

Peut-on soumettre la clinique à l'épreuve de la démarche scientifique ?

Enjeux et perspectives

Graciela C. Crespin, présidente de PREAUT

Article publié en août 2016 aux éditions Erès dans le livre :

[« Le spectre autistique trouble-t-il la raison de ceux qui l'approchent ? »](#)

Direction : Patrick Sadoun et Françoise Rollux

Récemment, à l'occasion d'un débat, je m'entendais rétorquer, à propos de la supériorité des méthodes de conditionnement comportemental par rapport à l'approche psychodynamique des troubles autistiques, le classique « Mais, Madame, les résultats de ces méthodes sont prouvés scientifiquement ! Et la psychanalyse n'a jamais publié ses résultats ! ».

Je ne fus pas la seule dans la salle à ressentir un profond malaise : des personnes sont intervenues pour dire, à l'unisson, que les psychanalystes publient leurs études de cas et leurs hypothèses de travail et leurs exemples cliniques pour étayer leurs théories depuis plus d'un siècle ! Et en tout cas, depuis bien avant que ces méthodes aient même été inventées.

Cependant, il est certainement vital que nous puissions entendre ce qui permet à cette collègue, à qui je veux bien supposer la bonne foi, de faire une telle affirmation avec un tel aplomb.

Ce qui me vient, en y réfléchissant, c'est que j'ai été formée, comme sans doute la plupart des collègues de ma génération, à la démarche clinique, hypothético-déductive, léguée par Claude Bernard, basée sur une écoute attentive du récit du patient et l'observation de ses difficultés, recueillant soigneusement l'anamnèse, afin de construire des hypothèses de travail qui guideront la démarche avec le patient, et ne se verront confirmées ou infirmées, dans l'après-coup, que par la réaction du patient à la réponse proposée.

Ainsi, tel M. Jourdain, j'ai toujours appliqué la démarche clinique sans trop le savoir ni y penser, et surtout, sans jamais la remettre en question.

Et ainsi, je me suis nourrie - et ai produit à mon tour ! -, pendant des décennies, de la littérature clinique, des études de cas, des hypothèses construites à partir d'histoires singulières ...

Mais dans les dernières décennies, nous sommes passés, sans trop y prendre garde, de ce « modèle clinique », issu des sciences humaines, qui nous a servi pour restituer notre rapport au soin et au parcours de nos patients, à l'exigence de l'application d'un « modèle scientifique », issu des sciences dures, dont les critères : objectivité, reproductibilité, recherche de causalité, sont peu compatibles avec les critères cliniques : subjectivité, singularité, complexité d'interactions avec l'environnement ... et surtout, qui passe de l'étude du cas singulier, à partir duquel on élabore des lois générales de fonctionnement, à la vérification statistique de phénomènes, généralisables quels que fussent les sujets.

Il y a là un paradigme fondamental qui a été modifié, pour des raisons dont l'analyse et la compréhension débordent les capacités de la modeste clinicienne que je suis, mais qui certainement recèlent de vastes enjeux de pouvoir, des enjeux économiques, et au-delà, des modèles sociétaux dominés par des idéaux de performance, de réussite, d'efficacité ... laissant peu de place à la subjectivité.

Mais dans ce nouveau contexte, il y a une dimension de réalité, immédiate et pressante : le rapport 2012 de la HAS sur le traitement des troubles autistiques a estimé les prises en charge intégratives, incluant des interventions fondées sur les approches psychanalytiques ou la psychothérapie institutionnelle, comme « non-consensuelles »[1]. Elle considère qu'« en l'absence d'études contrôlées, les données ne permettent pas en 2011 de juger de leur efficacité ou de leur sécurité ». Et par conséquent, si les méthodes intégratives sont tolérées, elles le seront, dès lors, dans des conditions très restrictives.

Qu'est-ce-à-dire ? Les traitements institutionnels et intégratifs avaient, bien sûr, déjà fait l'objet de nombreuses publications, mais il s'agissait de littérature clinique, considérée désormais comme « littérature grise » (!) par opposition à la « littérature blanche », c'est-à-dire la littérature scientifique publiée dans les revues scientifiques internationales à impact factor. Or, la littérature « grise » n'est pas prise en considération par la HAS, qui reconnaît seules les publications répondant aux critères de l'« evidence based medicine » paraissant dans ces journaux.

Et cette étiquette « non-consensuelle ou « non-évaluée » décernée par la HAS est déjà en train de montrer les lourdes conséquences administratives, financières (directives, crédits...) qu'elle peut avoir, sans compter les répercussions médiatiques et au niveau de l'opinion publique. D'ailleurs, appuyées sur des déclarations officielles, certaines associations de familles prônent l'arrêt pure et simple de l'utilisation des approches psycho-dynamiques et intégratives au profit des méthodes « qui marchent » c'est-à-dire celles qui ont été évaluées Outre-Atlantique, à forte dominance comportementale.

Au fond, la question qui nous est posée est celle de savoir si nous allons pouvoir continuer à proposer aux enfants des soins variés, répondant à leurs besoins variés et complexes, et prenant en compte, au-delà des spécificités du développement des enfants atteints d'autisme, la richesse et la complexité du développement psychique humain, ou s'il va falloir nous soumettre aux méthodes évaluées dans les pays anglo-saxons, et en particulier aux méthodes comportementales.

Dès lors, comment tenir compte de ces enjeux ?

Ainsi, l'évaluation, selon les critères de l'evidence based medicine, représente donc aujourd'hui un enjeu majeur pour les professionnels français, notamment en ce qui concerne le traitement de l'autisme et des troubles apparentés.

Depuis une dizaine d'années, nombreuses ont été les équipes d'inspiration psychodynamique qui ont accepté de « jouer le jeu », et de soumettre leurs données cliniques à la vérification statistique dans le cadre de protocoles scientifiques rigoureux pour tenter de montrer (aux médias, aux tutelles, aux parents ...) que d'autres voies existent et fonctionnent, au-delà des méthodes purement comportementales.

Ainsi, le premier intérêt de publier des résultats objectifs est celui de peser sur les décisions politiques et de lutter contre un risque de pensée unique comportementale, mais au-delà, on peut aussi postuler qu'il existe un véritable intérêt à évaluer les résultats de notre travail, pour nous-mêmes et pour les autres professionnels.

L'expérience m'a prouvé qu'il ne peut être que profitable à nos patients et à nous-mêmes d'entrer dans une démarche d'évaluation, de questionnement et d'ouverture sur nos pratiques, démarche qui soutient le partage et l'échange avec les collègues.

Etre capables de nous remettre en question mais aussi de faire valoir notre travail s'est avéré particulièrement stimulant pour moi : dès 2005, j'ai soumis la progression d'un enfant autiste que j'avais en traitement psychanalytique à l'évaluation des outils standardisés[2], et dès 2008, je confronte les convergences et divergences de la vérification diagnostique critérisée à l'appréciation clinique du diagnostic[3].

Depuis le milieu des années 2000, on a vu se développer différentes initiatives qui vont dans ce sens, et qui consistent en différentes catégories de recherches cliniques menées par des équipes de référentiel psychodynamique, visant :

L'évaluation des pratiques intégratives d'inspiration psychodynamique et des prises en charge spécifiquement psychothérapeutiques des enfants diagnostiqués TED/TSA

1. La validation d'outils de dépistage précoce de risque autistique élaborés à partir de la théorie psychanalytique
2. L'évaluation de l'application d'approches corporelles aux patients souffrant d'atteintes autistiques sévères
3. L'évaluation de la pertinence de l'application d'outils projectifs et cognitifs pour enrichir l'évaluation des états autistiques
4. L'approfondissement des connaissances de la dynamique interactive au démarrage des troubles autistiques à partir d'hypothèses psychanalytiques
5. Le cheminement vers des prises en charge intégratives, incluant une approche pédagogique structurée à visée subjectivante proposée à des enfants TSA avec déficit.

La première catégorie englobe deux études observationnelles, la première évaluant l'impact des psychothérapies d'orientation psychanalytique avec des enfants autistes, conduite par J.-M. et M. Thurin, actuellement en cours, et la deuxième l'évaluation des pratiques intégratives en unités de soin infanto-juvéniles pour des enfants présentant un autisme typique ou atypique, récemment mise en place par N. Garret-Gloanec au CHU de Nantes.

La deuxième catégorie correspond à la recherche PREAUT sur la validation d'un signe de risque autistique dans la première année de la vie, promue par l'Association PREAUT en collaboration avec les services de PMI de 11 Conseils Généraux, qui s'est déroulée entre 2006 et 2011, et dont les résultats chiffrés définitifs seront publiés en 2015.

La troisième catégorie renvoie au PHRC sur la pertinence de la pratique du packing sur des patients souffrant d'atteintes autistiques sévères, actuellement en cours, et proposé par le Pr P. Delion au CHRU de Lille.

La quatrième renvoie à l'évaluation des états autistiques avec des outils projectifs et cognitifs, effectuée par H. Suarez-Labat.

La cinquième correspond à deux recherches sur les films familiaux pour approfondir les connaissances sur la dynamique interactive précoce des bébés ultérieurement devenus autistes, pilotées par C. Saint Georges et R. Cassel (2011, 2013).

La sixième correspond à proposer, en milieu naturel, des prises en charge intégratives incluant une approche pédagogique structurée aux enfants atteints d'états autistiques déficitaires et sans langage. Cette approche pédagogique, élaborée par A. Hubert-Barthélémy, utilise les apprentissages comme chemin d'accès à la subjectivité.

Recherche sur l'impact des psychothérapies d'orientation psychanalytique avec des enfants autistes

J.M. et M. Thurin, Fédération Française de Psychiatrie, et B. Falissard, INSERM (en cours)

Cette étude observationnelle portant sur 50 enfants sur un an a le mérite de montrer un « portrait vivant » de la dynamique interne du processus thérapeutique. L'analyse du processus psychothérapeutique interne permet de mettre en perspective l'ajustement technique du thérapeute au profil de l'enfant.

Trois questions sont au centre de ce programme : pourquoi (les déterminants), comment (les mécanismes) et dans quelles conditions (le contexte) une psychothérapie conduit-elle à des changements favorables ?

Ces questions sont traitées dans le cadre d'un réseau de recherches fondées sur les pratiques à partir de l'étude intensive de cas individuels, secondairement réunis et comparés. La méthodologie est innovante non seulement dans ses objectifs, mais dans sa conception. Elle associe, à une formulation de cas structurée initiale et finale, des instruments quantitatifs décrivant les changements manifestes et le processus interne de chaque psychothérapie à partir de plusieurs approches.

Elle a permis de montrer qu'il existe une grande diversité des thérapies analytiques autour d'une base commune avec des possibilités d'ajustement très étendues.

Une première publication de résultats est parue :

**Approches psychothérapeutiques de l'autisme :
Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas[4]
J.-M. Thurin, M. Thurin, D. Cohen, B. Falissard, 2014**

Contexte :

Depuis les années 2000, la recherche en psychothérapie évaluative s'est recentrée sur les questions « Pourquoi, comment et dans quelles conditions une psychothérapie agit-elle ? ».

L'atteinte de ces objectifs, dont les perspectives sont à la fois cliniques et fondamentales, nécessite de donner de l'importance aux études intensives de cas naturalistes et aux réseaux de recherche fondés sur les pratiques.

Les premiers résultats de cette étude longitudinale processus-résultat, multicentrique, explorant des psychothérapies individuelles menées dans des conditions naturelles, pendant un an, avec des enfants autistes dans le cadre du Réseau Inserm de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques.

Méthodes :

La méthodologie générale est celle d'études intensives de cas individuels répondant aux critères de preuve de l'American Psychological Association. Les indicateurs concernent, d'une part, les symptômes, le processus de développement et le fonctionnement psychique et, d'autre part, l'action thérapeutique à partir des principales caractéristiques du patient, du thérapeute et de leurs interactions au cours de la thérapie. L'analyse associe et met en relation l'étude de chaque cas, celle des cas réunis et la comparaison de cas analogues. Cet article porte sur les résultats issus des 50 premiers cas regroupés (25 psychothérapies d'enfants de 3–6 ans et 25 de 7–15 ans).

Résultats :

L'analyse montre des changements significatifs dans la réduction des troubles du comportement (taille d'effet = 2,1 ; $p < 0,0001$), le développement (taille d'effet = 1,2 ; $p < 0,0001$), de l'expérience émotionnelle et des relations avec le monde et les autres. Le processus psychothérapeutique se caractérise par un enfant généralement actif et animé, et un thérapeute réactif et sensible qui s'ajuste à l'enfant, l'encourage à s'exprimer verbalement, en soutenant ses efforts de langage, tout en ayant une grande capacité de tolérance et de contenance des émotions et des pulsions violentes de l'enfant. Cette description conduit à l'hypothèse que 4 médiateurs principaux pourraient expliquer l'évolution des enfants: le cadre thérapeutique, l'ajustement du thérapeute à l'enfant, son/sa tolérance permettant l'expression des affects et le travail parallèle de verbalisation/symbolisation.

Conclusions :

Nos résultats appuient l'idée que la psychothérapie, menée dans des conditions naturelles par des praticiens expérimentés et formés à la spécificité de l'autisme, est associée à des changements significatifs. Nos résultats suggèrent que les mécanismes qui sous-tendent les changements chez l'enfant pourraient être le respect de ses initiatives, l'expression, et la compréhension mutuelle comme promoteurs de la communication et du langage, et de la structuration du Soi. Les limites de ces résultats préliminaires sont discutées et des objectifs pour les réduire sont présentés.

Evaluation clinique des pratiques intégratives
en unités de soin infanto-juvéniles
pour des enfants présentant un autisme typique ou atypique,
N. Garret-Gloanec, CHU de Nantes (en cours)

Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective et multicentrique, non contrôlée, en situation naturelle, au niveau national (22 centres et 80 enfants prévus), pour une durée totale de 40 mois. Début : septembre 2014.

L'objectif principal est l'évaluation des pratiques de soin à partir de l'évolution sur 1 an, d'enfants de 3 à 6 ans, présentant un diagnostic d'autisme typique ou atypique (F 84-0 et F 84-1), soignés dans une unité de soins pratiquant les approches intégratives (CATTP, Hôpital de jour).

Il s'agira aussi de montrer l'efficacité des pratiques intégratives par l'évaluation de l'évolution globale des enfants, appréciée par des critères cliniques et des outils d'évaluation validés et sélectionnés (PEP 3, ECA-R, CARS, bilan orthophonique (ELO) et psychomoteur (BL).

L'avis des familles sera également recueilli et restitué à l'aide d'un questionnaire qui est une adaptation d'un outil mis au point par les équipes de la Tavistock Clinic et Portman NHS Trust (London).

Cette étude constitue une heureuse initiative, car elle vient combler un des principaux manques qui ont pesé dans les recommandations de l'HAS : en effet, les très nombreux enfants suivis depuis longtemps dans nos structures de soin pédopsychiatriques n'ont bénéficié, jusqu'à présent, que d'évaluations cliniques de leur évolution.

Or, ainsi que nous avons pu le faire remarquer au début de ces considérations, la preuve clinique n'est plus considérée, actuellement, comme preuve scientifique.

L'acceptation, par nos équipes, d'en passer par une évaluation de l'évolution des enfants traités par nos approches avec des outils standardisés et validés internationalement, va nous permettre, dans quelques années, de pouvoir présenter un niveau de preuve suffisant pour que nos pratiques professionnelles soient reconnues et la menace de démantèlement qui pèse actuellement sur nos équipes et nos structures puisse être levée.

Compte-tenu des résultats connus et publiés outre-Atlantique sur les performances réelles des méthodes comportementales et en particulier ABA appliquée de manière intensive, exclusive et précoce[5], je suis très confiante qu'en quelques années nous serons à même de présenter des résultats qui n'auront aucunement à rougir devant les résultats qui nous sont opposés actuellement comme « les méthodes qui marchent ».

La recherche PREAUT
« Evaluation d'un ensemble cohérent
d'outils de repérage des troubles précoces de la communication
pouvant présager un trouble grave du développement de type autistique » PREAUT, CHU
de Strasbourg (2011, 2013 – 2015
(Etude terminée. Rédaction des résultats définitifs en cours)

Cette étude prospective, multicentrique et longitudinale s'est déroulée entre 2006 et 2011, et a été promue par l'Association PREAUT (G.C.Crespin, M.C.Laznik, J.P.Muyard, J.L.Sarradet, M.H.Wittkowsky) en collaboration avec le PHRC du CHU de Strasbourg (C. Bursztejn et coll.).

Objectif principal :

Evaluer 3 outils de repérage des troubles précoces de la communication pouvant présager un trouble grave du développement de type autistique chez les enfants à 4, 9, 12 et 24 mois, afin de mettre au point un outil de dépistage utilisable par des équipes non-spécialisées, rencontrant les bébés sans tri préalable, permettant d'orienter plus rapidement les familles vers des consultations spécialisées.

Le signe PREAUT, testé à 4 et 9 mois, postule qu'il y aurait, chez le bébé à risque d'évolution autistique, un ratage du troisième temps du circuit pulsionnel, ce qui se traduit cliniquement par une non-apparition de la capacité du bébé à relancer les échanges sur un mode ludique et jubilatoire.

C'est un signe facile à observer en milieu naturel et au cours de la consultation pédiatrique. Ce signe clinique ne préjuge d'aucune étiologie : il se limite à observer une anomalie dans la construction habituelle du psychisme, quelle qu'en soient les causes (génétiques, neurologiques, développementales, environnementales, mixtes...).

Analyse qualitative des résultats intermédiaires (2011)[6]:

Résultats sur la cohorte principale (N = 3 765)

Le signe PREAUT au 4ème mois, appliqué à la population tout-venant, repère un spectre plus large que les seules difficultés menant à un trouble autistique.

En effet, il semble déjà efficace pour les troubles de la relation incluant les cas de prématurité, gémellité, incidents périnataux et co-morbidités, ainsi que les antécédents de TED dans la fratrie. Les équipes médicales ayant participé à la recherche, ont témoigné de l'intérêt de disposer, quand une difficulté était observée chez un enfant, d'un support « objectivable », comme la grille PREAUT, car elle devient ainsi plus facile à reconnaître et à annoncer aux parents, et, si nécessaire, d'asseoir une décision thérapeutique de guidance ou de soins spécialisés. L'introduction de suivis de prévention a montré leur efficacité par le nombre d'enfants positifs du 4ème mois se négativant avec le temps et évoluant de manière favorable. A ce titre-là, ce repérage est très intéressant dans le cadre des suivis pédiatriques de prévention, la mobilisation des équipes autour de la famille ayant indéniablement un impact thérapeutique.

Au 9ème mois, il devient plus spécifique d'un risque d'engagement ultérieur dans des troubles du spectre.

Résultats sur les cohortes associées

Les résultats sur la cohorte d'enfants porteurs du syndrome de West (N= 18), pilotée par L. Ouss, (CH Necker), ont donné lieu à une première publication internationale[7], qui montre que

le signe PREAUT appliqué à 9 mois à cette population, anticipe les troubles du développement (TSA, TED-NS et retards de développement, $p=0,006$) aussi bien que le CHAT à 18 mois, avec une sensibilité légèrement moindre (83% versus 90%) mais une meilleure spécificité (100% versus 83%).

Ce qui signifie que le signe PREAUT identifie efficacement, dès 9 mois, les bébés à risque de développer un TSA ou un RM.

L'application du protocole PREAUT à une cohorte d'enfants placés à la naissance ou dans les trois premiers mois de la vie suite à effondrement environnemental grave (Pouponnière St Gratien, 95) a montré que les effondrements environnementaux ayant lieu pendant la grossesse et/ou pendant les

premières semaines de la vie se traduisent par des difficultés de lien, de troubles de l'attachement matérialisés par un score incomplet au signe PREAUT au 4ème mois, mais qui s'estompent rapidement et se négativent à l'observation du 9ème mois.

Malgré la difficulté à généraliser ces résultats (N = 19), ils permettent de montrer l'efficacité des prises en charge institutionnelles précoces, qui relèvent de la démarche de psychothérapie institutionnelle, et que l'installation de troubles du spectre autistique semble nécessiter des facteurs au niveau de l'équipement neurobiologique du bébé le prédisposant à une telle organisation.

Analyse quantitative des résultats intermédiaires (2011)

Les premiers chiffrages effectués par C. Saint-Georges, ISIR, montrent:

- Si on utilise le signe PREAUT à 4 mois et 9 mois (seuil > 5) : il permet de détecter la moitié des TED connus (ceux qui seront repérés notamment par le CHAT à 24 mois);
- Si on associe le signe PREAUT à 4 et 9 mois et le QDC à 12 mois, on détecte aussi la moitié des TED connus, ce qui montre la cohérence de l'outil cognitif et psychanalytique.
- Les résultats à la grille PREAUT à 4 ou 9 mois sont significativement corrélés à ceux du CHAT à 24 mois ($p < 0.002$ et 0.001), ce qui signifie que la grille PREAUT permet une certaine prédiction de la réussite au CHAT 20 ou 15 mois plus tard... De plus la grille PREAUT est justement corrélée avec les items du CHAT les plus spécifiques de l'autisme : items du pointing déclaratif et du faire semblant.

Les résultats chiffrés définitifs (attendus en 2015) montreront la possibilité de généralisation de ces résultats sur la population générale.

Recherche sur le packing

Pr Pierre Delion, PHRC du CHU de Lille (en cours)

Le packing est une technique ancienne réactualisée par l'hypothèse des marqueurs somatiques (Damasio, 1999), et proposée aux personnes autistes en situation de désorganisation des vécus corporels (automutilations, angoisses corporelles massives) afin de modifier la cognition corporelle.

En effet, en cas de vécus de désorganisation corporelle à répétition, la « cartographie » des états corporels est modifiée, montrant la nécessité d'un abord thérapeutique qui vise directement les récepteurs somatiques profonds pour obtenir une réorganisation des vécus corporels, plutôt que de passer par des thérapies visant une modification du comportement ou du langage.

Le ministère de la Santé a décidé de soutenir, dans le cadre du [PHRC](#) en 2007, la mise en place d'une étude prospective et randomisée, coordonnée par le Dr Goeb au CHU de Lille, intitulée Démonstration de l'efficacité des méthodes par packing chez les enfants souffrant de troubles envahissants du développement avec troubles graves du comportement.

Cette recherche a été portée par notre collègue Pierre Delion, et est en cours depuis 2009.

Un groupe de 30 enfants est actuellement inclus dans la recherche, l'échantillon définitif devant en compter 40 ou 50. Etant donné qu'il s'agit d'une étude randomisée, un tirage au sort soit pour

l'enveloppement sec soit pour le packing détermine la prise en charge de l'enfant à raison de deux séances hebdomadaires d'environ 50' pendant trois mois. La participation d'un enfant à la recherche dépend de l'accord des parents. Le packing s'intègre dans d'une prise en charge pluridisciplinaire, qui associe des soins à des approches éducatives et pédagogiques adaptées.

Cette recherche, bien qu'approuvée et autorisée par toutes les instances compétentes en matière d'éthique et de protection des personnes, a fait l'objet des plus violentes attaques qui se soient abattues sur le champ des recherches sur les approches psychodynamiques.

Elle est encore en cours, et si ses résultats s'avéraient positifs et statistiquement significatifs, cela pourrait permettre de réhabiliter cette approche qui vient au secours des manifestations autistiques parmi les plus sévères.

Les investigations projectives et cognitives :
des éclairages pluriels sur les états autistiques et leurs destins
H. Suarez-Labat, docteur en psychologie clinique, psychanalyste SPP

La recherche rétrospective menée par H. Suarez-Labat (2011) interrogeait la construction des différentes modalités des processus de changement à l'œuvre lorsque les barrières autistiques cèdent du terrain à l'intégration des limites.

L'étude rétrospective s'est appuyée sur deux groupes de sujets : un premier groupe composé de huit enfants dans la cure dont H. Suarez-Labat était la thérapeute, un deuxième groupe composé de neuf enfants hors la cure, suivis dans le cadre de bilans psychologiques à intervalles réguliers à partir de la méthode test-retest. Ces dix-sept enfants ont bénéficié de traitements psychothérapeutiques et psychanalytiques de deux à trois séances par semaine, associés à des traitements complémentaires relevant de la psychomotricité, de l'orthophonie, ainsi que de diverses méthodes éducatives comme ABA, méthode Padovan, méthode Montessori.

L'observation des processus de changement au cours de la recherche s'est étayée sur trois hypothèses :

1. L'état autistique est un état corporel et psychique soumis à la non-différenciation des espaces du fait de la non-intégration des autoérotismes qui contribuent à la formation du Moi corporel.
2. Le double ancrage corporel et psychique permet au Moi corporel de construire des espaces différenciés, d'accéder à l'intégration des pôles actif/passif, régulateurs des mouvements pulsionnels et constructeurs de limites. C'est ce double ancrage qui est à la base du dégagement de l'état autistique.
3. Le post-autisme s'entend comme l'accès à un projet identificatoire : devenir quelqu'un, c'est-à-dire accéder à des aménagements des différents espaces psychiques, voies identificatoires productrices de limites et de structurations diversifiées.

Les épreuves cognitives proposées ont été les échelles de Weschler (WPPSI, WISC IV), le PEP III, l'ADOS, les EDEI et la figure simplifiée et complexe de Rey. Les épreuves projectives ont été le Rorschach, le TAT, le CAT, le Scéno-test, la Dame de Fay, les épreuves de dessin (dessin du bonhomme, dessin de la famille). L'ADI est aussi proposée aux parents.

Les bilans psychologiques réguliers pratiqués sur l'ensemble des enfants ont permis d'explorer les différentes déclinaisons et la progression de l'intégration des limites qui, face aux manifestations corporelles débordantes sous l'emprise de l'excitation, produisent du « tenir-ensemble », de « l'assemblage pulsionnel », là où l'isolement et l'autosensualité étaient de mise. Autrement dit, de l'ancrage corporel et psychique nécessaire à l'avènement du Moi corporel.

Le déroulement de cette recherche a permis de montrer, d'une part, la complémentarité des épreuves cognitives et projectives, et d'autre part, de vérifier l'entrelacement du cognitif et du psychique dans le dépassement d'un état autistique vers la construction d'un état post-autistique.

**La synchronie et le mamanais dans les films familiaux
peuvent-ils nous éclairer sur la dynamique interactive précoce
des bébés futurs autistes avec leurs parents ?
Catherine Saint Georges et coll., 2010, 2011, 2011, 2013[8]**

Méthode :

Nous avons travaillé sur les films familiaux des 18 premiers mois de vie de 15 enfants diagnostiqués autistes, et nous les avons comparés à ceux de 15 enfants normaux et 12 enfants avec retard mental. Ces enfants ont reçu un certain nombre d'évaluations pour affirmer le diagnostic de trouble autistique, celui de retard mental pur, ou l'absence de toute pathologie.

Les films de ces 42 bébés étaient étiquetés en fonction de l'âge : 1er semestre, 2e semestre et 3e semestre, de façon à avoir une vision de l'évolution au fil du temps, et découpés en scènes de quelques minutes. Seules ont été retenues les scènes où le bébé était potentiellement en interaction avec un « care-giver » : mère, père ou autre (grand-mère, oncle, amie...). Au total, 1239 scènes de quelques minutes ont été étudiées et cotées en micro-analyse, à partir d'une grille descriptive complète, tant du côté du care-giver que du bébé. Toute cette première partie du travail a été réalisée par l'équipe de Filippo Muratori.

Pour structurer les données et rendre les statistiques possibles, les manifestations du bébé ont été regroupées en conduites dirigées vers un objet (physique), ou vers une personne. Puis, les conduites vers une personne ont été subdivisées en 5 sous-catégories : orientation vers l'autre, vocalisations, conduites réceptives (regard, sourire), conduites actives (sollicitations de l'autre), et manifestations intersubjectives (anticipation des intentions de l'autre, attention conjointe, pointing, réponse au prénom, regard référentiel, vocalisations signifiantes...).

Les sollicitations du care-giver étaient dans leur immense majorité des vocalisations adressées au bébé, mais il y avait aussi, surtout au 1er semestre, des sollicitations tactiles et des sollicitations intensives multimodales (appelées « regulation-up »).

Pour des raisons techniques liées aux films familiaux, les regards et mimiques de l'adulte (le plus souvent absent de l'image), n'ont pu être pris en compte.

Grâce à notre collaboration avec les chercheurs en ingénierie de l'ISIR, nous avons filtré dans ces scènes les interactions réussies en termes de synchronie, c'est-à-dire toutes les manifestations du bébé

survenant dans les 3 secondes suivant la sollicitation par l'adulte, et réciproquement, toutes les réponses de l'adulte suivant dans les 3 secondes une sollicitation du bébé.

On a alors comparé statistiquement les groupes normaux, autistes et retards mentaux entre eux ; et aussi les 3 semestres entre eux, pour voir comment les choses évoluaient dans le temps.

Résultats :

Chez le bébé normal, on observe une augmentation des réponses intersubjectives au fil du temps. Parallèlement, les parents recourent de moins en moins aux sollicitations intensives-multimodales et au toucher, utilisés au 1er semestre pour avoir une réponse du bébé. Cela suggère que le bébé est entré dans un autre registre, celui de l'intersubjectivité et du langage, et que les vocalisations seules suffisent à avoir une interaction de qualité.

Nous avons pu montrer que dès les 6 premiers mois, les bébés autistes, comparés aux bébés ordinaires, se tournent moins vers autrui lorsqu'ils sont sollicités, et qu'ils répondent significativement moins que les autres aux vocalisations parentales. Aux 2e et 3e semestres, ils continuent à trop peu répondre aux vocalisations de l'adulte ; de plus les réponses intersubjectives augmentent (comme chez les bébés normaux) mais cela reste insuffisant et au 3e semestre, elles deviennent significativement inférieures à celles du bébé normal.

Quant aux parents des bébés autistes, nous avons montré qu'ils répondent normalement au bébé lorsque celui-ci les sollicite ! En revanche, dès le 1er semestre de vie, ils déploient plus d'effort pour stimuler leur bébé, recourant plus à des sollicitations intensives multimodales, en vue d'obtenir quand même une réponse du bébé. Au 2e semestre, cela n'est plus significatif, sans doute parce que les bébés autistes ont tendance à améliorer leur réactivité (comme nous l'avons signalé également dans notre revue de littérature sur les films familiaux). Mais au 3e semestre, alors que le manque de réactivité de ces bébés autistes s'aggrave, on observe que leurs parents tentent de s'adapter en continuant les sollicitations intensives et aussi les sollicitations tactiles, alors qu'à cet âge elles sont quasiment abandonnées par les parents de bébés normaux. (Saint-Georges et al., 2011), (G.C.Crespin, 2009, 2013)

Conclusions :

Notre étude permet de confirmer et d'approfondir certaines données de la littérature sur les films familiaux : les enfants autistes sont peu réactifs et intéressés par autrui, dès le 1er semestre. Notamment, ils ont un intérêt limité pour la voix de leurs parents. Leur réactivité s'améliore un peu au fil du temps mais leurs compétences intersubjectives deviennent clairement anormales après 1 an (ce qui coïncide avec la période où ils s'enferment plus nettement et se mettent par exemple à éviter le regard). Tout ceci est cohérent avec l'idée d'un manque précoce d'intérêt pour l'autre débouchant ensuite sur un défaut d'intersubjectivité secondaire.

De plus, nous avons jeté un éclairage nouveau sur la dynamique interactive en montrant que le comportement des parents est modifié très précocement par celui de leur bébé, car ils ressentent le manque de réponse de la part de celui-ci, et tentent de le compenser précocement par des sollicitations plus intensives. Au fil du temps, ils font l'effort de maintenir et prolonger des sollicitations archaïques, effectivement adaptées avec un bébé qui n'est pas encore véritablement entré dans l'intersubjectivité [9].

Rôle du mamana dans les interactions avec les bébés à devenir autistique

Raquel Cassel, 2013 [10],[11]

Hypothèses :

Dans les interactions précoces des enfants devenus autistes, la pauvreté de leurs réponses à l'incitation de leurs parents peut appauvrir l'incitation parentale et la production de mamanais au cours du temps. En conséquence, cet appauvrissement social va renforcer le retrait et le retard dans l'acquisition du langage.

Nous sommes proches du concept de « spirale interactive » dans le sens de Benedek (1949), mais dans ce cas, dans une spirale interactive négative où parent et bébé contribuent mutuellement à la dégradation du comportement l'un de l'autre[12] (Crespin, 2009, 2013), dans un possible effet cumulatif au cours du développement précoce.

Si notre modèle d'effet cumulatif est pertinent, nous devrions vérifier les hypothèses suivantes :

- 1) les bébés qui ont ultérieurement développé un trouble autistique sont initialement équipés pour répondre spécifiquement au mamanais, même s'ils sont globalement moins réactifs à la voix ;
- 2) étant donné que le mamanais est dépendant des réactions de l'enfant, la quantité du mamanais parental va diminuer au cours du développement de l'enfant autiste.

Méthode :

Nous avons testé l'utilisation de l'algorithme qui a été créé pour la détection du mamanais[13], en nous focalisant sur les vocalisations des parents et les réponses du bébé en même temps. Il s'agissait d'une étude exploratoire de deux cas uniques : un bébé qui se développera normalement et un bébé qui sera ultérieurement diagnostiqué comme autiste. L'analyse porte sur un certain nombre de segments des séquences vidéo de l'ensemble des films familiaux :

- la cotation de ces séquences à travers la grille d'observation Infant Caregiver Behavior Scale (ICBS),
- l'identification du mamanais grâce à l'algorithme
- l'étude dynamique de l'ajustement des conduites du parent et du bébé grâce à l'analyse de la synchronie
- et enfin l'analyse statistique des scores sur les séquences retenues.

Nous avons donc extrait toutes les réponses du bébé qui se sont produites dans les 3 secondes qui suivaient la sollicitation verbale de l'adulte. Les interactions ont été calculées par type de parole (mamanais, autre type de parole), par semestre (S1, S2 et S3) et par locuteur (tous les adultes confondus, mère et père), en termes de fréquence et de durée.

Notre hypothèse étant que le manque de réactivité du bébé retentirait à la longue sur le mamanais des parents, ou parentais, il fallait distinguer les différents locuteurs pour préciser l'évolution du taux de parentais pour chacun, avec l'idée a priori que ce serait plutôt la mère, plus affectée par la non-réponse du bébé, qui risquait d'en subir plus rapidement les conséquences. Une des nouveautés de cette recherche réside donc dans l'étude des interactions avec mère et père séparément.

Résultats :

L'hypothèse de spirale interactive négative suscitée par la non-réponse du bébé dans le processus autistique est partiellement vérifiée : dans la période que nous avons étudiée (trois premiers semestres), il y a bien diminution des échanges à la fin de la première année, et elle est analogue chez l'enfant à devenir normal et celui à devenir autistique : la diminution du parentais chez les parents des bébés à devenir autistique se ferait par une altération qualitative, alors qu'il disparaît naturellement des échanges avec l'enfant au développement typique suite à son inutilité : le bébé est entré dans les échanges.

L'originalité de cette étude est de permettre de différencier l'évolution du parentais chez la mère et chez le père au cours du temps : le mamanais de la mère semble perdre de son efficacité alors que celui du père reste opérant.

En effet, l'étude permet de montrer que le père, probablement moins affecté par la non-réponse du bébé que la mère, parvient à maintenir la qualité de son parentais au cours du temps, et à inconsciemment jouer un rôle de relais et de soutien auprès de la mère en s'engageant davantage auprès du bébé.

Cette particularité permet de concevoir l'intervention précoce du psychanalyste s'occupant des bébés à risque de développement autistique. Celui-ci, n'étant pas atteint par le manque de réciprocité du bébé, serait en mesure d'étayer les parents et de soutenir également leur production de parentais, tout en étant médiateur de la relation parent-enfant.

PREAUT : un cheminement vers des prises en charge intégratives

PREAUT défend actuellement l'idée que les symptômes autistiques sont mixtes, et qu'ils nécessitent, pour se constituer, d'une combinaison entre :

- d'une part, d'authentiques anomalies du socle neurobiologique des fonctionnements en jeu dans le développement sensori-moteur et cognitif, qui altèrent particulièrement les compétences pour la communication et les interactions sociales,
- et d'autre part, une structuration psychique particulière, survenue dans ce contexte fonctionnel, qui pénalise gravement le franchissement des étapes décisives de l'émergence subjective dans le lien à l'autre.

Actuellement, l'objectif des programmes PREAUT est de montrer, par l'action et par l'exemple, l'intérêt d'une aide cognitive engagée, volontaire, éclairée par la prise en compte des besoins spécifiques des enfants autistes, à la fois sur le plan cognitif, mais aussi dans le « dérangement respectueux » des défenses dans lesquels ils se trouvent enfermés.

En effet, l'approche analytique classiquement vise la « réarticulation pulsionnelle » qui aboutit à des effets socialisants et d'apprentissage, car ils permettent, moyennant la construction psychique, l'accès à l'apprentissage par identification et imitation, comme chez l'enfant au développement typique ; pourtant, certains états post-autistiques, ainsi que les autismes sans déficit nous apprennent que

l'accès au symbolique par voie cognitive semble plus aisé à certains enfants autistes, même déficitaires par ailleurs, sans passer préalablement par la construction de la relation.

Chemins d'ouverture : les nouveaux programmes de PREAUT

Ainsi, face à l'organisation autistique, deux voies ont été volontiers présentées comme opposées et utilisées de manière exclusive :

- La voie rééducative qui pallie, par conditionnement comportemental ou remédiation cognitive, au handicap neurodéveloppemental à l'origine des troubles, et
- La voie des thérapies d'inspiration analytique, qui visent une réarticulation de l'investissement pulsionnel.

En conséquence, les équipes prenant en charge des enfants présentant des troubles envahissants du développement et des troubles du spectre autistique sont confrontées à des approches divergentes, qui s'excluent souvent violemment sur le terrain.

L'équipe PREAUT, souhaitant aller au-delà de ces clivages, et en s'appuyant sur les travaux d'Annick Hubert-Barthélémy, a décidé d'explorer l'approche de pédagogie structurée qu'elle a élaborée[14], et qui met au cœur de sa démarche « l'objet de la connaissance », en le proposant comme une voie alternative d'accès à la relation intersubjective[15].

A. Hubert Barthélémy a créé un dispositif, « l'atelier-classe », où l'enfant est confronté directement à l'écrit sans passer par l'oral, démarche qui renverse la plupart des conceptions habituelles, qui tentent d'inscrire la parole avant de passer à l'écrit. Dans l'expérience sur laquelle se fonde sa thèse, cette approche a permis à plusieurs enfants, qui jusque-là n'avaient pas pu franchir cette étape, d'accéder à l'expression orale adressée.

L'efficacité de cette approche pédagogique structurée est actuellement en cours d'évaluation.

En nous appuyant sur ces travaux, et dans une démarche intégrative, l'équipe PREAUT a proposé la création de trois dispositifs qui allient à la thérapie psychodynamique des enfants une approche cognitive peu souvent utilisée dans les prises en charge institutionnelles classiques.

Voici ces dispositifs :

- L'Unité d'Accompagnement PREAUT-CRF (2010)
- Le dispositif expérimental de Pontoise (2013)
- Le réseau UDAP-Bébés (en cours)

L'Unité d'Accompagnement PREAUT-CRF

Créée en janvier 2010 et devenue un établissement Croix-Rouge Française[17] en 2012, elle est constituée d'une équipe mobile qui intervient à domicile dans une démarche cognitive et développementale, en complément de la psychothérapie analytique proposée à l'enfant.

Elle est fondée sur l'idée de donner d'emblée accès à l'enfant aux deux voies possibles d'articulation avec le monde symbolique : la voie « pulsionnelle » et la voie « cognitive ».

Elle propose, outre des interventions à domicile à vocation cognitive et/ou développementale, des groupes de socialisation et des « ateliers-classe », inspirés de l'approche de pédagogie structurée d'A. Hubert-Barthélémy. Elle constitue, à ce titre, une prise en charge intégrative par excellence.

Le dispositif expérimental UDAP 95

Créé en 2013 pour une période expérimentale de 3 ans, en collaboration avec la CRF, la MDPH95 et le Conseil Général du Val d'Oise, ce dispositif accueille des enfants dits « sans solution » de ce département. Il constitue une sorte de « tremplin » pour des enfants sortis des circuits de soins, censé les aider à se réinsérer.

Il est constitué par une équipe mobile qui intervient au domicile des familles, et propose, en partenariat avec des institutions associatives et du secteur pédopsychiatrique, (SESSAD, CMPP, IME et hôpitaux de jour), des espaces d'accueil qui offrent à ces jeunes sortis des circuits de soins un cadre pour se réorganiser et reprendre pied dans le lien social. Hormis des interventions à domicile à vocation cognitive et/ou développementale, ces espaces sont des groupes de socialisation et des « ateliers-classe », inspirés de l'approche de pédagogie structurée d'A. Hubert-Barthélémy.

Au bout d'un an et demi de fonctionnement, la moitié des jeunes entrés dans le dispositif ont progressé et trouvé des places institutionnelles.

Le Réseau UDAP-BB

Le troisième dispositif à l'étude, serait l'extension de l'accompagnement UDAP-CRF aux 0-3 ans, sous la forme de la création d'un Réseau UDAP-CRF/BEBES, dont la vocation serait l'accompagnement au dépistage précoce et à l'annonce du diagnostic, et proposerait d'emblée un accompagnement adapté et intensif de l'enfant et ses parents, afin de favoriser la meilleure évolution possible pour l'enfant.

Cet accompagnement, également intégratif, s'appuierait sur une démarche de thérapie parents/enfants visant à relancer la dynamique des interactions précoces et sur une intervention de psychomotricité d'inspiration Bullinger à domicile auprès du bébé.

EN GUISE DE CONCLUSION

La dynamique constituée par l'ensemble de ces études constitue une heureuse initiative, car elle vient combler un des principaux manques qui ont pesé, ces dernières années, dans les recommandations élaborées par l'HAS : en effet, les très nombreux enfants suivis depuis longtemps dans nos structures de soin pédopsychiatriques n'ont bénéficié, jusqu'à présent, que d'évaluations cliniques de leur

évolution, qui ont certes fait l'objet de nombreuses publications, mais des publications cliniques, considérées actuellement, à tort ou à raison, « littérature grise » non-probante, ne pouvant aspirer à constituer une preuve scientifique.

Or, ces nouvelles études, acceptant de se plier à une méthodologie scientifique tout en s'appuyant sur les notions de fonctionnement psychique, considérant la symptomatologie autistique comme une défense face à des fonctionnements perceptifs et corporels modifiés, bref, préservant le référentiel psychodynamique, elles permettent d'étayer, par des résultats chiffrés obtenus avec des outils standardisés, des pratiques jusqu'à présent seulement empiriquement pratiquées.

L'objectif ultime de ces études est celui de réintroduire le processus irréductiblement singulier de chaque personne confrontée aux conséquences intersubjectives de son trouble neurodéveloppemental, tout en parvenant à paraître dans le champ des publications internationales, afin de compter parmi les critères qui vont déterminer, dans les années qui viennent, les orientations des politiques de la santé, non seulement en France mais dans la plupart des pays européens.

Graciela C.Crespin

[1] « L'absence de données sur leur efficacité et la divergence des avis exprimés ne permettant pas de conclure à leur pertinence ».

[2] Voir à ce propos, comment Maxence sort du spectre autistique à la CARS au bout de deux ans et demi de traitement analytique - G.C.Crespin et coll., « Evaluations d'un syndrome autistique traité : une approche pluridisciplinaire » in Cahier de PREAUT N° 5, 23-62, L'Harmattan, Paris, 2008

[3] G.C. Crespin, « Enfant turbulent, instable, hyperactif ... ou TED ? » in L'Enfant insupportable, 73-88, Erès, Toulouse, 2010

[4] Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas, J.M.Thurin, M. Thurin, D. Cohen, B. Falissard, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 62 (2014) 102–118

[5] Voir « Revue commentée des articles consacrés à la méthode ABA (EIBI : Early intensive behavioral intervention) de Lovaas, appliquée aux jeunes enfants avec autisme » Victoria Shea, trad . G.C.Crespin, in Psychiatrie de l'Enfant, 273-299, LII, 1, PUF 2009, et aussi : « Les interventions comportementales intensives et précoces auprès d'enfants avec autisme : une revue critique de la littérature récente », V. Cruveiller, in Cahiers de PREAUT : Subjectivité et cerveau social, 9, 77-105, Erès, Toulouse, 2012

[6] G.C.Crespin et coll., « Remarques cliniques sur les résultats intermédiaires de la recherche PREAUT – Chiffres arrêtés à juillet 2010 » in Cahiers de PREAUT : Résultats intermédiaires de la recherche PREAUT, 8, 39-101, L'Harmattan, Paris 2011

[7] "Infant's engagement and emotion as predictors of autism or intellectual disability in West syndrom", L. Ouss, C. Saint Georges, L. Robel, N. Bodeau, M.C. Laznik, G.C. Crespin, M. Chetouani, C.

Bursztejn, B. Golse, R. Nabbout, I. Desguerre, D. Cohen, in *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1-7, Heidelberg, mai 2013

[8] SAINT-GEORGES, C. Dynamique, synchronie, réciprocité et mamanais dans les interactions des bébés autistes à travers les films familiaux. 2011. 190 Science, UPMC, Paris.

SAINT-GEORGES, C. et al. What studies of family home movies can teach us about autistic infants: A literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 4, n. 3, p. 355-366, 2010.

_____. Motherese, an emotion and interaction based process, impacts infant's cognitive development. submitted.

_____. Do parents recognize autistic deviant behavior long before diagnosis? Taking into account interaction using computational methods. *PLoS One*, 2011.

SAINT-GEORGES, C. et coll., « Motherese in interaction : at the cross-road of emotion and cognition ? A systematic review – *PLoS One* 8 (10) : e78103, doi : 10.1371/journal.pone.0078103, 2013

[9] Voir à ce propos la notion d' « état de sidération », de G.C. Crespin, in *Traitements des troubles du spectre autistique : à la recherche d'un modèle français*, pp 51-67, Erès, 2013

[10] "Course of maternal prosodic incitation (motherese) during early development in autism: an exploratory home movie study", à paraître dans la revue *Interaction Studies*.

[11] SAINT-GEORGES, C., CASSEL, R. et coll., « Motherese in interaction : at the cross-road of emotion and cognition ? A systematic review – *PLoS One* 8 (10) : e78103, doi : 10.1371/journal.pone.0078103, 2013

[12] Notion d' « état de sidération » chez les parents comme secondaire à l'apparition du processus autistique (Crespin, 2009, 2013).

[13] Les détails techniques de l'algorithme, la démarche théorique ainsi que nos hypothèses de travail sont présentés dans un article intitulé "Computerized home video detection for motherese may help to study impaired interaction between infants who become autistic and their parents" Mahdhaoui, 2010.

[14] Voir sa thèse : Hubert-Barthélémy Annick, *Nécessité de la subjectivation symbolique dans les apprentissages des enfants autistes*, Thèse de doctorat de psychologie, Université de Lyon 2-Lumière, Directeur de thèse : Jean-Pierre Durif-Varembond, 2011 www.theses.univ-lyon2.fr

[15] Voir, à ce propos, « Pédagogie et subjectivation », in *Cahier de PREAUT N° 11*, Erès, 2014

[16] Voir www.preaud.fr

[17] Moyennant un accord interassociatif PREAUT-Croix-Rouge Française signé en décembre 2011 et élargi en mai 2012.