1985b). Psychothérapie d'un enfant autiste. *Lieux de l'enfance*, 3, 65-79.
- Haag, G. (1991). Nature de quelques identifications dans l'image du corps. Hypothèses. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 10, 73-92.
- Haag, G., Tordjman, S., Duprat, A., Cukierman, A., Druon, C., Jardin, F., Maufra du Châtelier, A., Tricaud, J., & Urwand, S. (1995). Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *Psychiatrie de l'enfant*, 38(2), 495-527.
- Haag, G. (1997). Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le Moi corporel. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 20, 111-131.
- Haag, G., & Haag, M. (1998). De l'introjection de contenance à l'autonomie, apports de l'observation selon Esther Bick. In *L'autonomie des bébés* (p. 21-29). Cesura.
- Haag, G. (2004a). Le moi corporel entre dépression primaire et dépression mélancolique. *Revue française de psychanalyse*, 68(4), 1133-1151.
- Haag, G. (2004b). Sexualité orale et Moi corporel. *Topique*, no 87(2), 23-45.
- Haag, G. (2006). Résumé d'une grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste. *Contraste*, N° 25(2),

313-325.

Haag, G. (2010a). Approche du premier fonctionnement de la pensée et des premières formes de représentations. In *L'examen psychologique du jeune enfant* (p. 57-69). ERÈS.

Haag, G. (2010b). Approche du premier fonctionnement de la pensée et des premières formes de représentations. In *L'examen psychologique du jeune enfant* (p. 57-69). ERÈS.

Haag, G. (2018). *Le moi corporel : À partir de la clinique psychanalytique de l'autisme et de l'observation du premier développement*. PUF.

Hage, C. (2006). *Compétences cognitives, linguistiques et sociales de l'enfant sourd : Pistes d'évaluation*. Mardaga.

Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13(12), 673-685.

Harris, P., & Muncer, A. (1988). Autistic children's understanding of beliefs and desires. *British Psychological Society Section Conference, Coleg Harlech, Wales*.

Head, H., & Holmes, G. (1911). Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain*, 34(2-3), 102-254.

Hobbes, T. (1971). *Léviathan (1651)*, trad. De l'angl. Par François Tricaud. Paris, Sirey, 222.

Hobbes, T. (1980). *Leviathan (1651)*. Glasgow 1974.

Houdé, O., Pineau, A., Leroux, G., Poirel, N., Perchey, G., Lanoë, C., Lubin, A., Turbelin, M.-R., Rossi, S., Simon, G., Delcroix, N., Lamber-ton, F., Vigneau, M., Wisniewski, G., Vicet, J.-R., & Mazoyer, B.

- (2011). Functional magnetic resonance imaging study of Piaget's conservation-of-number task in preschool and school-age children: A neo-Piagetian approach. *Journal of Experimental Child Psychology*, 110(3), 332-346.
- Houdé, O. (2011). *La psychologie de l'enfant*. PUF.
- Houzel, D. (1985). Le monde tourbillonnaire de l'autisme. *Lieux de l'enfance*, 3, 169-185.
- Houzel, D. (2000). Schéma corporel. In *Dictionnaire de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. PUF.
- Houzel, D. (2002). Les signes précoces de l'autisme et leur signification psychopathologique. *Le Carnet PSY*, 76(8), 23-26.
- Houzel, D. (2005). *Le concept d'enveloppe psychique*. In Press.
- Houzel, D. (2011). Flux sensoriels et flux relationnels chez l'enfant autiste. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, Vol. 1(2), 141-155.
- Houzel, D. (2012). Le corps et l'esprit : Quelles relations? *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(1), 23-48.
- Hughes, C., & Russell, J. (1993a). Autistic children's difficulty with mental disengagement from an object : Its implications for theories of autism. *Developmental Psychology*, 29(3), 498-510.
- Hughes, C., & Russell, J. (1993b). Autistic children's difficulty with mental disengagement from an object : Its implications for theories of autism. *Developmental Psychology*, 29(3), 498-510.
- Hughes, C., Russell, J., & Robbins, T. W. (1994). Evidence for executive dysfunction in autism. *Neuropsychologia*, 32(4), 477-492.

- Joly, F. (2017). *L'enfant autiste et son corps : Une approche psychomotrice de l'autisme infantile.*
- Jouen, F., Guillois, B., David, M., & Molina, M. (2015). Des flux sensoriels à l'instrumentalisation des conduites. *Enfance*, N° 4(4), 463-475.
- Jouen, F., & Molina, M. (2000). Le rôle des flux sensoriels dans les débuts du développement. *Enfance*, 53(3), 235-247.
- Kanner, L. (1944). Early infantile autism. *The Journal of Pediatrics*, 25, 211-217.
- Kanner, L. (1943). *Autistic Disturbance of Affective Contact*. 2, 217-250.
- Karmiloff, K., & Karmiloff-Smith, A. (2015). *Comment les enfants entrent dans le langage : Un nouveau regard sur les théories et les pratiques d'acquisition du langage.* Retz.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *Projective identification: The fate of a concept*, 19-46.
- Klein, M. (1957). *Envie et gratitude.* Gallimard.
- KloECKner, A., Jutard, C., Bullinger, A., Nicoulaud, L., Tordjman, S., & Cohen, D. (2009). Intérêt de l'abord sensorimoteur dans les pathologies autistiques sévères I : Introduction aux travaux d'André Bullinger. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(2), 154-159.
- Kreisler, L., Fain, M., & Soulé, M. (1974). *L'enfant et son corps.* PUF.
- Kumar, V. J., Grissom, N. M., McKee, S. E., Schoch, H., Bowman, N., Havekes, R., Kumar, M., Pickup, S., Poptani, H., Reyes, T. M., Hawrylycz, M., Abel, T., & Nickl-Jockschat, T. (2018). Linking spa-

- tial gene expression patterns to sex-specific brain structural changes on a mouse model of 16p11.2 hemideletion. *Translational Psychiatry*, 8(1), 1-13.
- Lacan, J. (1966a). *Écrits*, Paris : Éditions du Seuil. *Trans. Ecrits: A selection (1982) chap, 3*, 86.
- Lacan, J. (1966b). *Écrits [Writings]*. Paris: Éditions du Seuil.
- Lalande, A., & Poirier, R. (2010). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie (3e édition)*. PUF.
- Lebovici, S. (1961). La relation objectale chez l'enfant. *La Psychiatrie de l'enfant*, 3(1), 147-226.
- Lebovici, S. (1998). L'arbre de vie. In *Éléments de la psychopathologie du bébé* (p. 107-130). Erès.
- Lebovici, S., & Moro, M. R. (2009). L'empathie. *L'arbre de vie. Eléments de psychopathologie du bébé*, 101-111.
- Leekam, S. R., & Perner, J. (1991). Does the autistic child have a metarepresentational deficit? *Cognition*, 40(3), 203-218.
- Leslie, A. M., & Thaiss, L. (1992). Domain specificity in conceptual development : Neuropsychological evidence from autism. *Cognition*, 43(3), 225-251.
- Lhermitte, J. (1939). *L'image de notre corps*. Nouvelle Revue Critique.
- Lhermitte, J. (1942). De l'image corporelle. [Concerning the body image.]. *Revue Neurologique*, 74, 20-38.
- Lheureux-Davidse, C. (2012a). De l'agrippement sensoriel à la métaphore partagée dans la clinique de l'autisme. *Chimères : revue des*

- schizoanalyses, 2(78), 75-85.
- Lheureux-Davidse, C. (2012b). La mise en mouvement dans la pensée magique. *Cliniques mediterraneennes*, n° 85(1), 7-22.
- Lheureux-Davidse, C. (2015). Sensorialité et conquête du moi corporel chez de jeunes autistes. *Adolescence*, T.32 n° 4(4), 821-833.
- Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017). What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466-474.
- Lorenz, K. (1927). Beobachtungen an Dohlen. *Journal für Ornithologie*, 75(4), 511-519.
- Macé, G. (1992). *Autisme France Aspect cognitif* [Communication collégiale].
- Macfarlane, A. (1975). Olfaction in the Development of Social Preferences in the Human Neonate. In *Ciba Foundation Symposium 33—Parent-Infant Interaction* (p. 103-117). John Wiley & Sons, Ltd.
- Maiello, S. (1991). L'objet sonore : Hypothèse d'une mémoire auditive prénatale. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 20, 40-66.
- Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique : Les mouvements individuels de vie et de mort* (Vol. 2). Payot Paris.
- Mazéas, D. (2017). Enclaves autistiques et ajustement contre-transférentiel. *Le Coq-heron*, N° 229(2), 91-100.
- Mazéas, D. (2018a). Les ancrages corporels du langage chez les enfants autistes. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, Vol. 8(1), 145-166.

- Mazéas, D. (2018b). Émotions esthétiques et créativité partagée dans la psychothérapie avec les personnes autistes. In *Construction et partage du monde interne* (p. 293-314). Erès.
- Medjkane, F. (2018). *Position autistique, position psychotique : Pour une perspective psychopathologique des troubles envahissants du développement de l'enfant* [Phd, Université Sorbonne Paris Cité].
- Mellier, D. (2003). Transformer le regard du visuel à l'association de points de vue, le regard comme une tension à contenir. *Cahiers de psychologie clinique*, n° 20(1), 169-189.
- Mellier, D. (2005a). La fonction à contenir. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 48(2), 425-499.
- Mellier, D. (2005b). *Les bébés en détresse : Intersubjectivité et travail de lien : Une théorie de la fonction contenante*. PUF.
- Meltzer, D. (1975). La psychologie des états autistiques et de l'état mental post-autistique. *Explorations dans le monde de l'autisme*, 23-51.
- Meltzoff, A. N. (1985). Immediate and Deferred Imitation in Fourteen- and Twenty-Four-Month-Old Infants. *Child Development*, 56(1), 62-72.
- Meltzoff, A. N. (1988). Infant Imitation and Memory: Nine-Month-Olds in Immediate and Deferred Tests. *Child development*, 59(1), 217-225.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1992). Early Imitation Within a Functional Framework: The Importance of Person Identity, Movement, and Development. *Infant behavior & development*, 15(4), 479-505.

- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*, Gallimard.
Paris: Bibliothèque des idées.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Sens et non-sens*. Gallimard.
- Merleau-Ponty, M. (2001). *Psychologie et pédagogie de l'enfant : Cours de Sorbonne 1949 - 1952*. Verdier.
- Merleau-Ponty, M. (2009). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Michèle, G., & Bernard, G. (2018). Les destins de la dyssensorialité. *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, 1(8), 167-184.
- Misès, R. (1990). *Les pathologies limites de l'enfance : Étude clinique et psychopathologique*.
- Morin, C. (2013a). Le schéma corporel. *Psychanalyse*, 19-37.
- Morin, C. (2013b). L'image du corps. *Psychanalyse*, 39-67.
- Mottron, L. (2013). *L'autisme : Diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle*. Primento Publishing.
- Mottron, L. (2016). *L'intervention précoce pour enfants autistes*. Mardaga.
- Nadel, J. (2005). L'imitation, un langage sans mot, son rôle chez l'enfant atteint d'autisme. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53(7), 378-383.
- Noria, Y. (2005). *Des aléas du désir de manger chez des enfants souffrant ou ayant souffert de pathologies respiratoires et/ou digestives néonatales*. Margency.
- Ozonoff, S., & McEvoy, R. E. (1994). A longitudinal study of executive function and theory of mind development in autism. *Development*

- and Psychopathology*, 6(3), 415-431.
- Ozonoff, S., Pennington, B. F., & Rogers, S. J. (1991a). Executive Function Deficits in High-Functioning Autistic Individuals : Relationship to Theory of Mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1081-1105.
- Ozonoff, S., Rogers, S. J., & Pennington, B. F. (1991b). Asperger's Syndrome : Evidence of an Empirical Distinction from High-Functioning Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1107-1122.
- Piaget, J. (1935). La naissance de l'intelligence chez le petit enfant. *Revue de pédagogie*, 11, 56-64.
- Piaget, J. (1936). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Delachaux & Niestlé.
- Piaget, J. (1937). *La construction du réel*. Delachaux & Niestlé.
- Piaget, J. (1945). *La formation du symbole chez l'enfant*. Delachaux & Niestlé.
- Piaget, J. (1964). *Six études de psychologie*. Denoël.
- Pontalis, J.-B. (1986). *La jeune fille. Freud, Le délire et les rêves dans la Gradiva de W. Jensen*. Gallimard.
- Pontalis, J.-B. (2018). *L'amour des commencements*. Gallimard.
- Prior, M., & Hoffmann, W. (1990). Brief report : Neuropsychological testing of autistic children through an exploration with frontal lobe tests. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20(4), 581-590.

- Rabain, J.-F. (2004). L'empathie maternelle de Winnicott. *Revue française de psychanalyse*, Vol. 68(3), 811-829.
- Rank, O. (1976). *Le traumatisme de la naissance*. Payot.
- Resnik, S. (2011). Réflexion sur autisme et psychose. Hommage à Frances Tustin. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, Vol. 1(2), 209-230.
- Ribas, D. (2010). *L'énigme des enfants autistes*. Pluriel.
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2008). *Neurones Miroirs (Les)*. Odile Jacob.
- Robert DeLong, G., & Dwyer, J. T. (1988). Correlation of family history with specific autistic subgroups : Asperger's syndrome and bipolar affective disease. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18(4), 593-600.
- Rochat, P., Blass, E. M., & Hoffmeyer, L. B. (1988). Oropharyngeal control of hand-mouth coordination in newborn infants. *Developmental Psychology*, 24(4), 459-463.
- Rousselot-Pailley, B. (2015). La Fourmi noire et Schtroumpf costaud : La question du transfert dans les thérapies d'enfants souffrant d'autisme. *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, n° 92(2), 121-126.
- Roussillon, R. (1997). La fonction symbolisante de l'objet. *Revue française de psychanalyse*, LXI(2), 399-415.
- Roussillon, R. (2008). *Le jeu et l'entre-je(u)*. PUF.
- Rumsey, J. M. (1985). Conceptual problem-solving in highly verbal, non-retarded autistic men. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15(1), 23-36.
- Russell, J., Mauthner, N., Sharpe, S., & Tidswell, T. (1991). The 'windows

- task' as a measure of strategic deception in preschoolers and autistic subjects. *British Journal of Developmental Psychology*, 9(2), 331-349.
- Rutter, M., Andersen-Wood, L., Beckett, C., Bredenkamp, D., Castle, J., Groothues, C., Kreppner, J., Keaveney, L., Lord, C., & O'Connor, T. G. (1999). Quasi-autistic Patterns Following Severe Early Global Privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(4), 537-549.
- Sabourin, R. (2010). *Les cinq sens dans la vie relationnelle*. Le souffle d'Or.
- Sandri, R. (1998). De l'espace corporel à l'espace de la pensée. In *L'autonomie des bébés*. Cesura.
- Saretta Verissimo, D. (2012). Sur la notion de schéma corporel dans la philosophie de Merleau-Ponty : De la perception au problème du sensible. *Bulletin d'Analyse Phénoménologique*.
- Sartre, J.-P., & Elkaïm-Sartre, A. (1943). *L' être et le néant: Essai d'ontologie phénoménologique*. Gallimard.
- Saussure, F. de. (1916). *Cours de linguistique générale*. Paris: Payot.
- Schaal, B., Montagner, H., Hertling, E., Bolzoni, D., Moyse, A., & Quichon, R. (1980). Les stimulations olfactives dans les relations entre l'enfant et la mère. *Reproduction Nutrition Développement*, 20(3B), 843-858.
- Scheler, M. (1926). *Problèmes de sociologie de la connaissance*. PUF.
- Schilder, P. (1950). *L'image du corps*. Gallimard.

- Schmit, G., & Rolland, A.-C. (2006). Le travail avec les parents en pédopsychiatrie. *Perspectives Psy*, Vol. 45(1), 6-7.
- Schoch, H., Kreibich, A. S., Ferri, S. L., White, R. S., Bohorquez, D., Banerjee, A., Port, R. G., Dow, H. C., Cordero, L., Pallathra, A. A., Kim, H., Li, H., Bilker, W. B., Hirano, S., Schultz, R. T., Borgmann-Winter, K., Hahn, C.-G., Feldmeyer, D., Carlson, G. C., ... Brodtkin, E. S. (2017). Sociability Deficits and Altered Amygdala Circuits in Mice Lacking Pcdh10, an Autism Associated Gene. *Biological Psychiatry*, 81(3), 193-202.
- Segond, H. (2008). *Le Toucher en développement Perception tactile et continuité transnatale* (p. 75-108).
- Senez, C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et encéphalopathiques*. Solal.
- Shirley, V. (1994). *L'émergence du langage de l'enfant déficient auditif. Des premiers sons aux premiers mots*. Masson.
- Simas, R., & Golse, B. (2008). La bouche et l'oralité dans le développement entre explorations ressentis, entre cognition et émotions. In *Le développement intellectuel et affectif de l'enfant* (p. 247-256). Elsevier Masson.
- Smalley, S. L., Asarnow, R. F., & Spence, M. A. (1988). Autism and Genetics: A Decade of Research. *Archives of General Psychiatry*, 45(10), 953-961.
- Spitz, R. (1946). *De la naissance à la parole : La première année de la vie*.

PUF.

Spitz, R. (1965). *The First Year of Life*. New York, International Universities Press.

Steffenburg, S., Gillberg, C., Hellgren, L., Andersson, L., Gillberg, I. C., Jakobsson, G., & Bohman, M. (1989). A Twin Study of Autism in Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(3), 405-416.

Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. PUF.

Streri, A. (1991). *Voir, atteindre, toucher*. PUF.

Streri, A. (2000). *Toucher pour connaître*. PUF.

Suarez-Labat, H. (2012). DONALD MELTZER, "La psychologie des états autistiques et de l'état mental post-autistique" (1975), in *Explorations dans le monde de l'autisme* (1980, 2002), Payot, chap. II, 23-51. In *45 commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique* (p. 253-261). Dunod.

Suarez-Labat, H., & Chagnon, J.-Y. (2020). *Les troubles du spectre de l'autisme et leurs évolutions*.

Tordjman, S., Ferrari, P., Golse, B., Bursztejn, C., Botbol, M., Lebovici, S., & Cohen, D. J. (1997). Les "dysharmonies psychotiques" et les multiplex developmental disorders : Histoire d'une convergence. *La Psychiatrie de l'enfant*, 40(2), 473-504.

Tordjman, Sylvie, Anderson, G. M., Botbol, M., Brailly-Tabard, S., Perez-Diaz, F., Gaignic, R., Carlier, M., Schmit, G., Rolland, A.-C., Bonnot, O., Trabado, S., Roubertoux, P., & Bronsard, G. (2009). Pain

- Reactivity and Plasma β -Endorphin in Children and Adolescents with Autistic Disorder. *PLOS ONE*, 4(8), e5289.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson: Recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, Vol. 15(4), 309-428.
- Tronick, E. Z., & Weinberg, M. K. (1998). À propos des conséquences toxiques psychiques de la dépression maternelle sur la régulation émotionnelle mutuelle des interactions mère-bébé. *Psychiatrie périnatale*, 299-333.
- Tustin, F. (1981). *Les états autistiques chez l'enfant*. Seuil.
- Tustin, F. (1985a). Améliorer les états autistiques. *Lieux de l'enfance*, 3, 15-35.
- Tustin, F. (1985b). Les formes autistiques. *Lieux de l'enfance*, 3, 221-247.
- Tustin, F. (1985c). Les objets autistiques. *Lieux de l'enfance*, 3, 199-221.
- Tustin, F. (1992). *Autisme et protection*. Seuil.
- Valade, B. (2016). Les cinq sens : Diversité et divergences de savoirs désunis. *Hermes, La Revue*, n° 74(1), 31-42.
- Vasseur, R. (2000). Importance des aspects biomécaniques et des points d'appui posturaux dans la genèse de l'axe corporel. *Enfance*, 53(3), 221-233.
- Wallon, H. (1942). *De l'acte à la pensée*. Flammarion.
- Wallon, H. (1945). *Les origines de la pensée chez l'enfant*. PUF.
- Wallon, H. (1958). Fondements métaphysiques ou fondements dialectiques de la psychologie. *Enfance*, 16, 99-107.

- Wallon, H. (2020). *L'évolution psychologique de l'enfant*. Dunod.
- Wallon, H., & Lurçat, L. (1958). Le dessin du personnage par l'enfant : Ses étapes et ses mutations. *Enfance*, 11(3), 177-211.
- Winnicott, D. W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41, 585-595.
- Winnicott, D. W. (1965). *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Payot.
- Winnicott, D. W. (1970). The mother-infant experience of mutuality. In *Parenthood; Its psychology and psychopathology*. Little.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Gallimard.
- Winnicott, D. W. (1972). Basis for self in body. *International Journal of Child Psychotherapy*, 1, 7-16.
- Winnicott, D. W, Sauguet, H., & Kalmanovitch, J. (1956). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot.
- Winnicott, Donald Woods, & Stronck-Robert, A. (1957). *L'enfant et le monde extérieur : Le développement des relations*. Payot.
- Yi, M.-K. (2014a). Où est le jeu ? " Espace potentiel " revisité. *Revue française de psychanalyse*, 78(4), 1150-1161.
- Yi, M.-K. (2014b). Psychanalyse et psychologie du développement, dialogue impossible ? *Recherches en psychanalyse*, n° 18(2), 167-177.
- Yi, M.-K. (2015). *L'enfant impossible*. PUF.
- Weismann-Arcache, C. (2009). L'acte poétique chez l'enfant. *Topique*, n° 109(4), 139-155.

Index

A

activités répétitives, 36, 225
affect, 16, 84, 138, 145, 162, 163, 164, 184, 224
ancrage, 151, 153, 154, 156, 174, 176, 235, 242
angoisse, 40, 142, 144, 209, 214, 242
archaïsme, 137, 138, 236, 331, 332, 334, 335
attente, 31, 46, 101, 149, 155, 170, 177, 224, 233, 333, 350

B

bouche, 36, 40, 56, 87, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 113, 118, 140, 142, 153, 155, 160, 232, 234, 235, 293, 334
brume sensorielle, 84, 157

C

capacité de représentation, 144, 152, 153, 224, 233, 236, 326, 327
cercle, 189
cerveau, 46, 74, 78, 125, 183, 185, 186
collage, 199, 213, 222
communication, 23, 24, 26, 48, 65, 67, 68, 70, 73, 74, 77, 78, 79, 85, 86, 89, 95, 108, 117, 122, 129, 130, 131, 154, 175, 178, 187, 196, 198, 199, 200, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 223, 230, 231, 236, 237, 239, 240, 241, 245, 249, 256, 257, 258, 267, 268, 272, 273, 278, 279, 281, 283, 285, 287, 299, 311, 315, 316, 317, 319, 320, 324, 325, 326, 327, 328, 333, 334, 344, 352
contact corporel, 112, 174, 201
continuité sensorielle, 143
contre-transfert, 242, 244, 348, 349, 350
corporel, 42, 43, 44, 79, 80, 99, 100, 109, 110, 130, 145, 146, 149, 152, 153, 154, 174, 175, 177, 178, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 199, 200, 206, 207, 212, 229, 234, 237, 239, 325, 327, 340
corps, 15, 16, 17, 22, 23, 25, 30, 38, 39, 40, 41, 43, 47, 50, 57, 62, 64, 68, 74, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 89, 94, 95, 99, 100, 102, 104, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 116, 119, 120, 123, 124, 126, 127, 128, 130, 138, 140, 141, 144, 147, 149, 151, 152, 153, 156, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 170, 171, 172, 173, 174, 177, 178, 179, 182,

183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 196, 198, 199, 200, 201, 203, 210, 211, 214, 215, 216, 217, 224, 225, 226, 227, 228, 231, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 244, 249, 251, 264, 293, 295, 301, 307, 308, 310, 327, 351, 352

D

débordement, 36, 42, 52, 203, 204
demande, 33, 36, 38, 39, 40, 41, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 88, 123, 214, 215, 233, 241, 245, 252, 338, 340
déplaisir, 101, 147, 148, 162
désir, 15, 100, 101, 122, 123, 124, 155, 198, 226, 239
désorganisation, 36, 38, 40, 44, 99, 244
détresse, 23, 50, 79, 118
diagnostic différentiel, 260
douleur, 42, 106, 186, 204, 215, 270, 351
dysharmonie. *See* dysharmonique
dysharmonique, 352

E

effondrement, 112
enfermement, 23, 25, 38, 42, 62, 79, 189, 196, 197, 212, 223, 237, 244, 268, 269, 271, 274, 291, 294, 295, 315, 317, 320, 338
entrave, 22, 25, 79, 199, 236, 337, 353
enveloppe, 15, 36, 38, 41, 45, 57, 86, 108, 110, 111, 117, 127, 150, 161, 188, 208, 238
équilibre, 84, 87, 105, 112, 126, 127, 172, 174, 263, 301, 303, 304
eu lieu, 46, 216, 220
évaluation, 37, 38, 40, 54, 189, 206, 245, 250, 252, 253, 254, 257, 280, 282, 308, 324, 328, 341
expérience corporelle. *See* corps, *See* corps

F

flux sensoriel, 84, 172, 174

G

génétique, 71, 72, 73, 136, 229, 251, 255, 344

I
interactions précoces, 136
intersubjectivité, 45, 79, 163, 164, 165, 181, 184, 325

L
la voix, 98, 101, 117, 118, 119, 160, 211, 223, 239
le cri, 117, 118
Limites, 340

M
mêmeté, 130, 169, 199, 216
mouvement, 39, 40, 41, 43, 45, 53, 55, 85, 95, 96, 100, 124, 127, 128, 130, 145, 147, 167, 178, 186, 188, 189, 199, 208, 216, 224, 227, 229, 230, 234, 244, 252, 264, 269, 271, 301, 307, 308, 309, 310, 317, 318, 319, 324, 336, 351, 354

N
narcissisme, 161

O
objet, 14, 25, 36, 38, 39, 42, 51, 79, 80, 86, 87, 100, 102, 103, 105, 108, 114, 121, 123, 128, 130, 138, 142, 143, 145, 147, 153, 156, 157, 159, 160, 162, 163, 164, 168, 169, 170, 171, 184, 187, 205, 210, 211, 213, 214, 215, 225, 226, 229, 230, 232, 233, 234, 235, 238, 242, 270, 336, 340, 349, 351, 352
observation, 16, 37, 44, 51, 53, 62, 113, 119, 124, 125, 141, 167, 169, 197, 217, 229, 251, 252, 254, 259, 260, 281, 335, 351
ouverture, 23, 24, 25, 37, 39, 62, 79, 97, 105, 106, 136, 160, 174, 196, 197, 198, 200, 235, 249, 268, 291, 296, 298, 299, 338, 343, 354

P
peau, 38, 40, 42, 47, 50, 56, 57, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 206, 215, 226, 351
perception, 22, 74, 84, 85, 96, 98, 103, 105, 107, 108, 112, 113, 121, 127, 152, 154, 157, 161, 162, 165, 174, 179, 183, 184, 187, 206, 218, 225, 290, 296, 299
plaisir, 47, 99, 101, 104, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 158, 161, 162, 201, 242, 269, 294

portage, 111, 124, 176
primaire, 38, 84, 113, 124, 137, 142, 154, 196, 201, 202, 203, 211, 235, 269, 310, 335, 336
pulsion, 162
pulsions, 145, 146, 147, 148, 151, 159, 229, 230

R
réciprocité, 48, 51, 53, 67, 79, 95, 124, 164, 221, 268, 314, 326, 333, 334, 353
regard, 23, 31, 35, 39, 41, 55, 58, 65, 78, 102, 117, 121, 122, 123, 124, 130, 161, 198, 213, 219, 224, 234, 235, 239, 257, 308, 314, 343, 344
rencontre, 15, 30, 34, 80, 84, 94, 95, 117, 140, 142, 145, 149, 155, 162, 176, 180, 196, 197, 223, 227, 229, 237, 244, 349
repli, 25, 37, 52, 56, 161, 333, 336
rigidité, 75, 203
rituels, 36, 52, 57, 252
rythme, 33, 106, 116, 119, 123, 174, 217, 223, 236, 336
rythmicité, 119, 236, 336

S
sensorialité, 15, 16, 17, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 42, 62, 79, 80, 81, 82, 83, 87, 88, 89, 94, 96, 111, 127, 130, 136, 138, 145, 146, 151, 152, 153, 156, 158, 160, 162, 165, 174, 181, 189, 196, 197, 199, 201, 202, 204, 214, 223, 229, 235, 236, 237, 245, 249, 257, 267, 268, 269, 271, 274, 291, 294, 295, 296, 298, 299, 315, 317, 320, 324, 325, 327, 328, 331, 332, 333, 335, 338, 341, 343, 344, 348, 351, 352
sensoriel, 15, 22, 25, 35, 39, 40, 42, 50, 52, 56, 57, 63, 79, 80, 82, 84, 86, 94, 96, 98, 102, 109, 127, 129, 137, 141, 145, 146, 149, 151, 152, 153, 154, 157, 166, 167, 172, 176, 179, 182, 183, 188, 200, 202, 203, 204, 205, 228, 234, 238, 242, 249, 253, 256, 261, 265, 267, 291, 298, 315, 316, 317, 324, 325, 331, 333, 335, 337, 341, 344, 351, 352, 353
séparation, 34, 50, 52, 144, 189, 198, 207, 208, 209, 218, 232, 242, 297, 325, 350
stéréotypie, 225
suçotement, 97, 104, 159, 160, 161
synchronie, 43, 105, 119, 146, 179, 184, 200, 214, 326, 327

T

temporalité, 79, 149, 170, 227, 250, 325, 353

théorie de l'esprit, 77, 78

tonus, 32, 173, 174, 175, 264, 269, 291, 301, 307,
308, 310, 317, 318, 319

transfert, 125, 184, 242, 243, 244, 348, 349, 350

traumatisme, 143, 144

V

vécu corporel, 16, 23, 38, 39, 41, 43, 56, 62, 130,
138, 204, 227, 320, 324, 327, 328, 351

vulnérabilité, 73

Annexes

ANNEXE 1: CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DU
SPECTRE DE L'AUTISME, DSM-5 ET CIM10

DSM-5 : Critères diagnostiques 299.00 (F84.0)

A. Déficients persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés :

1. Déficients de la réciprocité sociale ou émotionnelle.
2. Déficients des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales.
3. Déficients du développement, du maintien et de la compréhension des relations.

Spécifier la sévérité actuelle : la sévérité repose sur l'importance des déficients de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs. La sévérité est codée en trois niveaux (niveau 1 : nécessitant de l'aide ; niveau 2 : nécessitant une aide importante ; niveau 3 : nécessitant une aide très importante).

B. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents :

1. Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage.
2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés.

3. Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but.

4. Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement.

Spécifier la sévérité actuelle : la sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs.

C. Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement manifestes avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limitées de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises).

D. Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel, social, scolaire (professionnels ou dans d'autres domaines importants).

E. Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement. La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés. Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble du spectre de l'autisme et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu

pour le niveau de développement général.

Spécifier si :

- avec ou sans déficit intellectuel associé ;
- avec ou sans altération du langage associée ;
- associé à une pathologie médicale ou génétique connue ou à un facteur environnemental ;
- associé à un autre trouble développemental, mental ou comportemental ;
- avec catatonie.

Source : American Psychiatric Association, 2015

Critères diagnostiques de l'autisme infantile (F84.0) de la CIM-10

A. Présence, avant l'âge de 3 ans, d'anomalies ou d'altérations du développement, dans au moins un des domaines suivants :

- 1) Langage (type réceptif ou expressif) utilisé dans la communication sociale ;
- 2) Développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques ;
- 3) Jeu fonctionnel ou symbolique.

B. Présence d'au moins six des symptômes décrits en (1), (2), et (3), avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3) :

- 1) Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :
 - a- Absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales,
 - b- Incapacité à développer (de manière correspondante à l'âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions,

c- Manque de réciprocité socio-émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui, ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels, et communicatifs,

d- Ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts, ou ses succès avec d'autres personnes (par exemple, ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l'intéressent) ;

2) Altérations qualitatives de la communication, manifestes dans au moins un des domaines suivants :

a- Retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique,

b- Incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint),

c- Usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases,

d- Absence de jeu de "faire semblant", varié et spontané, ou, dans le jeune âge, absence de jeu d'imitation sociale ;

3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :

a- Préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité, mais non par leur contenu

ou leur focalisation,

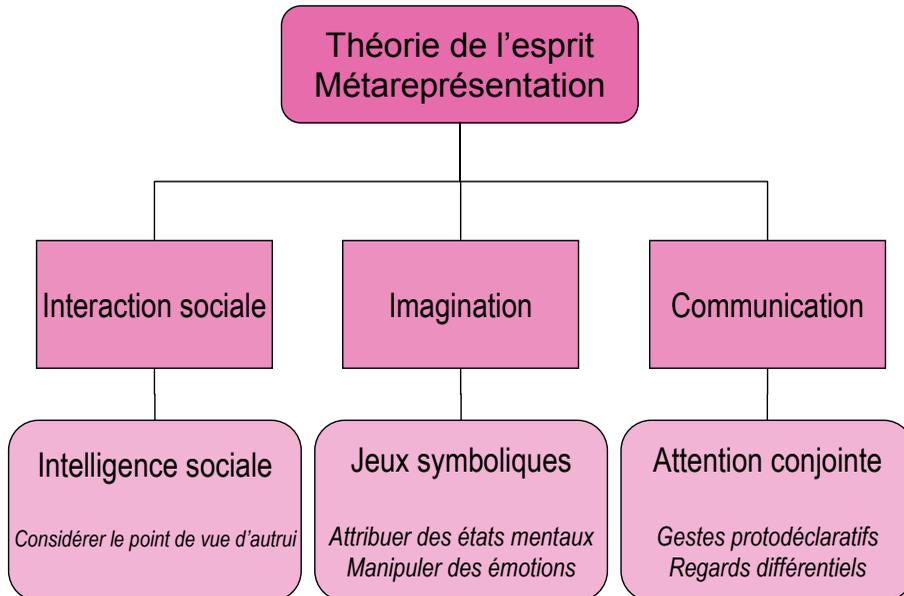
b- Adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels,

c- Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (par exemple, battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de toute le corps),

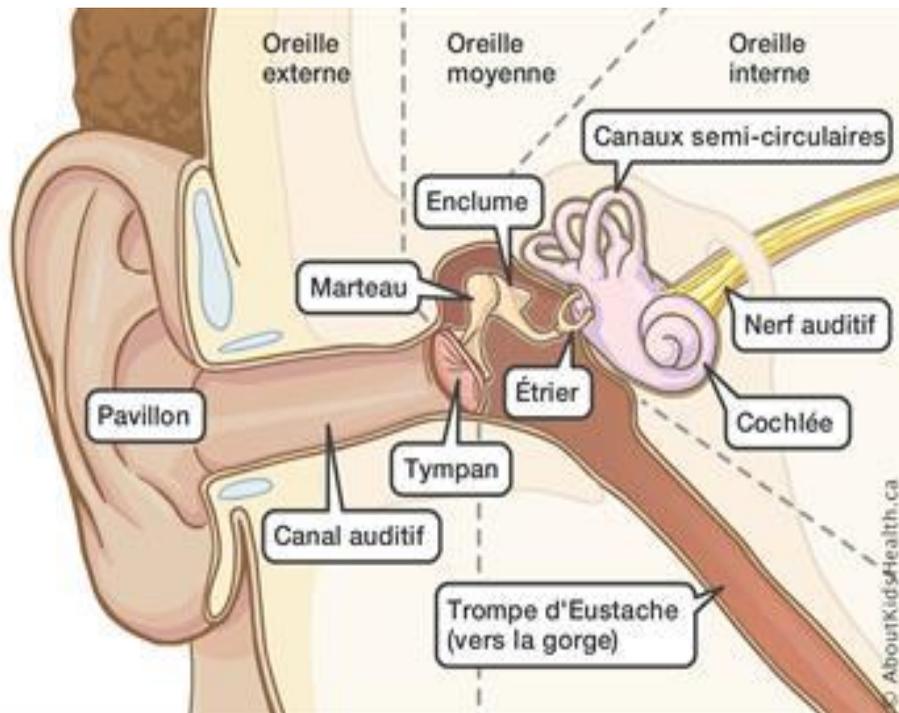
d- Préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (par exemple, leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent).

C. Le tableau clinique n'est pas attribuable à d'autres variétés de trouble envahissant du développement : trouble spécifique de l'acquisition du langage, versant réceptif (F80.2), avec des problèmes socio-émotionnels secondaires ; trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance (F94.1) ou trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition (F94.2) ; retard mental (F70-F72) avec quelques perturbations des émotions ou du comportement ; schizophrénie (F20) de survenue inhabituellement précoce ; syndrome de

ANNEXE 2 : METAREPRESENTATION THEORIE
DE L'ESPRIT



ANNEXE 3 : STRUCTURE DE L'OREILLE



ANNEXE 4 : LE STADE SENSORI-MOTEUR SELON PIAGET

Le stade sensori-moteur selon J.Piaget

Piaget distingue six phases constituant le stade sensori-moteur :

- **Phase 1** : La répétition des activités réflexes (telle que la succion et le grasping) consolide les premiers schèmes qui ouvrent à la formation des premières habitudes (exemple : sucer son pouce).
- **Phase 2** : Pas encore de différenciation entre les moyens et les buts. L'enfant intègre des éléments encore indépendants pour lui (coordination des mouvements de bras, main, bouche) ce qui le conduit à la formation d'habitudes.
- **Phase 3** : Début de la différenciation entre moyen et but. Une coordination entre la vision et la préhension s'effectue aux alentours de 4,5 mois. Le bébé associe le fait de tirer sur le cordon et d'entendre les hochets suspendus à son berceau.
- **Phases 4 et 5**: Un but préalable s'impose au sujet indépendamment des moyens qu'il va employer. L'enfant utilise des schèmes d'assimilation connus et recherche des nouveaux moyens en les différenciant entre eux (exemple : un jouet est posé sur un tapis. L'enfant cherche à l'attraper, il découvre que le tapis bouge et va alors tirer dessus jusqu'à obtenir l'objet).
- **Phase 6** : L'émergence de l'insight. L'enfant est capable de trouver de nouveaux moyens non plus seulement par le toucher et la manipulation matérielle mais par « combinaisons intériorisées » qui permettent une compréhension soudaine.

ANNEXE 5 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Necker- Enfants Malades

Formulaire de consentement des parents

participant

à la recherche intitulée

Le rôle de la sensorialité dans le développement de l'enfant

Je soussigné(e)..... parent de , accepte de participer à la recherche intitulée « Le rôle de la sensorialité dans le développement de l'enfant ». Cette recherche est supervisée par le Professeur Bernard Golse, chef de service. Il m'a été précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai bien reçu et pris connaissance des informations qui m'ont été données.

J'accepte que les données recueillies lors des évaluations réalisées à l'Hôpital Necker-Enfants Malades durant l'hospitalisation à l'Unité De Jour du service de pédopsychiatrie soient utilisées de façon anonyme par les organisateurs de la recherche.

Le droit d'accès et de rectification prévu par la loi " Informatique et Liberté " s'exerce à tout moment auprès des responsables de l'étude. Pour toutes les informations de nature médicale, j'exercerai ce droit par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix (article 40 de la loi 78.17 du 6 janvier 1978), le Pr. Ber-

nard Golse, Hôpital Necker, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 149 rue de Sèvres. 75015 Paris. Tel: 01-44-49-46-74)

Les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Elles ne pourront être consultées que par l'équipe médicale, les personnes dûment mandatées par le promoteur de la recherche et éventuellement par des représentants des autorités sanitaires et judiciaires habilitées.

Je peux à tout moment demander toute information complémentaire à Mme Charlotte Ullmo (n° de téléphone 06-46-19-56-44).

Après en avoir discuté et avoir obtenu réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite ci-dessus. Je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette recherche et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à mes relations avec le médecin investigateur .

Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Fait à Paris, le

L'investigateur :

Personne donnant le consentement

Nom : ULLMO Charlotte

Titulaire de l'autorité parentale

Nom, prénom

Signature

Signature

		2 à 3 ans 11 mois = cotation actuelle	4 ans et + = le plus anormal entre 4 et 5 ans
B : Anomalies qualitatives dans la communication			
POUR TOUS LES SUJETS	B1 : manque ou retard de langage parlé et échec pour compenser par gestes		
	Pointer pour exprimer l'intérêt (30)		
	Hochement de tête (32)		
	Mouvement tête pour dire « non » (33)		
	Gestes conventionnels (31)		
	Total B1 =		
	B4 : Manque de variété dans les jeux de « faire semblant » ou dans les jeux d'imitation sociale		
	Imitation spontanée d'actions (29)		
	Jeu imaginaire (63)		
	Jeu social imitatif (65)		
Total B4=			
UNIQUEMENT POUR LES SUJETS VERBAUX	B2(V) : échec relatif pour initier ou soutenir un échange conversationnel		
	Verbalisation sociale / bavardage (16)		
	Conversation réciproque (20)		
	Total B2(V)=		
	B3(V) : langage stéréotypé, répétitif ou idiosyncrasique		
	Enoncés stéréotypés et écholalie différée (18)		
	Questions ou remarques inappropriées (22)		
	Inversion pronominale (23)		
	Néologismes / langage idiosyncrasique (24)		
	Total B3(V)=		
Total B:			
Sujets Verbaux: B1+B4+B2V+B3V (cut-off = 8) =			
Sujets Non Verbaux: B1+B4 (cut-off =7) =			

	2 à 3 ans 11 mois = à tout moment du développement	4 ans et + = à tout moment du développement
C : Patterns de comportements restreints, répétitifs et stéréotypés		
<i>C1 : Préoccupations envahissantes ou intérêts restreints</i>		
Préoccupations inhabituelles (71)		
Intérêts restreints (70)	Si + de 3 ans :	
Total C1 =		
<i>C2 : Adhésion apparemment compulsive à des routines ou à des rituels non fonctionnels</i>		
Rituels verbaux (que pour les sujets verbaux) (25)		
Compulsions/rituels (75)		
Total C2 =		
<i>C3 : Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs</i>		
Maniérismes des mains et des doigts (81)		
Autres maniérismes complexes (84)		Renporter le plus élevé des 2 scores
Total C3 =		
<i>C4 : Préoccupation pour des parties d'objets ou des éléments non fonctionnels du matériel</i>		
Utilisation répétitive d'objets ou intérêt pour des parties d'objets (72)		Renporter le plus élevé des 2 scores
Intérêts sensoriels inhabituels (77)		
Total C4 =		
Total C = C1+C2+C3+C4		
Cut-off = 3		

D : Anomalies du développement	
Age auquel les parents ont noté pour la première fois que quelque chose n'était pas tout à fait normal (si < à 36 mois, score 1) (2)	
Age d'apparition des premiers mots (si > 24 mois, score 1) (12)	
Age d'apparition des premières phrases (si > à 33 mois, score 1) (13)	
Age auquel l'anomalie est devenue évidente pour la première fois (si cotation 3 ou 4, score 1) (93)	
Jugement de l'intervieweur sur l'âge auquel les anomalies se sont manifestées pour la première fois (si < à 36 mois, score 1) (94)	
Total D (cut-off = 1) =	

ANNEXE 7 : CARS

Instructions :

Pour chaque catégorie, utilisez l'espace réservé aux observations et relevez les comportements appropriés à cet item. Après avoir réalisé un temps d'observation en individuel, cotez les comportements relatifs à chaque item en entourant le nombre qui correspond au mieux au profil de la personne. Vous devez utiliser une cotation intermédiaire lorsque le comportement du sujet se situe entre deux niveaux (1,5 ;2,5 ;3,5). Des critères d'évaluation abrégés sont présentés pour chaque item. Pour plus de détails concernant Ces descriptions, se référer au chapitre 3.

1 Relation aux autres

1- **Relation normal** : le comportement de l'enfant est approprié pour son âge. Une certaine timidité ou irritabilité peuvent être observées mais de manière mesurée (pas de degré d'atypicité).

1,5

2- **Relation légèrement inappropriée** : l'enfant peut éviter de regarder l'adulte dans les yeux, éviter l'adulte ou devenir irritable si l'interaction est forcée, être trop timide, ne pas être sensible à l'adulte, ou s'agripper aux parents un peu plus que les enfants du même âge.

2,5

3- **Relation moyennement inappropriée** : Par moment, l'enfant peut montrer une attitude distante (semble ignorer les adultes). Une sollicitation soutenue est parfois nécessaire pour obtenir l'attention de l'enfant. Un contact minimal est initié par l'enfant.

3,5

4- **Relation sévèrement anormale** : l'enfant est toujours distant ou ignore ce que fait l'adulte. Il ne répond presque jamais aux différentes sollicitations. Seules les tentatives les plus insistantes pour attirer l'attention de l'enfant peuvent avoir un effet.

Observations :

.....
.....
.....

2 Imitation

1- **Imitation appropriée à l'âge de la personne** : l'enfant peut imiter des sons, des mots, ou mouvements appropriés à son âge ou à son niveau de compétence.

1,5

2- **Imitation légèrement inappropriée** : la plupart du temps, l'enfant n'imité que des comportements simples comme les applaudissements ou des vocalisations. Occasionnellement, il imite lorsqu'on le sollicite activement (insistance) ou après un délai.

2,5

3- **Imitation moyennement inappropriée** : l'enfant n'imité seulement qu'une partie du temps et exige beaucoup de sollicitation et d'aide de la part de l'adulte. Fréquemment, Il n'imité qu'après un délai.

3,5

4- **Imitation sévèrement inappropriée** : l'enfant imite rarement voire jamais les sons, les mots ou mouvements même avec insistance.

Observations :

.....
.....
.....
.....

3- Réponse émotionnelle

1- **Réponse émotionnelle appropriée à l'âge et la situation** : l'enfant montre un type et un degré de réponse émotionnelle appropriée, comme l'indique le changement des expressions faciales, de la posture.

1,5

2- **Réponses émotionnelles légèrement anormales** : l'enfant affiche un type ou un degré de réactions émotionnelles quelque peu inappropriés. Ces réactions ont parfois peu de lien avec les objets ou événements de l'environnement.

2,5

3- **Réponses émotionnelles moyennement anormales** : l'enfant montre des signes évidents de réactions émotionnelles inappropriées dans le type ou le degré. Ces réactions peuvent être assez inhibées ou excessives et sans relation avec la situation. L'enfant peut grimacer, rire ou être sidéré, sans émotion lorsqu'on lui présente un objet ou lorsqu'un événement se produit.

3,5

4- **Réponses émotionnelles sévèrement anormales** : les réponses sont rarement appropriées à la situation, une fois que l'enfant est inscrit dans un état d'esprit spécifique, il est difficile de le faire changer. à l'inverse, l'enfant peut exprimer des émotions très différentes alors que rien n'a changé.

4- Utilisation du corps

1- **Utilisation du corps appropriée à l'âge** : le sujet bouge avec la même aisance, agilité et les coordinations sont similaires à un enfant du même âge.

1,5

2- **Utilisation légèrement anormale du corps** : quelques particularités mineures peuvent être présentes comme les maladresses, des mouvements répétitifs, des coordinations pauvres ou un équilibre précaire.

2,5

3- **Utilisation moyennement anormale du corps** : on observe des comportements qui sont clairement étranges ou inhabituels pour un enfant de cet âge, pouvant correspondre à des mouvements bizarres des doigts, une posture particulière des doigts ou du corps, des comportements d'auto-agression, une marche sur la pointe des pieds...

3,5

4- **Utilisation sévèrement anormale du corps** : l'intensité et la fréquence des comportements décrits précédemment sont des signes d'utilisation sévèrement anormale du corps. Ces comportements persistent malgré les tentatives pour les décourager ou engager l'enfant dans d'autres activités.

Observations :

.....
.....
.....

5- Utilisation des objets

1- **Intérêt approprié dans l'utilisation des jouets et autres objets**: L'enfant montre un intérêt approprié pour les jouets et autres objets pour son âge et son niveau de développement et les utilise de manière adaptée.

1,5

2- **Intérêt légèrement inapproprié dans l'utilisation des jouets et autres objets**: l'enfant montre un intérêt atypique pour un jouet ou joue avec de manière très enfantine (par exemple, suce les jouets ou les frappe...).

2,5

3- **Intérêt moyennement inapproprié dans l'utilisation des jouets et autres objets** : l'enfant peut montrer peu d'intérêt pour les jouets ou objets, ou peut montrer une préoccupation étrange pour certains objets. Il peut ainsi focaliser toute son attention sur une partie insignifiante de l'objet, être fasciné par les reflets de lumière ou des objets, faire bouger de manière répétée une partie d'un objet ou encore jouer avec de manière exclusive.

3,5

4- **Intérêt sévèrement inapproprié dans l'utilisation des jouets et autres objets** : l'enfant peut s'engager dans les mêmes comportements décrits ci-dessus mais avec une fréquence et une intensité plus importante. L'enfant est difficile à distraire lorsqu'il est engagé dans ce type d'activité.

Observations :

.....
.....
.....

6- Adaptation aux changements

1- **Réponse aux changements appropriée à l'âge**: Peut remarquer les changements de routine, mais accepte ces changements sans générer de stress.

1,5

2- **Réponse aux changements légèrement inappropriée**: lorsque l'adulte tente de changer de tâche, l'enfant peut continuer la même activité ou utiliser le même matériel.

2,5

3- **Réponse aux changements moyennement inappropriée**: l'enfant résiste activement aux changements de routine, essaie de poursuivre les activités antérieures et il est difficile de la distraire. L'enfant peut se montrer mécontent ou anxieux lorsque la routine établie est altérée.

3,5

4- **Réponse aux changements sévèrement anormale** : l'enfant montre une réaction sévère aux changements. Si le changement est imposé, l'enfant peut manifester une colère excessive, ou ne plus coopérer et manifester une crise de colère en réponse.

Observations :

.....
.....
.....

7- Réponses visuelles

1- **Réponse visuelle appropriée à l'âge**. Le comportement visuel est normal et approprié à son âge. La vision est utilisée avec les autres sens pour explorer un nouvel objet.

1,5

2- **Réponse visuelle légèrement anormale** : il faut occasionnellement rappeler l'enfant de regarder l'objet présenté. L'enfant peut être plus intéressé par les miroirs ou lumières que ses pairs, peut parfois regarder dans le vide, ou peut éviter de regarder les gens dans les yeux.

2,5

3- **Réponse visuelle moyennement anormale** : le regard n'est pas en adéquation avec les productions verbales. On observe une fascination visuelle manifeste avec les objets, les lumières, les miroirs, les toupies et ainsi de suite. Peut utiliser le regard périphérique pour observer les objets. On observe des difficultés à détourner l'attention de ses intérêts propres.

3,5

4- **Réponse visuelle sévèrement anormale**: on note une fuite permanente du contact visuel. Montre un intérêt excessif à observer certains objets spécifiques ou à regarder les objets de manière particulière.

Observations :

.....
.....
.....

8- Réponses auditives

- 1- **Réponse auditive appropriée** : L'audition est normale et les réponses auditives sont appropriées pour l'âge. L'ouïe est utilisée avec les autres sens.

1,5

- 2- **Réponse auditive légèrement inappropriée** : il peut y avoir un manque de réponse ou une réaction importante à certains sons. Les réponses aux sons peuvent être différées, et ces sons doivent être répétés pour capter l'attention de l'enfant. L'enfant peut être distrait par des sons extérieurs.

2,5

- 3- **Réponse auditive moyennement inappropriée** : Les réponses aux sons sont variables. L'enfant ignore souvent les sons lors des premières productions, peut être surpris ou se couvrir les oreilles en entendant les sons du quotidien.

3,5

- 4- **Réponse auditive sévèrement anormale** : L'enfant présente aucune réaction ou une réaction excessive aux sons : ces réactions sont marquées par un degré de manifestation importante.

Observations :

.....
.....
.....

9- Le goût, l'odorat, le toucher et utilisation des sens

1. **Utilisation normale de l'odorat, goût et toucher** : l'exploration des objets nouveaux est appropriée, et se réalise à travers l'observation. Le toucher et l'odorat sont utilisés de manière appropriée. Lors d'une douleur mineure, l'enfant exprime un léger malaise mais ses réactions ne sont pas excessives.

1,5

2. **Utilisation légèrement anormale de l'odorat, goût et toucher** : l'enfant peut persister à mettre les objets à la bouche, peut flairer ou goûter des objets non comestibles, peut ignorer une douleur légère ou avoir une réaction exagérée par rapport à un enfant normal qui exprimerait que de l'inconfort.

2,5

3. **Utilisation moyennement inapproprié de l'odorat, goût, toucher** : l'enfant peut être moyennement préoccupé par le fait de goûter, sentir, toucher les objets ou les personnes. L'enfant peut réagir soit trop soit trop peu.

3,5

4. **Utilisation sévèrement inapproprié de l'odorat, goût, toucher** : l'enfant semble plus préoccupé par le fait de sentir, goûter, toucher les objets, par la sensation procurée que par une exploration ou utilisation normale des objets. L'enfant peut complètement ignorer la douleur ou avoir une réaction forte à un petit inconfort.

Observations :

.....

10- peur et anxiété

- 1- **Peur et anxiété appropriée à l'âge** : le comportement est approprié pour l'âge et la situation.

1,5

- 2- **Peur et anxiété légèrement anormale** : Occasionnellement, l'enfant montre une peur ou une anxiété trop faible ou trop importante en comparaison à la réaction d'un enfant du même âge, dans une situation similaire.

2,5

- 3- **Peur et anxiété moyennement anormale** : l'enfant montre une peur ou une anxiété un peu moins ou un peu plus importante que pour un enfant plus jeune dans une situation similaire.

3,5

- 4- **Peur et anxiété sévèrement anormale** : la peur persiste même après des expériences répétées à des situations ou objets inoffensifs. Il est extrêmement difficile de calmer ou de réconforter l'enfant. L'enfant peut, à l'inverse, ne pas tenir compte du danger alors que d'autres du même âge l'éviteraient.

Observations :

.....
.....
.....

11- Communication verbale

- 1- **Communication verbale appropriée à l'âge et la situation.**

1,5

- 2- **Communication verbale légèrement inappropriée** : Les échanges conversationnels sont plus limités comparativement à sa tranche d'âge. La plupart du discours a un sens. Cependant quelques écholalies ou des inversions pronominales peuvent apparaître. Quelques mots spécifiques ou jargon peuvent être utilisés occasionnellement.

2,5

- 3- **Communication verbale moyennement inappropriée** : le langage est absent. Lorsqu'elle est présente, la communication verbale peut être un mélange de discours signifiant et de langage particulier comme le jargon, l'écholalie ou l'inversion pronominale. Les particularités de discours incluent des questionnements ou préoccupations excessifs sur des sujets spécifiques.

3,5

- 4- **Communication verbale sévèrement anormale** : la communication verbale n'est pas utilisée. L'enfant peut émettre des cris infantiles, des sons étranges et proches de cris d'animaux, ou de bruits complexes qui se rapprochent du langage.

Observations :

.....
.....
.....

12- Communication non verbale

1- **Communication non verbal appropriée à l'âge et la situation.**

1,5

2- **Communication non verbale légèrement inappropriée:** la communication non verbale est utilisée de manière immature : l'enfant pointe peu ou vaguement dans une situation où un enfant du même âge utiliserait le pointage ou le geste pour indiquer ce qu'il veut.

2,5

3- **Communication non verbale moyennement inappropriée :** l'enfant ne peut pas exprimer un besoin ou désir par une communication infraverbale et ne comprend pas l'expression non verbale des autres

4,5

4- **Communication non verbale sévèrement:** L'enfant utilise seulement des gestes particuliers sans valeur de communication et n'a pas conscience du sens des gestes et expressions faciales d'autrui.

Observations :

.....
.....
.....

13- Niveau d'activité

1- **Niveau d'activité normal pour l'âge et la situation :** l'enfant n'est pas moins ou plus actif qu'un enfant normal du même âge dans une situation similaire.

1,5

2- **Niveau d'activité légèrement anormal :** l'enfant est parfois légèrement agité ou plutôt ralenti. Le niveau d'activité de l'enfant n'interfère que très peu avec ses performances.

2,5

3- **Niveau d'activité moyennement anormale:** l'enfant peut être très actif et difficile à contrôler. Il peut dépenser de l'énergie sans limite et ne pas aller volontiers au lit le soir. A l'inverse, il peut être apathique et une stimulation importante est alors nécessaire pour le faire bouger.

3,5

4- **Niveau d'activité sévèrement anormale:** l'enfant présente des niveaux d'activité extrêmes allant de l'hyperactivité à l'apathie. Il peut même passer d'un extrême à l'autre.

Observations :

.....
.....

14- Niveau d'intelligence

1- **L'intelligence est normale et relativement uniforme dans tous les domaines :**

L'enfant est aussi intelligent qu'un enfant du même âge et ne présente pas d'habiletés spécifiques ou de problèmes particuliers.

1,5 *L'enfant a une intelligence faible (Le QI se situe entre 71 et 85) et n'a pas d'habiletés spécifiques ou de problème particulier*



2- **Fonctionnement intellectuel légèrement anormale :** l'enfant a une intelligence faible (le Qi est égal à 70 ou inférieur). Les compétences apparaissent uniformément retardées dans tous les domaines.

2,5 *L'enfant a une intelligence très faible et ses compétences peuvent varier selon les domaines, mais aucune n'est égale ou supérieure à la moyenne.*

3- **Fonctionnement intellectuel moyennement anormale :** L'intelligence globale de l'enfant est dans la moyenne (Qi compris entre 85 et 115), et il existe une variabilité significative entre les différentes compétences.

3,5 *L'intelligence globale de l'enfant se situe dans la moyenne (QI entre 85 et 115) et il existe une différence significative entre les compétences. Une compétence est située au dessus de la moyenne. Les compétences savantes ne sont pas incluses dans cet item et doivent être cotées dans la catégorie 4.*

4- **Fonctionnement intellectuel sévèrement anormal :** on cote 4 lorsque l'enfant présente des habiletés savantes, indépendamment du niveau global d'intelligence.

Observations :

.....
.....

15- Impression générale :

1- **Pas d'autisme :** l'enfant ne montre aucun symptôme caractéristique du spectre autistique.

1,5

1- **Autisme léger :** l'enfant montre seulement quelques symptômes-seulement un faible degré d'autisme.

2,5

2- **Autisme moyen :** l'enfant montre un nombre ou un degré modéré d'autisme.

3,5

3- **Autisme sévère :** l'enfant montre beaucoup de symptômes ou un degré d'autisme sévère.

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE 8 : PROFIL SENSORIEL DE DUNN



PROFIL SENSORIEL®

QUESTIONNAIRE

Nom et prénom de l'enfant : _____
Date de naissance : ___/___/___ Date de remplissage : ___/___/___
Complété par : _____ Lien avec l'enfant : _____
Nom du professionnel : _____ Fonction : _____

Instructions pour le remplissage

- Pour chaque énoncé, cochez la case qui décrit **le mieux** la fréquence à laquelle l'enfant présente les comportements décrits.
- Répondez à toutes les propositions.
- Si vous ne pouvez pas répondre parce que vous n'avez pas observé le comportement ou parce que vous pensez qu'il ne s'applique pas à l'enfant, mettez une croix (X) sur le numéro correspondant à l'item.
- Ecrivez les commentaires que vous souhaitez faire à la fin de chaque section.
- N'écrivez rien dans les cases de la ligne « **Note brute totale de la section** ».

Utilisez l'échelle suivante pour répondre aux propositions :

toujours	Lorsque l'occasion se présente, l'enfant réagit toujours de cette manière, 100% du temps.
fréquemment	Lorsque l'occasion se présente, l'enfant réagit fréquemment de cette manière, environ 75% du temps.
parfois	Lorsque l'occasion se présente, l'enfant réagit parfois de cette manière, environ 50% du temps.
rarement	Lorsque l'occasion se présente, l'enfant réagit rarement de cette manière, environ 25% du temps.
jamais	Lorsque l'occasion se présente, l'enfant ne réagit jamais de cette manière, 0% du temps.



Translated and adapted by permission. © 1999 by NCS Pearson, Inc. All rights reserved.
French translation © 2010 by NCS Pearson, Inc. NCS Pearson, Inc. is a trademark in the US and/or other countries of Pearson Education, Inc. and its affiliates.
© 2010 by ECPA - Editions du Centre de Psychologie Appliquée - www.ecpa.fr - Tous droits réservés.
En application de la loi du 11 mars 1957, il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage, sur quelque support que ce soit, sans autorisation de l'éditeur. 55504010 - 09/2012

PEARSON

Traitement de l'information sensorielle

Item			A. Traitement de l'information auditive	toujours	fréquemment	parfois	rarement	jamais
?	B	1	Réagit négativement à des bruits inattendus ou intenses (par exemple, pleure ou se cache quand il entend un aspirateur, les aboiements d'un chien, un sèche-cheveux).					
?	B	2	Se met les mains sur les oreilles pour se protéger du bruit.					
?	B	3	A du mal à terminer des tâches quand la radio est allumée.					
?	B	4	Est troublé ou a du mal à fonctionner s'il y a beaucoup de bruit autour de lui.					
?	B	5	Ne peut pas travailler avec un bruit de fond (par exemple, réfrigérateur, ventilateur).					
?	E	6	Semble ne pas entendre ce que vous dites (par exemple, semble vous ignorer).					
?	E	7	Ne répond pas quand on l'appelle par son nom bien que son audition soit bonne.					
?	E	8	Aime les bruits étranges / cherche à faire du bruit par plaisir.					
Note brute totale de la section								

Commentaires :

Item			B. Traitement de l'information visuelle	toujours	fréquemment	parfois	rarement	jamais
👁	B	9	Préfère être dans l'obscurité.					
👁	B	10	Manifeste de la gêne en présence de lumières fortes ou les évite (par exemple, se cache du soleil qui passe à travers la vitre de la voiture).					
👁	B	11	Aime être dans l'obscurité.					
👁	B	12	S'énervé vite quand il essaye de trouver quelque chose dans des endroits encombrés (par exemple, un tiroir en désordre).					
👁	B	13	A du mal à assembler des puzzles (comparé à un enfant du même âge).					
👁	B	14	Est dérangé par des lumières fortes alors que les autres s'y sont adaptés.					
👁	B	15	Se couvre ou plisse les yeux pour se protéger de la lumière.					
👁	E	16	Regarde attentivement ou intensément les objets ou les gens (par exemple, fixe du regard).					
👁	E	17	A du mal à trouver quelque chose dans des endroits encombrés (par exemple, des chaussures dans une pièce en désordre, son jouet favori dans le coffre à jouets).					
Note brute totale de la section								

Commentaires :

Item			C. Traitement de l'information liée à l'équilibre	toujours	fréquemment	parfois	rarement	jamais
→	B	18	Devient anxieux ou se montre inquiet quand ses pieds quittent le sol.					
→	B	19	Déteste les activités qui le font se retrouver la tête en bas (par exemple, faire des roulades, chahuter).					
→	B	20	Évite les équipements des terrains de jeux (par exemple, les balançoires, les manèges) ou les jouets qui bougent (par exemple, les toupies).					
→	B	21	N'aime pas être en voiture.					
→	B	22	Tient sa tête droite même quand il se penche en avant ou sur le côté (par exemple, maintient une position/posture rigide pendant une activité).					
→	B	23	Est désorienté après s'être penché par-dessus un évier ou une table (par exemple, tombe ou est pris de vertiges).					
→	E	24	Est à la recherche de mouvement - quel qu'en soit le type - et ceci interfère avec les activités quotidiennes (par exemple, ne peut pas rester assis tranquillement, remue tout le temps).					
→	E	25	Recherche toutes les activités qui impliquent du mouvement (par exemple, être roulé/tourné par un adulte, être sur un manège, des équipements d'aires de jeux, sur des jouets qui bougent).					
→	E	26	Tourne fréquemment sur lui-même au cours de la journée (par exemple, aime se sentir étourdi).					
→	E	27	Se balance sans s'en rendre compte (par exemple, quand il regarde la télévision).					
→	E	28	Se balance sur sa chaise, à son bureau, par terre.					
Note brute totale de la section								

Commentaires :

Item			D. Traitement de l'information tactile	toujours	fréquent	parfois	rarement	jamais
	B	29	Evite de se salir (par exemple, avec de la pâte, du sable, de la peinture, de la colle).					
	B	30	Exprime de l'anxiété au moment de la toilette ou des soins (par exemple, se débat ou pleure quand on lui coupe les cheveux ou les ongles, quand on lui lave le visage).					
	B	31	Préfère porter des vêtements à manches longues quand il fait chaud ou à manches courtes quand il fait froid.					
	B	32	Manifeste de l'inconfort quand on intervient sur ses dents ou lors du brossage des dents (par exemple, pleure ou se débat).					
	B	33	Est sensible à certains tissus (par exemple, vêtements, draps).					
	B	34	Est irrité/agacé par les chaussures ou les chaussettes.					
	B	35	Evite de marcher pieds nus, surtout dans le sable ou dans l'herbe.					
	B	36	Réagit avec émotion ou de manière agressive lorsqu'on le touche.					
	B	37	Evite les éclaboussures d'eau.					
	B	38	A des difficultés à rester dans une file d'attente ou près des autres.					
	B	39	Se frotte ou se gratte à l'endroit où il vient d'être touché.					
	E	40	Touche les gens et les objets au point d'irriter les autres.					
	E	41	Manifeste un besoin inhabituel de toucher certains jouets, certaines surfaces ou textures (par exemple, touche constamment des objets).					
	E	42	A peu conscience de la douleur et de la température.					
	E	43	Ne semble pas remarquer quand quelqu'un lui touche le bras ou le dos.					
	E	44	Evite de porter des chaussures ; adore être pieds nus.					
	E	45	Touche les gens ou les objets.					
	E	46	Ne semble pas remarquer quand son visage ou ses mains sont sales.					
Note brute totale de la section								

Commentaires :

Item			E. Traitement de l'information multisensorielle	toujours	fréquent	parfois	rarement	jamais
		47	Se perd facilement (même dans des endroits familiers).					
		48	A des difficultés à fixer son attention.					
	B	49	Se détourne de ce qu'il est en train de faire pour observer tout ce qui se passe dans la pièce.					
	E	50	Ne semble pas conscient de ce qui se passe dans son environnement (par exemple, pas conscient des activités qui se déroulent autour de lui).					
	E	51	S'agrippe aux gens, aux objets, aux meubles même dans des situations familières.					
	E	52	Marche sur la pointe des pieds.					
	E	53	Laisse ses vêtements entortillés autour de son corps.					
Note brute totale de la section								

Commentaires :

Item			F. Traitement de l'information sensorielle orale	toujours	fréquent	parfois	rarement	jamais
	B	54	A facilement des haut-le-cœur avec certaines textures d'aliments ou des couverts dans la bouche.					
	B	55	Evite certains goûts ou certaines odeurs de nourriture faisant typiquement partie des aliments pour enfants.					
	B	56	Ne mange que des aliments d'une certaine saveur (lesquels : _____).					
	B	57	Se limite à certaines textures ou certaines températures de nourriture (lesquelles : _____).					
	B	58	Est difficile à satisfaire, particulièrement en ce qui concerne la texture des aliments.					
	E	59	A tendance à sentir des objets qui ne sont pas comestibles.					
	E	60	Manifeste une forte préférence pour certaines odeurs (lesquelles : _____).					
	E	61	Manifeste une forte préférence pour certains goûts. (lesquels : _____).					
	E	62	A des envies très fortes de certains aliments (lesquels : _____).					
	E	63	Recherche certains goûts ou certaines odeurs (lesquels : _____).					
	E	64	Mâche ou lèche des objets non comestibles.					
	E	65	Porte les objets à la bouche (par exemple, les mains, les crayons).					
Note brute totale de la section								

Commentaires :

Modulation			G. Traitement de l'information sensorielle liée à l'endurance / au tonus	toujours	fréquent	parfois	rarement	jamais
		66	Bouge avec raideur.					
	E	67	Se fatigue facilement surtout quand il est debout ou quand il se tient dans une position particulière.					
	E	68	Bloque ses articulations pour être plus stable (par exemple, coudes, genoux).					
	E	69	Semble avoir une faiblesse musculaire.					
	E	70	Ne tient pas les objets fermement (préhension faible).					
	E	71	Ne peut pas soulever d'objets lourds (par exemple, manque de forces par rapport aux enfants du même âge).					
	E	72	A besoin de s'appuyer contre quelque chose pour se sentir stable (même pendant une activité).					
→	E	73	A une endurance limitée/se fatigue facilement.					
→	E	74	Semble léthargique (par exemple, semble mou, sans énergie).					
Note brute totale de la section								

Commentaires :

° Item			H. Modulation liée à la position du corps et au mouvement	toujours	fréquemment	parfois	rarement	jamais
♥		75	Semble prédisposé aux accidents.					
👁️		76	Hésite à monter ou à descendre des marches, un trottoir (par exemple, précautionneux, a un temps d'arrêt avant de se lancer).					
→	B	77	A peur de tomber ou a le vertige.					
→	B	78	Évite de grimper/de sauter ou évite les terrains inégaux/accidentés.					
→	B	79	Se tient aux murs, aux rambardes (par exemple, se cramponne).					
→	E	80	Prend des risques excessifs lorsqu'il joue (par exemple, grimpe très haut dans les arbres, saute de meubles assez hauts).					
→	E	81	Prend des risques en remuant ou en escaladant, mettant en jeu sa sécurité.					
→	E	82	Fait pivoter tout son corps pour vous regarder.					
👤	E	83	Cherche des occasions de tomber sans prêter attention à sa sécurité.					
👤	E	84	Semble prendre plaisir à tomber.					
Note brute totale de la section								

Commentaires :

Item			I. Modulation du mouvement affectant le niveau d'activité	toujours	fréquemment	parfois	rarement	jamais
🏃	B	85	Passe la majeure partie de la journée à des jeux sédentaires (par exemple, a des activités calmes).					
🏃	B	86	Préfère les jeux calmes et sédentaires (par exemple, regarder la télé, des livres, l'ordinateur).					
→	B	87	Recherche des occasions de jeux sédentaires.					
→	B	88	Préfère les activités sédentaires.					
→	E	89	Deviens trop excitable durant des activités impliquant du mouvement.					
🏃	E	90	Est toujours prêt à l'action.					
🏃	E	91	Évite les activités ludiques calmes.					
Note brute totale de la section								

Commentaires :

Item			J. Modulation de l'enregistrement de l'entrée sensorielle affectant les réponses émotionnelles	toujours	fréquemment	parfois	rarement	jamais
♥		92	A besoin d'être plus protégé que les autres enfants (par exemple, est sans défense physiquement ou émotionnellement).					
🚰	B	93	A des rituels rigides pour son hygiène.					
♥	E	94	Est trop affectueux avec les autres.					
♥	E	95	Ne perçoit pas le langage du corps ou les expressions du visage (par exemple, est incapable d'interpréter).					
Note brute totale de la section								

Commentaires :

Item			K. Modulation de l'enregistrement de l'entrée visuelle affectant les réponses émotionnelles et le niveau d'activité	toujours	fréquemment	parfois	rarement	jamais
	B	96	Evite le contact visuel.					
	E	97	Fixe intensément les objets ou les gens.					
	E	98	Observe toute personne qui se déplace dans la pièce.					
	E	99	Ne remarque pas les gens qui entrent dans la pièce.					
Note brute totale de la section								

Commentaires :

Item			L. Réponses émotionnelles / sociales	toujours	fréquemment	parfois	rarement	jamais
		100	Semble avoir des difficultés à s'apprécier lui-même (par exemple, mauvaise estime de soi).					
		101	A du mal à grandir/murir (par exemple, réagit de manière immature aux situations).					
		102	Est sensible aux critiques.					
		103	A des peurs bien précises (par exemple, ses peurs sont prévisibles).					
		104	Semble anxieux.					
		105	Manifeste des réactions émotionnelles excessives quand il échoue à une tâche.					
		106	Exprime un sentiment d'échec général.					
		107	Est obstiné ou peu coopératif.					
		108	A des crises de colère.					
		109	A une faible tolérance à la frustration.					
		110	Pleure facilement.					
		111	Est trop sérieux.					
		112	A des difficultés à se faire des amis (par exemple, dans un jeu en groupe, n'interagit pas avec les autres ou ne participe pas).					
		113	Fait des cauchemars.					
		114	A des peurs qui le gênent dans la vie quotidienne.					
		115	N'a pas le sens de l'humour.					
		116	N'exprime pas ses émotions.					
Note brute totale de la section								

Commentaires :

Item		M. Comportement résultant du traitement de l'information sensorielle	toujours	fréquemment	parfois	rarement	jamais
	117	Se parle à lui-même en effectuant des tâches.					
	118	Son écriture est illisible.					
	119	A du mal à ne pas déborder quand il écrit ou colorie (dépasse les lignes).					
	120	Utilise des moyens inefficaces pour faire les choses (par exemple, perd du temps, bouge lentement, fait les choses de manière plus difficile que nécessaire).					
	B 121	A du mal à tolérer des changements dans ses projets et ses attentes.					
	B 122	A des difficultés à tolérer les changements d'habitudes.					
Note brute totale de la section							

Commentaires :

Item		N. Items indiquant les seuils de réponse	toujours	fréquemment	parfois	rarement	jamais
	123	Passe d'une activité à une autre, ce qui interfère avec son jeu.					
	E 124	Sent volontairement les objets.					
	E 125	Ne semble pas sentir les odeurs fortes.					
Note brute totale de la section							

Commentaires :

Réservé au professionnel

Légende des icônes	
	Auditif
	Visuel
	Niveau d'activité
	Goût / Odorat
	Position du corps
	Mouvement
	Tactile
	Emotionnel / Social

Légende des seuils	
	Ni bas, ni élevé
B	Bas
E	Élevé

Légende de la cotation	
1	Toujours
2	Fréquemment
3	Parfois
4	Rarement
5	Jamais

Résumé

La sensorialité est un des piliers de toute construction identitaire. Avant même que le nouveau-né ne puisse partir à l'exploration du monde qui l'entoure, la sensation le met en relation avec l'environnement et avec lui-même. Qu'en est-il lorsque la lecture sensorielle supposée instinctive, innée est brouillée par des mécanismes psychiques enfermant l'individu? Le rapport au corps et la sensorialité d'un enfant porteur d'un Trouble du Spectre Autistique interpellent les thérapeutes qui y sont confrontés. Poser un regard sur ce "corps insensé" ouvre sur un vaste champ épistémologique duquel viennent émerger des questions nosographiques, cliniques et thérapeutiques. S'intéresser au rôle de la sensorialité de l'enfant dans son développement nous mène inéluctablement à la question des prémices de la communication et de l'indiscutable intrication entre soi et autrui. Penser le rôle de la sensorialité dans le développement de l'enfant repose sur une dichotomie : sensorialité d'ouverture en opposition à sensorialité d'enfermement dans une logique de continuum entre normal et pathologique. Une recherche menée dans le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants Malades nous a permis d'établir une corrélation entre sensorialité et communication qui nous pousse à postuler que la sensorialité pourrait être un prisme de lecture qui subtilise le diagnostic.

Mots-clés

Autisme Sensorialité - Ouverture - Enfermement - TSA - Clinique - Communication

Abstract

Sensory awareness plays a critical role in building a child's identity. Before a newborn can even begin to explore the surrounding world, he or she is linked by sensation both to self and to environment. But what happens when this supposedly innate and instinctive sensory reading mapping is scrambled by psychic mechanisms that confine the individual? Sensory awareness in a child with Autism Spectrum Disorder and her or his relationship with the body poses a challenge to therapists. Looking at this "insane body" opens up a vast epistemological field from which nosographic, clinical and therapeutic questions emerge. Focusing on the role of a child's sensory awareness during development inevitably leads us to question the beginnings of communication and the indisputable entanglement between oneself and others. Thinking about the role of sensory awareness in a child's development forces us to confront the difference between open sensory awareness and confined sensory awareness, within the logic of a clinical continuum. Research carried out in the Day Unit of the Child Psychiatry Department at the Necker-Enfants Malades Hospital in Paris enabled us to establish a correlation between sensory awareness and communication. This prompts us to postulate that sensory awareness could be a prism through which to read and refine the ASD diagnosis.

Key words:

Autism - Sensory Awareness - Opening - Constraintment - ASD - Clinic - Communication