



Soins informés par la mentalisation chez les enfants autistes sans déficit intellectuel : étude qualitative d'un dispositif pilote

Louis-Mickaël Mar Melis

► To cite this version:

Louis-Mickaël Mar Melis. Soins informés par la mentalisation chez les enfants autistes sans déficit intellectuel : étude qualitative d'un dispositif pilote. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01766890

HAL Id: dumas-01766890

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01766890>

Submitted on 14 Apr 2018

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.

UNIVERSITE DE CLERMONT-FERRAND 1
UFR DE MEDECINE

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

par

Louis-Mickaël MAR MELIS
Né le 10/04/1985 à Vichy (03)

Présentée et soutenue publiquement le 26 septembre 2017.

**Soins informés par la mentalisation chez les enfants autistes
sans déficit intellectuel :
Etude qualitative d'un dispositif pilote.**

Présidente : Mme Isabelle JALENQUES, Professeur

Directrice de Thèse : Mme Marion THEVENET, Docteur

Membres du jury :

M. Pierre-Michel LLORCA, Professeur

M. Nicolas GEORGIEFF, Professeur

M. Jonathan LACHAL, Docteur

Mme Muriel DURANTON, Docteur

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine
: **BERNARD** Mathias

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTRICE GENERALE DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **GUINALDO** Olivier
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **ESQUIROL** Myriam



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BEGUE René-Jean - BELIN Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - COULET Maurice - DASTUGUE Bernard - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mle RAMPON Simone - MM. RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - TURCHINI Jean-Pascal - VANNEUVILLE Guy - VENRIES DE LA GUILLAUMIE Bernard - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. BACIN Franck - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DEMEOCQ François - DETEIX Patrice - IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - PHILIPPE Pierre - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. ESCHALIER Alain	Pharmacologie Fondamentale Option Biologique
M. CHAZAL Jean	Anatomie - Neurochirurgie
M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
Mme LAFEUILLE Hélène	Bactériologie, Virologie
M. LEMERY Didier	Gynécologie et Obstétrique
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques

M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. COSTES Frédéric	Physiologie
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie - Neurochirurgie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne
M. CAMBON Benoît

Médecine Générale
Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine

Bactériologie Virologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel
Mme BOUTELOUP Corinne
Mle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mle MIRAND Andrey
M. OUCHCHANE Lemlih

M. LIBERT Frédéric
Mle COSTE Karen
M. EVRARD Bertrand
Mle AUMERAN Claire
M. POIRIER Philippe

Biophysique et Traitement de l'Image
Nutrition
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Immunologie
Hygiène Hospitalière
Parasitologie et Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë
Mme CASSAGNES Lucie
M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. LEBRETON Aurélien

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction
Radiologie et Imagerie Médicale
Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Hématologie

M. BOUVIER Damien
M. BUISSON Anthony
M. COLL Guillaume
Mme SARRET Catherine

Biochimie et Biologie Moléculaire
Gastroentérologie
Neurochirurgie
Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte
Mme VAURS-BARRIERE Catherine
M. BAILLY Jean-Luc
Mle AUBEL Corinne
M. BLANCHON Loïc
Mle GUILLET Christelle
M. BIDEY Yannick
M. MARCHAND Fabien
M. DALMASSO Guillaume
M. SOLER Cédric
M. GIRAUDET Fabrice
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène
Mme LAPORTE Catherine
M. LOLIGNIER Stéphane

Biophysique et Traitement de l'Image
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie Virologie
Oncologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Nutrition Humaine
Oncogénétique
Pharmacologie Médicale
Bactériologie
Biochimie Biologie Moléculaire
Biophysique et Traitement de l'Image
Médecine Générale
Médecine Générale
Neurosciences - Neuropharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles
M. BERNARD Pierre
Mme ESCHALIER Bénédicte

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

A nos patients,

A notre famille et nos amis,

Au frère, à l'enfant...

A notre Maître et Présidente de Thèse

Madame le Professeur Isabelle JALENQUES

Professeur des Universités de Psychiatrie

Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Praticienne Hospitalière, Chef du Service de Psychiatrie Adulte A CHU

de Clermont-Ferrand

Chère Professeur,

Nous avons bénéficié de votre enseignement et de votre supervision lors de notre passage dans vos services et de notre Master 1 .

Nous tenions à vous remercier de l'accompagnement et du conseil dont vous avez fait preuve à notre égard lors de notre cursus médical. Nous avons apprécié votre clairvoyance, votre soutien et votre écoute.

Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider à notre thèse.

Nous voulons vous témoigner ici notre profond respect et notre gratitude.

Aux membres du Jury

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Pierre-Michel LLORCA

Professeur des Universités de Psychiatrie Faculté

de Médecine de Clermont-Ferrand

Praticien Hospitalier, Chef du Service de Psychiatrie Adulte B CHU

de Clermont-Ferrand

Cher Professeur,

Nous avons bénéficié de votre supervision pour notre mémoire de DES de Psychiatrie.

Nous vous remercions grandement pour vos conseils, votre disponibilité et vos encouragements. Nous avons apprécié votre esprit critique, votre rigueur intellectuelle et vos conseils de lecture.

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Nous voulons vous témoigner ici notre profond respect et notre gratitude.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Nicolas GEORGIEFF

Professeur des Universités de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Université Lyon 1

***Praticien Hospitalier, Chef du service de Psychiatrie de l'Enfant et de
l'Adolescent, ITTAC***

CH le Vinatier

Cher Professeur,

*Nous avons eu le très grand honneur de vous rencontrer lors du DESC de
psychiatrie infanto-juvénile que vous supervisez.*

*Par votre humilité, votre humanisme et votre pensée, vous avez su donner un sens
à notre pratique et nous confirmer dans nos choix de spécialisation. Nous tenons vos
qualités humaines et professionnelles en haute estime et pour modèles.*

*Nous vous remercions pour votre écoute et votre bienveillance et espérons
apprendre encore de vos écrits et de votre enseignement.*

Votre présence dans notre jury est un honneur.

*Nous voulons vous témoigner ici notre profond respect et notre grande
admiration.*

A notre Maître et Juge

Madame le Docteur Marion THEVENET

Docteur en psychiatrie, Assistante Chef de Clinique ITTAC

Université Lyon 1

CH Le Vinatier

Chère Docteur,

Nous avons eu la chance et l'honneur de vous rencontrer dans notre cursus médical.

Vous nous avez offert le privilège de travailler sous votre direction pour notre travail de thèse et nous vous en sommes infiniment reconnaissant.

Nous avons appris de votre conscience professionnelle comme de vos qualités fédératrices. Vous nous avez toujours guidé avec clarté, précision et bienveillance.

Nous vous témoignons ici notre admiration et nos profonds remerciements.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur Jonathan LACHAL

***Praticien Hospitalier Universitaire – Service de la Maison des Adolescents, Maison
de Solenn***

Université Paris Descartes

Hôpital Cochin APHP

Cher Docteur,

Nous vous avons rencontré lors de votre présentation au congrès CFTMEA de Lyon.

*Vous avez été le guide théorique de notre mise en pratique de la méthode
qualitative que vous défendez.*

*Vous nous avez enseigné vos méthodes et votre travail de thèse a été pour nous
une référence à valeur d'étalon. Nous avons pu constater vos qualités pédagogiques autant
que votre disponibilité.*

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Nous voulons vous témoigner ici notre grand respect et notre gratitude.

A notre Maître et Juge

Madame le Docteur Muriel DURANTON

***Praticienne Hospitalière– Ancienne chef du Service de Psychiatrie Infanto-
Juvénile de Vichy***

Psychiatre pour Enfant et Adolescent CH

Jacques Lacarin

Chère Docteur,

Vous nous avez fait l'honneur de nous conseiller durant notre internat.

*Vous avez su nous accompagner avec bienveillance, écoute et disponibilité dans
notre chemin vers la pédopsychiatrie. Nous avons reconnu les valeurs humanistes, militantes
et pionnières que vous portez.*

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

*Nous tenons à vous témoigner ici notre grande estime et notre respectueuse
considération.*

A nos maîtres d'internat,

Docteur Hervé GENTIL, CHSM Le Puy En Velay

Docteur Michel CENDRES, CHSM Le Puy en Velay

Docteur Lionel GRATUZE, CHSM Le Puy en Velay

Docteur Elisabeth JADEAU, CHSM Le Puy en Velay

Docteur Mohamed KARIM, CHSM Le Puy en Velay

Docteur Alexandra KATANA, CHU Clermont-Ferrand

Docteur Jean-René RANCE, CHU Clermont-Ferrand

Docteur Claudine FENOGLIO, CHU Clermont-Ferrand

Docteur Julie GENESTE, CHU Clermont-Ferrand

Docteur Nabil LARBI, CHR Vichy

Docteur Daniel ALEXEI, CHR Vichy

Docteur Christina TOMA, CHR Vichy

Docteur Georges BERTHON, CHR Vichy

Docteur Michèle REY-PETIT, CHR Vichy

Docteur Charles ROUZADE, CHR Vichy

Docteur Morgane BOUTRY, CHR Vichy

Docteur Aveline AOUIDAD, La Pitié Salpêtrière Paris

Docteur Nadège BOURVIS, La Pitié Salpêtrière Paris

Docteur Jean XAVIER, La Pitié Salpêtrière Paris

Docteur Ulysse COCO, La Pitié Salpêtrière Paris

Professeur David COHEN, La Pitié Salpêtrière Paris

Docteur Catherine ALEXANDRE, CHR Vichy

Docteur Cécile BAZELLE, CHR Vichy

Docteur Anne HAMEL, CHR Vichy

Docteur Gabriel PLANCKE, CHR Vichy

Remerciements Particuliers :

A mes mentors :

Docteur Andrée-Blanche DAUVERCHAIN pour votre écoute

Docteur Georges AMAT pour votre pondération

Docteur Mohamed KARIM pour votre sagesse

Docteur Morgane BOUTRY-BOURLOIS pour votre accueil

Docteur Nadège BOURVIS pour votre intelligence

A mes premiers mentors Yves et Bruno : Vous m'avez appris à observer, à goûter, à ressentir...

A mes soutiens : Antony, Corinne et Amandine

A l'équipe de recherche : Charlotte JOST – Dr. Régine MACHABERT A

mes chères équipes :

De Saint Roch, de Ravel, de Pédiatrie, de Pédopsychiatrie et de Vichy Ouest - Ceux dont j'ai le plus appris sur le plan professionnel, c'est de vous : de votre endurance, de votre bon sens, de votre courage et de votre engagement. J'espère pouvoir incarner vos idéaux et votre sens du sacrifice.

A mes co-internes

A mes cousines, leurs bambins et compagnons

A mes amis de médecine de France et de Navarre : Bénie et Florian (et toute leur troupe), Mélanie, Fred, Anne-So, Sébastien, Michel, Johan, Maxime, Xavier et Cyn, Aurélien, Véronique, Charles, Christian, Marie, Yan, Maylis, Zeineb, Alice, Laura, Benoît et ceux que j'oublie.

Aux amis : Vincent, Nicolas, Olivier, Fred et Marine, Isabelle, Mathilde, Guillaume et Elise, Mélanie, Jacques, Flo, les Habités de la Rudébares, (Nico, Vince et Tristan) de Mang Mang...

« Merci à vous tous, d'être là ... J'arrive... »

Aux Docteurs qui ont permis cette thèse

Docteur Anne HAMEL : *Vous m'avez accueilli dans votre service où vous défendez des valeurs d'accompagnement et d'abnégation auxquels je crois. Vous m'avez fait confiance dans mon travail et m'avez permis d'effectuer la rédaction de cette thèse. Vous incarnez le calme et la tempérance nécessaires à toute démarche thérapeutique auprès des enfants comme de leurs familles. Soyez assurée de mon respect profond et de ma déférence. C'est avec grand plaisir que je viens travailler à vos côtés.*

Docteur Gabriel PLANCKE : *Vous m'avez permis d'exercer dans votre cabinet et ainsi de financer mes nombreux déplacements. Vous incarnez pour moi la tolérance, la patience, la bienveillance et la modestie. J'espère encore partager longtemps avec vous nos « réunions institutionnelles ». Je vous témoigne ici ma profonde reconnaissance et mon amitié, cher Patron.*

A ma famille :

Parents, sœur, de m'avoir aidé, soutenu et supporté le long de mes études de médecine et encore aujourd'hui.

Merci plus particulièrement à ma mère et mon père de m'avoir donné l'opportunité d'accomplir ce chemin professionnel. Je vous remercie de m'avoir appris le don et le dépassement de soi, la persévérance et la conscience professionnelle ; merci de m'avoir donné confiance en mon pas et éduqué.

A Raphaëlle, merci de ton soutien, de ta présence, de ce que tu représentes et de ce que tu es...

<u>MAR MELIS Louis-Mickaël</u>		
Soins informés de mentalisation chez des enfants sans déficit intellectuel : Une étude qualitative d'un dispositif pilote		
Thèse de médecine	Clermont-Ferrand	2017
<u>RESUME :</u> Les troubles du spectre autistique (TSA) sans déficit intellectuel (DI) ont pour hypothèse cognitive un déficit en théorie de l'esprit (ToM) ou mentalisation. Un dispositif de soins informés de mentalisation, soins inspirés des Thérapies Basées sur la Mentalisation qui ont fait leurs preuves pour le trouble de la personnalité limite, a été mis en place pour sept enfants diagnostiqués autistes sans DI, âgés de 6 à 11ans, à l'Institut de Traitement des Troubles de l'Affectivité et de la Cognition (Villeurbanne 69). Ce dispositif pilote associait la recherche au soin. Dans cette optique, une étude qualitative a été menée afin d'explorer le vécu des enfants de leur psychothérapie sur dix mois. Des interviews de vidéoélicitation (IVE) ont été mises en place pour ce faire en début, milieu, et fin de prise en charge. Cette thèse a pour objet la description du dispositif de soins et de recherche et l'exposé des résultats de l'étude qualitative. L'analyse phénoménologique des IVE a montré deux axes d'exploration que sont « une clinique de l'enfant autiste » et « ce que le dispositif fait émerger ». Le résultat principal est en faveur d'une représentation de soi-même des enfants autistes qui s'apparente à un mode d'appréhension et de compréhension original du comportement humain reposant sur des logiques propres. Cette dimension est à rapprocher du concept d'auto-théorie de l'esprit ou autoToM décrit par certains auteurs. Ces résultats remettent en cause le modèle de déficit au sens stricte de théorie de l'esprit et pourraient mieux s'intégrer à un modèle explicatif de la différence, d'une autre intelligence, au-delà d'un normocentrisme pour conceptualiser le syndrome autistique.		
<u>MOTS-CLES :</u> Autisme sans déficit intellectuel, Trouble du spectre autistique, Syndrome d'Asperger, Mentalisation, Thérapies basées sur la mentalisation, Etude qualitative, Vidéoélicitation, Enfants, Psychiatrie, Théorie de l'esprit.		
<u>JURY :</u> <u>Présidente :</u> Mme Isabelle JALENQUES, Professeur <u>Directrice de thèse :</u> Mme Marion THEVENET, Docteur <u>Membres du jury :</u> M. Nicolas GEORGIEFF, Professeur M. Pierre-Michel LLORCA, Professeur M. Jonathan LACHAL, Docteur Mme Muriel DURANTON, Docteur		
<u>DATE DE LA SOUTENANCE :</u> 26 Septembre 2017		
<u>ADRESSE DE L' AUTEUR :</u> 15bis rue des Bordes 03300 CREUZIER-LE-VIEUX		

ABREVIATIONS

AAI : Adult Attachment Interview

ABM : Approche Basée sur la Mentalisation

ADI-R : Autism Diagnostic Interview Revised

AS : Asperger Syndrom

ASD : Autistic Spectrum Disorder

CA : Conversation Analysis

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

CNUDPH : Convention des Nations Unies relative aux Droits des Personnes Handicapées

DI : Déficience Intellectuelle

EPF : Enhanced Perspective Functioning

HFA : High Functioning Autism

ICV : Indice de Compréhension Verbale

IIF : Fonction Interprétative Interpersonnelle de Fonagy

IMT : Indice de Mémoire de Travail

IPA : Interpretative Phenomenological Analysis

iRMF : Imagerie par Résonance Magnétique Fonctionnelle

IRP : Indice de Raisonnement Perceptif

ITTAC : Institut de Traitement des Troubles de l'Affectivité et de la Cognition

IVT : Indice de Vitesse de Traitement

MG : Médecins Généralistes

MNN : Mirror-Neuron Network

NEPSY 2 : Bilan Neurologique de l'enfant 2nde édition

QIT : Quotient Intellectuel Total

RFQ : Reflective Functioning Questionnaire

P-RFQ : Parental Reflective Functioning Questionnaire

SCQ : Social Communication Questionnaire

TBM / MBT : Thérapie Basée sur la Mentalisation, en anglais : Mentalizing Based Therapy

TCS : Trouble de la Communication Sociale

TED : Troubles Envahissants du Développement

TEDNOS : Troubles Envahissants du Développement Non Spécifiques

ToM : Theory of Mind

TPA : Trouble de la Personnalité Antisociale

TPL : Trouble de la Personnalité Limite

TSA : Troubles du Spectre Autistique

TSA sans DI : Troubles du Spectre Autistique sans Déficience Intellectuelle

USIDATU : Unité Sanitaire Interdépartementale D'Accueil Temporaire d'Urgence

WISC IV : Echelle d'Intelligence de Wechsler pour enfants et adolescents 4ème édition

Tables des Matières

<i>Remerciements aux membres du jury</i>	3
<i>ABREVIATIONS</i>	112
<i>Introduction : Une thèse sous le signe de la rencontre</i>	18
<i>Contexte</i>	21
<i>I. CHAPITRE THEORIQUE : concepts de troubles du spectre autistique, de mentalisation et de méthode qualitative : Points de repères et discussion sur la pertinence du lien dans le dispositif de soins et de recherche</i>	25
A. Trouble du spectre autistique sans déficit intellectuel	26
1. Historique et définitions actuelles : Trouble du spectre autistique, autisme sans DI.	
26	
a) De Victor de l'Aveyron à l'autisme sans déficit intellectuel.....	26
b) Autisme de haut niveau et syndrome d'Asperger	29
c) Du DSM-IV au DSM 5.....	33
2. Principales conceptions scientifiques contemporaines de l'autisme	38
a) Les modèles défectologiques	38
(1) Modèles du déficit de connaissance d'autrui.....	39
(2) Modèle du déficit d'empathie	40
(3) Modèle du trouble de l'intersubjectivité primaire	40
(4) Limites	42
b) Les modèles d'excès.....	43
c) Modèles de la différence.....	44
B. Mentalisation : une approche intégrative	47

1.	Approche basée sur la mentalisation : Définitions, bases empiriques, principes	
	fondamentaux et éléments historiques -----	47
2.	Cadre théorique : Dimensions et systèmes -----	54
a)	Axe 1 : la dimension cognitive-affective -----	56
b)	Axe 2 : la dimension automatique (implicite) et contrôlée (explicite) -----	57
c)	Axe 3 : la dimension interne-externe -----	60
d)	Axe 4 : la dimension soi-autrui -----	61
3.	TBM et évaluation -----	64
a)	Evaluation clinique : lecture basée sur les axes -----	65
b)	Evaluation psychométrique et expérimentale de la mentalisation -----	68
4.	La posture thérapeutique du clinicien TBM -----	71
5.	Notre point de vue sur l'approche fonagyenne -----	71
a)	Positionnement humaniste -----	72
b)	Position intégrative -----	73
C.	Pertinence de la mentalisation fonagyenne vis-à-vis de l'autisme -----	75
1.	La rencontre clinique pour penser le défaut en théorie de l'esprit -----	75
2.	Théorie de l'esprit et TSA -----	78
a)	Cadre théorique de la théorie de l'esprit -----	78
b)	ToM et TSA -----	80
3.	Mentalisation fonagyenne : abus de langage, analogies, concepts voisins -----	82
4.	Recoupement entre théorie de l'esprit et mentalisation fonagyenne dans la	
	littérature.	84
5.	Des TBM chez les TPL aux soins informés par la mentalisation chez des TSA sans DI.	
		86
D.	Choix de la méthode qualitative dans notre étude -----	87
1.	La Méthode qualitative -----	88
a)	Définition -----	88

2.	Intérêt dans l'évaluation de notre étude -----	89
3.	Vidéoélicitation et Visual narrative-----	91
4.	Point de vue sur la méthode qualitative et positionnement de chercheur -----	94
II. CHAPITRE BIBLIOGRAPHIQUE : Etat des lieux -----		99
A. Bibliographie MBT/ Etude qualitative-----		99
B. Bibliographie Syndrome d'Asperger-Autisme de Haut Niveau / Etudes qualitatives 102		
C. Discussion sur l'absence de l'étude qualitative des TBM chez des TSA.-----		104
III. CHAPITRE PRATIQUE : Genèse d'un dispositif de soins et de recherche-----		106
A. Dispositif de soins -----		106
1.	TBM chez l'adulte-----	106
a)	TBM dans leur indication princeps : les troubles de la personnalité limites -----	106
b)	Déroulement d'une séance de TBM proposée au patient TPL -----	107
2.	TBM adapté à l'enfant -----	108
a)	Dispositif de soins -----	108
b)	Déroulement d'une séance-type TBM adaptée à l'enfant -----	109
B. Dispositif de recherche -----		111
1.	Conceptualisation de l'étude-----	111
2.	Méthode -----	113
a)	Echantillonnage et sujets -----	113
b)	Recueil du matériel : collecte et gestion des données-----	115
c)	Analyse -----	121
(1)	Phase transcription, vérification et imprégnation-----	121
(2)	IPA : Phase d'annotations et de codage-----	122
(3)	Phase de rapprochements thématiques -----	122

(4) Phase d'élaboration de sondes -----	122
(5) Phase de discussion et d'ajustements en thèmes et métathèmes -----	123
(6) Phase de consolidation ou réajustements -----	123
3. Résultats -----	124
<i>Une clinique de l'enfant autiste</i> -----	126
a) Des représentations des pensées des autres -----	126
b) Des représentations de soi-même-----	130
c) Intérêt pour l'autre -----	132
d) Manifestations s'opposant à la rencontre -----	133
Ce que le dispositif fait émerger -----	134
a) Les effets du dispositif observés par l'enfant ou les propos qui s'y rattachent	
134	
b) Intérêt pour la vidéo-----	135
c) Vécu de stigmatisation, douleurs, identification -----	135
4. Discussion-----	137
<i>Conclusion</i> -----	143
<i>BIBLIOGRAPHIE</i> -----	146

Introduction : Une thèse sous le signe de la rencontre

Le chercheur en génétique des populations et essayiste Albert Jacquard érigeait la « rencontre de l'autre » en valeur principale de sa pensée[1]. Pour lui, il fallait remplacer une culture de la compétition par une culture de l'émulation. L'émulation avançait-il, « c'est rencontrer l'autre en se disant : S'il n'est pas comme moi, donc il va m'aider à me construire moi-même, et je vais l'aider à se construire. »

Ces paroles simples, enfantines, résument pour nous l'essentiel de la démarche suivie dans notre travail de thèse. Plus largement, notre idée de la médecine et notre engouement pour la psychiatrie infanto-juvénile prennent leur origine comme leur objectif dans la rencontre. Elle est également le lieu commun à la naissance de notre travail et à notre intérêt pour son objet.

Une rencontre avec l'autisme tout d'abord. Nous étions alors encore externe à la Faculté de Médecine de Lyon Sud quand nous avons observé pour la première fois des enfants dits T.E.D.No.S. (Trouble Envahissant Non Spécifique du Développement), verbaux et non verbaux. Nous avons alors été marqué par l'un d'eux, qui pouvait passer des matinées entières à transvaser d'un verre à l'autre de l'eau coulant du robinet. Le temps était comme suspendu à cette unique répétition. Son visage était calme et serein et ne portait aucune particularité ou dysmorphie propre à éveiller un soupçon d'anomalie. Il nous reste encore cette impression très projective qu'il était à la fois prisonnier et spectateur d'un intérêt que nous ne nous figurions pas. Nous avons pu discuter avec la mère de cet

enfant, qui avait un discours aimant et nous expliquait à quel point son fils, "c'était toute une histoire".

Notre cursus médical nous menant ensuite à l'internat, nous avons choisi de nous orienter vers la psychiatrie infanto-juvénile. Nous avons alors un attrait plus poussé pour l'âge adolescent, raison pour laquelle nous avons choisi, lors de notre stage d'interCHU à la Pitié Salpêtrière, le service d'Esquirol dans notre troisième année d'internat, un des services du bâtiment Georges Heuyer recevant des préadolescents de 12 à 15 ans. Dans cette institution, nous avons alors pris en charge deux adolescents autistes et leur famille. Ceux-ci présentaient des comportements d'évitement, de l'impulsivité, une bizarrerie dans leur démarche et vivaient la mise à l'écart de leurs pairs dans le service, sans en avoir cure. Il y avait aussi ces moments où ils choisissaient de venir s'asseoir autour d'une partie de cartes, de saisir une main et de la contempler, simplement avant de repartir. Mais plus encore, c'est ici le désarroi des familles et parfois le sentiment d'impuissance de notre institution comme de notre fonction qui nous ont le plus marqué. Mais ils n'étaient rien face au courage de ces parents, courage dont ils se défendaient tant ils acceptaient pleinement le réel d'avoir un enfant autiste. Il y avait encore ce grand couloir qu'était l'USIDATU (Unité Sanitaire Interdépartementale d'Accueil Temporaire d'Urgence) où des enfants autistes comme des adultes devaient parfois porter des casques quand ils en venaient à essayer de se cogner contre les murs. Ici, nous avons connu la psychiatrie plus lourde, où les équipes font preuve d'un humanisme et d'un professionnalisme remarquables pour accompagner au mieux, soutenir, soulager et prévenir les agitations psychomotrices et les prendre en charge.

C'est ainsi que dans notre cursus, nous en sommes venus à nous intéresser de plus près à ce syndrome de l'exclusion au sens littéral, enfant excluant le monde comme le monde pouvait quelquefois les exclure. Et force nous a été de constater qu'ils étaient

l'essence même, le sujet et la raison d'exister de notre discipline de pédopsychiatrie. Aussi, quand le Dr. Thévenet nous a offert l'opportunité de rencontrer des autistes de haut niveau et de participer au dispositif qu'elle avait imaginé et mis en place, nous avons considéré que cette manière de conclure notre doctorat était utile, appropriée, et donnait un sens à ces rencontres de notre parcours de soignant.

Ces enfants nous ont aidé à construire une vision de la médecine que nous voulons incarner. Il était juste en retour que nous explorions leur « vécu d'un soin » qui veut les aider à se construire.

Contexte :

L'autisme est passé depuis bien longtemps de la sphère médicale au domaine public où chaque personne s'en fait une représentation propre, les individus porteurs d'autisme tout autant [2]. Nous ne pouvons donc en donner une définition univoque ou exhaustive. Nous devons néanmoins préciser les limites de notre objet d'étude « l'autisme sans déficit intellectuel ou de haut niveau » et les principales entités avec lesquels il présente des recoupements plus ou moins reconnus : trouble du spectre autistique (TSA) sans déficit intellectuel (DI), trouble envahissant du développement sans déficit intellectuel (TEDSI), Syndrome d'Asperger(AS). Les ouvrages primordiaux qui nous ont guidé pour ce faire et qui font référence sont : « Qu'est-ce que l'autisme » de N. Georgieff, « l'Autisme une autre intelligence » de L. Mottron, le « syndrome d'Asperger et l'autisme de Haut Niveau de T. Attwood.

La dénomination vient du grec *autos*, néologisme emprunté à Bleuler. Ce dernier avait utilisé le terme d'autisme pour qualifier la perte de contact avec la réalité externe et le repli sur le monde intérieur des patients schizophrènes. L'étude épidémiologique à laquelle il est majoritairement fait référence est celle de Fombonne en 2003 qui donne une prévalence de 62,5/10000 pour l'ensemble des Troubles Envahissants du Développement dont un quart répondrait aux critères du syndrome d'Asperger [3].

Si les méthodes d'interventions comportementales intensives précoces (ABA, Denver) ont pris le pas sur les interprétations et cures psychodynamiques dans la communauté scientifique, aucune technique n'altère le cours de la condition autistique ou ne peut se prévaloir de modifier les signes profonds de l'autisme [4].

Anthony Bateman et Peter Fonagy, psychiatre et psychologue britanniques, ont développé la thérapie basée sur la mentalisation (TBM) [5]. La notion de mentalisation se réfère à la capacité que l'on a de penser que les comportements d'un individu sont reliés à des éléments psychiques tels que des pensées, des désirs ou des croyances qui lui sont propres et qui sont partiellement opaques. De ce fait, l'interprétation des comportements est sujette à erreur et entraîne de nombreux malentendus. La mentalisation est à la fois utilisée comme terme signifiant une théorie développementale et un modèle d'intervention.

Mentaliser, c'est faire preuve de curiosité pour l'état interne de l'autre, c'est aller à sa découverte pour éviter ces écueils. Un des postulats qu'elles défendent serait qu'au centre du Trouble de la Personnalité Limite (TPL) se trouve une capacité de mentalisation fragilisée, soit en raison de l'attachement «insécure» de ces patients, soit par des relations précoces qui n'ont pas permis son développement de manière optimale [6]. Ce traitement vise à développer et stabiliser les capacités de mentalisation, en particulier dans les situations chargées d'émotions comme les relations d'attachement.

C'est en Novembre 2016 qu'à l'initiative du Dr. M.THEVENET a été créé, pensé et mis en place un dispositif de soins informés par la mentalisation à l'attention d'autistes sans déficit intellectuel à l' I.T.T.A.C. (Institut de Traitement des Troubles de l'Affectivité et de la Cognition) de Villeurbanne (69). Ce dispositif pilote se voulait un « dispositif de soins et de recherche » adapté à l'enfant et son environnement. Ainsi il comprenait une prise en charge individuelle et groupale (groupes d'adaptabilités sociales) des enfants basée sur la mentalisation mais aussi des entretiens familiaux. A des fins d'évaluation et de recherche, trois études ont été conduites sur 6 mois : une étude qualitative sur le vécu des enfants, une étude qualitative sur le vécu des familles et une étude quantitative sur l'amélioration

de la perception sociale des enfants évalués par la NEPSY II et le test de Sally et Anne.

(Organigramme du dispositif en annexe 1)

Notre travail de thèse est consacré à la première étude, qui porte sur le vécu subjectif des enfants des TBM et plus largement leur expérience de l'intervention via un outil qualitatif de Visual Narrative original, la méthode d'interview en vidéoélicitation.

Notre propos s'articulera autour de trois parties. Un chapitre introductif théorique portera sur l'autisme sans déficit intellectuel, les thérapies basées sur la mentalisation et la pertinence de leur application dans le champ de l'autisme. Il se poursuivra par les descriptions des paradigmes, méthodes, outils qualitatifs propres à notre étude ainsi que de notre positionnement de chercheur. Le second chapitre présentera un état actuel des connaissances en matière de Mentalisation/Etude Qualitative/TSA. Enfin, l'étude en elle-même sera présentée dans un troisième chapitre : Conceptualisation, Méthode, Résultats et discussion.

CHAPITRE THEORIQUE

I. CHAPITRE THEORIQUE : concepts de troubles du spectre autistique, de mentalisation et de méthode qualitative : Points de repères et discussion sur la pertinence du lien dans le dispositif de soins et de recherche.

Cette première partie a pour objet d'introduire des soubassements théoriques de notre étude car il est important de replacer un travail de thèse dans l'actualité des travaux scientifiques. De plus, la première étape du modèle inductif qualitatif est une mise à plat des concepts théoriques qui ont généré le questionnement clinique[7].

Nous commencerons par un bref rappel historique et une exposition des principales conceptions scientifiques contemporaines de l'autisme, de l'autisme sans déficit intellectuel et du syndrome d'Asperger. Nous évoquerons dans un second temps l'approche basée sur la mentalisation de Peter Fonagy ainsi que les psychothérapies qui l'accompagnent dites « Thérapies Basées sur la Mentalisation » (Mentalised Based Therapy en anglais [MBT]). Nous nous appliquerons ensuite à justifier les choix de cette méthode pour les enfants étudiés. Enfin, nous présenterons la méthode d'évaluation mise en place dans notre étude : la méthode qualitative et la raison de son choix.

A. Trouble du spectre autistique sans déficit intellectuel

La littérature concernant l'autisme est actuellement surabondante et les hypothèses théoriques quant à son étiologie sont controversées. L'autisme révèle de manière patente une difficulté fondamentale de la psychiatrie : définir la pathologie sur des critères qui ne soient ni relatifs, ni consensuels, ni contextuels, ni conjoncturels, ni socio-culturels et encore moins politiques [8]

1. Historique et définitions actuelles : Trouble du spectre autistique, autisme sans DI.

a) De Victor de l'Aveyron à l'autisme sans déficit intellectuel:

Certains auteurs considèrent que Victor de l'Aveyron, « le plus aliéné des idiots », était autiste [9]. Sans souscrire à cette hypothèse, loin s'en faut, l'autisme serait alors l'objet d'études et de soins fondateurs de la pédopsychiatrie.

La description de la découverte de l'enfant sauvage, arrivé à Paris le 6 Août 1800, est alors caricaturale : « empâté, d'une saleté repoussante (...) presque tout le jour accroupi dans les coins des murs, occupé à d'interminables masturbations, refusant tout contact ». Cependant, elle a de commun avec celle des petits malades de Kanner 150 ans plus tard, qu'elle nous parle d'un enfant qui « paraît très intelligent [10]. On connaît alors la démarche dévouée d'Itard, l'adoption de Victor durant quatre années, son application pratique du traité médico-philosophique de Pinel. On suppose aussi sa querelle idéologique parricide avec celui-ci, fondatrice de la psychiatrie, qui se soldera par l'échec

cuisant de sa cure [11]. Mais il y a ici des ressemblances fondamentales aux démarches d'Itard, Kanner, ou encore Hans Asperger, c'est leur fascination pour ces enfants atteints du symptôme d'autisme. L'originalité de la démarche de J.M.G. Itard se situe dans le questionnement qu'il instaurait de la théorie par la pratique clinique, et les soins qu'il a prodigués à Victor démontrent sa pleine humanité. Ce qui pourrait paraître banal à toute démarche soignante de nos jours ne date pourtant que d'hier : « la spirale métaphysique dans laquelle Itard tente d'arracher son Victor aux représentations monstrueuses qu'il s'en fait ne peut s'opérer que dans un mouvement d'identification »[12].

Prendre en charge des enfants dits autistes, c'est vouloir faire preuve de la naïveté audacieuse et de la détermination géniale d'Itard, c'est étudier le fondement de la psychiatrie infanto-juvénile. Parce qu'il altère la communication entre soi et autrui dès sa forme la plus innée et la plus naturelle, en empêchant les conditions de possibilité du lien interpersonnel ou empathique, il affecte stricto sensu le « sens commun ». L'autisme induit chez l'observateur, l'interlocuteur, le parent, le professionnel ou tout individu mis en position de donneur de soins (caregiver) ces « effets affectifs et psychiques très particuliers, souvent désorganisateurs »[13].

La fascination pour l'autisme qui habite ceux qui ont choisi « de s'y intéresser ou de s'y consacrer, ne doit pas voiler qu'il est avant tout cause d'expériences dramatiques pour ceux qui n'ont rien choisi mais s'y trouvent brutalement confrontés dans leur vie »[14]. L'autisme est un trouble d'origine inconnue pour lequel il n'existe pas de méthode thérapeutique curative, de quelque nature qu'elle soit, qui permette une amélioration suffisante pour parler de guérison. Soulignons alors la position d'humilité et de considération défendue par N. Georgieff que nous devons adopter à l'adresse de l'entourage et des familles d'enfants autistes.

Qu'en est-il alors de l'autisme sans déficit intellectuel ? Hans Asperger et Léo Kanner semblent avoir décrit les mêmes enfants à quelques nuances près [15]. La publication d'Asperger, « les psychopathies autistiques pendant l'enfance », qui date de 1944 [16], a été l'objet de redécouverte et diffusion par L. Wing en 1981 [17]. Elles produisirent alors un effet de nouveauté [14]. Il y décrit des sujets au niveau de développement intellectuel normal voire supérieur, dont le langage s'est développé normalement, ce qui en fait la principale différence avec les sujets de Kanner. Certains peuvent aussi présenter un développement du langage normal, facile et élaboré, notamment du point de vue syntaxique. Ils présentent fréquemment une maladresse motrice qui gêne les activités sportives (vélo, jeux de balle...). A contrario des sujets de Kanner, ils sont globalement aptes à entrer en relation avec autrui et à le prendre en compte, mais la manière dont ils le font, profondément maladroite et originale, crée une bizarrerie caractéristique. En dehors de ces particularités, les descriptions d'Asperger et Kanner se rejoignent. La question posée par N. Georgieff est donc de savoir si les nuances entre les deux descriptions tiennent aux objets décrits ; ou davantage à une différence du regard porté sur eux par Kanner et Asperger.

Leurs modalités de recrutement pourraient être responsables de cette altérité. Asperger travaillait en institution quand Kanner voyait les enfants en consultation ponctuelle. Mais ce sont les regard et style des auteurs qui diffèrent le plus nettement. Ainsi Kanner se réfère à un modèle théorique clairement médical dans le cadre de consultations sollicitées par les familles. Asperger les décrit à partir d'une pratique institutionnelle où l'observation sur de longues périodes lui permet d'apprécier les interactions avec leur environnement, éducateurs et pairs, dans l'institution. Il s'appuie quant à lui sur un modèle médical et psychiatrique mêlé aux théories psychopédagogiques (Asperger a travaillé au développement de ce qu'il appelle la « pédagogie curative »), et

psychopathologiques. Il s'intéresse autant à la description clinique des sujets qu'aux possibilités de traitement et d'intégration sociale qui leur sont offertes dans l'institution.

Il en résulte une différence de perspective. Kanner le définit selon un modèle pathologique comme nouveau syndrome, il insiste sur ce qui distingue ces enfants des autres et postule un trouble spécifique du développement. Asperger, quant à lui, est plus proche de la description d'un trouble de la personnalité, qui se réfère moins à une opposition entre normal et pathologique, et plus au principe d'une variation de tendances par rapport à la normale. Aujourd'hui, cette vision de la psychopathologie se rapprocherait d'une perspective dimensionnelle. On ne s'étonne donc pas que l'entité « syndrome d'Asperger » connaisse une large diffusion publique. S'en suit la tendance actuelle à comprendre l'autisme sans déficit intellectuel selon un modèle dimensionnel plutôt que catégoriel, c'est-à-dire comme spectre incluant des formes frontières ou subcliniques. Cela suppose un continuum entre les formes les plus typiques et la normalité.

En 1980, les TED, troubles envahissants du développement regroupaient en une catégorie large et hétérogène : l'autisme typique, l'autisme atypique, d'autres syndromes d'apparition précoce comme le syndrome de Rett (d'origine génétique inconnue), une vaste catégorie de troubles hétérogènes dits TED « non spécifiés », enfin le syndrome d'Asperger. Il en est différemment dans les nouvelles positions du DSM 5 que nous verrons plus bas.

b) Autisme de haut niveau et syndrome d'Asperger

S'il est reconnu de nettes différences entre l'autisme dit prototypique de Kanner et le syndrome d'Asperger par l'évaluation de la communication, du langage et de l'évolution à long terme[18], on se pose la question de ce qui différencie le syndrome d'Asperger et l'autisme de haut niveau.

Lorna Wing décrit les principaux signes cliniques du syndrome d'Asperger comme suit[19] :

- manque d'empathie,
- interaction unilatérale, naïve, inappropriée,
- incapacité ou capacité restreinte à établir des relations amicales,
- langage répétitif, pédant,
- faiblesse de la communication non-verbale,
- préoccupation intense pour certains sujets,
- maladresse et mauvaise coordination des mouvements, attitudes bizarres

Dans les années 90, l'opinion dominante était de voir l'AS comme un variant de l'autisme et un TED. Cette vision reconnaissait surtout le fait que « la maladie » affecte un grand nombre de capacités. Le comportementaliste Attwood considère qu'il s'agit d'un syndrome bien plus fréquent que l'autisme classique et qu'il peut être diagnostiqué chez des enfants qui n'ont jamais été considérés comme autistes auparavant.

Il note que de nombreuses études ont tenté d'établir une distinction [20]– [24]entre autisme sans DI et AS mais qu'il en ressortirait plus de similitudes que de réelles différences significatives. Le terme d'autisme de haut niveau est utilisé en majeure partie par les anglo-saxons pour lequel ils ont une préférence. Cela s'expliquerait par des raisons pratiques d'organismes de soins publics et le défaut d'information sur le syndrome d'Asperger. En effet, si aux Etats-Unis de nombreuses organisations distribuent des fonds pour les enfants qualifiés d'autistes ce qui peut parfois entraîner des diagnostics à l'excès [25], l'AS n'était jusqu'alors pas retenu comme un diagnostic justifiant une aide financière. Pour cet auteur, l'un et l'autre se situeraient sur un même continuum où certains enfants peuvent se retrouver dans une zone médiane où le choix de l'appellation est incertain. Les

praticiens outre atlantique hésiteraient donc à utiliser un terme qui pourrait empêcher ou retarder l'accès aux services d'aide et dans ces considérations ils recommandent de choisir le premier.

Le point de vue de L. Mottron est tout autre et il donne une description de la position française en la matière. En effet, les milieux français auraient tardé à reconnaître les troubles envahissants du développement sans déficit intellectuel [TEDSI] (classification de l'ancien DSM-IV refondue dans les TSA que nous décrivons ci-après). Ceux-ci avaient selon lui une réticence à poser un diagnostic d'autisme ou d'AS chez une personne d'intelligence normale au profit d'appellations comme « traits autistiques, psychoses infantiles ou syndrome sémantique pragmatique ». On reconnaît ici les positions anti-DSM de Roger Mises sur les dysharmonies d'évolution, positions ayant mené à l'élaboration de la C.F.T.M.E.A. Il existait alors un « no man's land diagnostique », pour les personnes atteintes qui négligeait leur souffrance humaine » de n'avoir ni cadre qui permette une compréhension rétrospective de leurs particularités, ni référence pour les affronter. Pour L. Mottron, l'apprentissage du diagnostic de TEDSI est un acte « thérapeutique » alors que les cliniciens francophones y voyaient une « stigmatisation ».

Sans souscrire radicalement à l'une ou l'autre position, notons qu'avant les années 70 l'autisme était classé selon des principes psychodynamiques qui ne dépendaient pas de l'observation effective de leurs transformations développementales et de la présence ou non de marqueurs neurobiologiques mais des possibilités d'individuation du sujet.

Le syndrome d'Asperger entre dans la nosographie internationale en 1994 et se distingue selon Mottron par l'absence de signes nécessaires dans l'aire « communication », et donc d'anomalie de l'expression langagière : retard de langage, écholalie, inversion

pronominale, néologisme et langages stéréotypés ne s'y rencontrent pas. Les personnes atteintes peuvent donc présenter des thèmes répétitifs, ou « intérêts particuliers, mais la morphologie de leur langage n'est pas elle-même répétitive : ils ne répètent pas la même phrase sous la même forme. L'AS se distingue également de l'autisme sans DI par un parcours développemental différent, où les premiers signes remarqués par les parents ne se manifestent que rarement avant 3-4 ans, alors que l'autisme, s'il n'est pas accompagné de DI, offre un tableau clairement atypique bien avant cet âge.

Enfin, quant au diagnostic de l'un ou de l'autre, dans le DSM-IV une règle du DSM-IV maladroite faisait qu'en appliquant « à l'aveugle » les critères relatifs à la distinction entre autisme et AS, on aboutissait à tout bonnement supprimer cette dernière catégorie. La règle était la suivante : si le diagnostic d'autisme peut s'appliquer c'est celui-ci et non celui de syndrome d'Asperger qui doit être porté.

L'un des aspects marquant de la distinction entre autisme et syndrome d'Asperger concerne la distribution des âges d'apparition du langage chez l'ensemble des individus positifs pour un diagnostic ADI à l'âge adulte (ce qui recouvre donc à la fois des personnes autistes et des personnes Asperger selon des critères du DSM-IV). Le langage est en effet ou bien très retardé avec apparition des premières phrases à deux mots vers quatre ans, les futurs autistes de haut niveau ou bien très précoces avec un vocabulaire et une prononciation au-dessus de l'âge chronologique qui le resteront jusqu'à l'âge adulte, les futures personnes avec AS.

Le diagnostic d'autisme reste un diagnostic clinique. En cas de suspicion d'autisme sans DI ou de syndrome d'Asperger à la suite d'une enquête développementale avérée, il convient d'avoir recours à des premières échelles validées d'évaluation telles ADIR-R ou ADOS et à un bilan psychomoteur et orthophonique complets. Si les échelles orientent vers

les diagnostics, on adressera l'enfant à un centre expert où il pourra bénéficier d'évaluations psychométriques plus approfondies. On profitera ainsi de l'avis de professionnels dont l'expérience acquise par le nombre et la sélection de sujets similaires sera supérieure à la nôtre. Dans tous les cas, le diagnostic d'autisme doit être porté de façon collégiale, après avoir éliminé des diagnostics différentiels (dysmorphie morpho - syntaxique, histrionisme...). Le diagnostic d'autisme doit répondre à deux impératifs contradictoires qu'il est de notre responsabilité de prendre en compte à chaque cas : la nécessité d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces d'un vrai positif et à la fois la réserve qui s'impose quant à un diagnostic stigmatisant. Les représentations multiples et diagnostics différentiels pourraient conduire à une étiquette dont un faux positif se déferait difficilement : ne dit-on pas qu'« on ne guérit jamais d'autisme ? »

Nous regrettons de ne pouvoir ici donner le point de vue de L.Mottron sur la refonte du DSM-5 et l'autisme sans DI. Son dernier ouvrage de 2016 traite d'interventions précoces, plus particulièrement dans l'autisme prototypique. Une réédition complémentée de « l'autre intelligence » devait initialement paraître en 2017 mais n'est à ce jour pas disponible. Nous finirons donc cette partie sur le concept d'autisme par un point sur ses évolutions dans la classification internationale nord-américaine.

c) Du DSM-IV au DSM 5

L'autisme était défini dans les classifications diagnostiques de manière dite consensuelle comme un trouble neurodéveloppemental d'origine génétique, caractérisé par une altération des interactions sociales, de la communication verbale ainsi que par des

comportements stéréotypés et des intérêts restreints [26]. Dans l'actualité des classifications internationales, soulignons les nouvelles positions prises par les auteurs du DSM-5. En effet, ils ont apporté des changements notables en éliminant les critères diagnostiques utilisés depuis des dizaines d'années. D'abord classifié sous l'appellation de schizophrénie infantile dans la première édition de 1952, le concept d'autisme a évolué dans chaque nouvelle édition du DSM. Chacune des mises à jour a fait l'objet de controverses et celle de mai 2013 n'échappe pas à la règle. [27]

Les principales différences entre le DSM-IV et le DSM-5 concernant l'autisme portent sur sa définition, le remaniement de ses sous-types, ses critères cliniques, l'âge d'apparition et l'introduction du diagnostic de trouble de la communication sociale [TCS].

Ainsi, on constate la disparition des « Troubles Envahissants du Développement » [TED] au profit de « Troubles du spectre autistique » [TSA], lesquels sont inclus dans la catégorie plus vaste des « troubles neurodéveloppementaux ». Corrélativement, on note le remaniement des sous-types du DSM-IV [28]. Sur les cinq sous-types de l'autisme compris dans le TED (troubles autistiques, syndrome d'Asperger, trouble désintégratif de l'enfance, troubles envahissants du développement non spécifiés ainsi que syndrome de Rett) seuls les quatre premiers ont été regroupés sous la catégorie générale de TSA. **(Voir tableau 1.1)**

Si le DSM 5 ne fait plus de distinction entre les différents sous -types, y incluant encore le Syndrome d'Asperger dans un « *nota bene* », il spécifie 3 degrés de sévérité des symptômes ainsi que leur niveau de soutien nécessaire. Concernant la clinique, la triade du DSM IV est remplacée par une dyade : les « troubles de la réciprocité sociale » et les « troubles de la communication » ont été rassemblés sous le « critère a. trouble de la

communication sociale » quand l'ancien « critère **c.** répertoire d'intérêts et d'activités restreint et répétitif » devient le « critère **b.** comportements restreints et répétitifs ».

Les nouvelles catégories de symptômes ne comportent que deux changements importants : l'exclusion des « troubles/retard du langage » et l'apparition du symptôme de « sensibilité inhabituelle aux stimuli sensoriels » dans la catégorie « comportements répétitifs ».

On notera encore le remplacement de l'âge d'apparition « avant l'âge de 36 mois » par une définition qui élargit les symptômes à « la petite enfance » en précisant qu'ils « peuvent ne se manifester pleinement que lorsque la limitation des capacités empêche de répondre aux exigences sociales. »

Comme nous l'avons dit plus haut, le diagnostic différentiel de TCS apparaît dans le DSM-5 dans la catégorie « troubles du langage ». Ses critères diagnostiques recoupent en partie ceux du TSA à savoir « trouble pragmatique », « trouble de l'utilisation sociale de la communication verbale et non verbale ». Cependant, la présence additionnelle « d'intérêts obsessifs et de comportements répétitifs » exclue ce diagnostic.

Tableau 1.1 : Changements concernant l'autisme du DSM IV au DSM 5

DSM IV	DSM 5
Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence : Trouble envahissant du développement [TED] - Trouble Autistique - Syndrome d'Asperger - Trouble désintégratif de l'enfance - Trouble envahissant de l'enfant non spécifié - Syndrme de Rett	Troubles neuro-développementaux : Trouble du Spectre de l'autisme [TSA]
Symptômes Cliniques	
a. Trouble de la réciprocité sociale b. Trouble du langage / de la communication c. Répertoire d'intérêts et d'activité restreints et répétitifs	a. Troubles de la communication sociale b. Comportements restreints et répétitifs

Les changements apportés au DSM-5 sont étayés par la recherche. La suppression des différents sous-types diagnostics de TED se base sur des études attestant que :

- La distinction opérée entre les sous-types du DSM IV varie dans le temps.
- L'application des sous-types peut varier selon l'endroit où le diagnostic est posé.
- Les différences de compétences sociales et cognitives entre les sous -groupes s'élaborent mieux en termes de continuum qu'en catégorisation distincte.
- Il existe peu de preuves significatives de différences marquées tant du Syndrome d'Asperger que du trouble autistique. De même, les recherches en biologie

(biomarqueur, imagerie fonctionnelle cérébrale, oculométrie...) apportent elles- aussi peu de preuves de différence de risques d'hérédité chez des personnes sujettes à l'une ou l'autre condition.

L'importance donnée à la présence de comportements répétitifs se base sur des études attestant que lesdits comportements, y compris les réponses sensorielles inhabituelles, surviennent à un stade précoce dans le développement de l'enfant avec autisme. Quant à l'élimination des critères de langage, ils sont justifiés par le fait que contrairement à eux, les comportements répétitifs font partie des critères distincts de l'autisme.

Enfin, les critiques principales de cette réorganisation portent sur son étroitesse.

Certaines personnes pourraient de ce fait ne plus répondre aux critères entre DSM-IV et DSM-

5. Des associations d'autoreprésentation affirment quant à elles que l'introduction d'un syndrome d'Asperger sans distinction aucune porterait atteinte à l'identité des personnes qui en sont affectées. Néanmoins, l'approche adoptée consistant à classifier en fonction du niveau de soutien correspondrait mieux à l'approche basée sur les droits de la Convention des Nations Unies relative aux Droits des Personnes Handicapées (CNUDPH). La CNUDPH considère que le handicap est, et doit être considéré comme étant varié. La dignité et la valeur intrinsèques de chaque être humain doivent être pleinement reconnues, quels que soient le type ou la sévérité du handicap. Par conséquent un diagnostic ne doit en aucun cas servir de fondation à l'identité d'une personne. Parallèlement la CNUDPH considère qu'aucune personne ne devrait être considérée handicapée contre son gré. Enfin, classer le syndrome d'Asperger comme sous - type, comme c'était le cas dans le DSM IV, comporte le risque élevé que les personnes en faisant état ne puissent plus avoir accès aux soutiens et services dont elles ont besoin, en

raison de la croyance largement répandue que les personnes atteintes du syndrome d'Asperger sont des génies.

Les auteurs du DSM 5 défendent baser ses changements sur la preuve scientifique plutôt que sur des motifs politiques ou de pression. Il apparaît cependant que l'enjeu est au niveau du risque que certaines personnes ne répondent plus aux critères diagnostiques de l'autisme. Il serait donc « *impératif que la communauté scientifique étudie l'impact des changements du DSM-5 sur le terrain et que les décisions politiques ne privent pas de couverture des patients nécessitant un soutien, a fortiori les personnes avec autisme* ».

2. Principales conceptions scientifiques contemporaines de l'autisme

Nous nous appuyerons ici sur l'article « Les paradoxes de l'autisme : limites des modèles et théories, perspectives de recherche », article en cours de parution [8].

Nous distinguerons trois types de modèles tous argumentés sur des bases cliniques, théoriques et expérimentales : modèles de sous-fonctionnement, modèles de surfonctionnement et enfin modèles de la différence.

a) Les modèles défectologiques

Les modèles de déficit, appelés défectologiques, ont dominé au cours des trente dernières années et font référence à une perte ou une absence de compétences cognitives et comportementales par rapport à la normale. Ils restent fidèles aux deux principes

fondateurs de la neuropsychologie : les particularités cliniques constituent des sous-fonctionnements ou des dysfonctionnements par rapport à la normale et sont la conséquence de dysfonctionnements biologiques cérébraux. Au modèle lésionnel classique et historique où la cause de la pathologie est acquise, ils substituent un principe causal d'anomalie inné et génétiquement déterminé emprunté au modèle neurodéveloppemental.

Ils substituent cependant au modèle lésionnel classique et historique, où la cause de la pathologie est acquise, un principe causal d'anomalies innées et génétiquement déterminées emprunté au modèle neurodéveloppemental.

Ces hypothèses sont les plus anciennes et les plus nombreuses et postulent un « *déficit de cognition sociale* ». La cognition sociale est, dans le champ des sciences cognitives, l'ensemble des processus mentaux ou « *cognitifs* » mis en jeu dans les interactions humaines. Les modèles peuvent être regroupés en trois familles, les modèles du déficit de connaissance d'autrui, le modèle du déficit de l'empathie et le modèle du déficit de l'intersubjectivité primaire.

(1) Modèles du déficit de connaissance d'autrui

Le déficit autistique touche ici la capacité du sujet à se représenter les états mentaux d'autrui, à « *les connaître* » et donc à connaître cet autrui. Ils suivent la perspective de Condillac. Les travaux des premiers cognitivistes définissent l'autisme comme un trouble de la représentation de la vie mentale d'autrui. Les années 80 voient l'émergence de plusieurs hypothèses [29]–[31] dont la plus connue est celle du déficit en « *théorie de l'esprit* » de Sacha-Baron Cohen[32]. La théorie de l'esprit sur laquelle nous reviendrons est définie comme la capacité mentale d'inférer des états mentaux à soi-même et à autrui et de les comprendre [33]. La ToM (en anglais Theory of Mind), héritée à

la fois des psychologies sociale et cognitive évoluera ultérieurement vers le modèle plus développemental de la « cécité mentale »(en anglais « mindblindness » Baron-Cohen).

Ces travaux aboutiront aux recherches en **neuropsychologie** où l'autisme est vu comme une somme ou combinaison d'anomalies touchant des systèmes cognitifs et cérébraux spécialisés dans le traitement des signaux humains sociaux.

(2) Modèle du déficit d'empathie

Le modèle de déficit de l'empathie s'éloigne de la référence au modèle perceptif dominant en associant au cerveau social les fameux neurones miroirs découverts par l'équipe de Giacomo Rizzolatti dans les années 90 [34]. Ceux-ci constituent des systèmes neuronaux résonnants (ou miroirs) présents dans le cortex frontal inférieur, pariétal inférieur, prémoteur qui forment le cerveau social. Ils codent les « représentations d'actions » d'où le terme de « cognition motrice » [35], [36] qui assurent la reproduction de l'activité cérébrale d'autrui, et par extrapolation de l'activité mentale d'autrui. Le processus d'empathie, contrairement au modèle perceptif, suppose une réciprocité interindividuelle [36], [37] un système de représentations partagées. C'est en ce sens que ces neurones sont qualifiés d'empathiques[38].

L'hypothèse d'un déficit de l'empathie comme explication du « trouble autistique du contact affectif » [39] a été défendue par plusieurs auteurs [40] et réfutée par d'autres [41].

(3) Modèle du trouble de l'intersubjectivité primaire

Cette autre famille aborde une perspective développementale par l'étude des interactions parent/bébé. C.Trevarthen [42] décrit le modèle de l'« Innate Motive Formation ». Il s'agit d'un système inné de représentations des comportements et

intentions d'autrui, un « autre virtuel » inclus dans le fonctionnement mental individuel, qui lui permet d'anticiper ses réponses. L'autisme serait alors *une anomalie du système sous-cortical proprioceptif de l'embryon puis du fœtus*, celui-là même qui détermine le développement d'un self affectif et intentionnel capable d'empathie et de coopération avec les autres selfs.

Ces travaux sont à rapprocher de ceux de Gergely [43] sur la préférence du bébé pour le « *presque moi mais pas moi* » après trois mois, complétés par ceux de Jones et Klin, [44], [45] qui démontrent que l'intérêt du bébé autiste pour les signaux sociaux serait initialement présent mais déclinerait vers 2 à 6 mois. Ce besoin d'altérité rappelle la notion du « *désir d'intersubjectivité* » de D. Stern [46] et celle de « *co-conscience précoce* » de P. Rochat [47], [48].

Ces modélisations rejoignent enfin les hypothèses psychopathologiques cliniques et psychanalytiques sur l'autisme antérieures [49].

Cette conception développementale est originale par son dynamisme car elle met en lumière l'altération du mouvement actif du bébé. La seule empathie passive est renforcée au profit d'une empathie active ou pulsion de partage. Ce déficit d'« empathie active » ou « pulsion de partage » [50] montre la limite de l'hypothèse de la cognition sociale qui la néglige au profit de la seule « empathie passive » [50], [51]).

Ces modélisations intègrent ainsi la *dimension intersubjective* de la clinique autistique, où il n'existe pas qu'un défaut de réception (partager l'activité mentale d'autrui) mais aussi et parfois plus encore un défaut d'émission (faire partager la sienne par autrui).

(4) Limites

Les modèles défectologiques montrent aujourd'hui leurs limites.

Premièrement se pose la question des stratégies dites « *de compensation* ». Dans la perspective neuropsychologique classique, les modalités de fonctionnement autistique ne peuvent se définir seulement par défaut relatif à l'ordinaire (*normal-x*), mais peuvent aussi se concevoir comme des modalités originales. Prenons ici l'exemple de certains sujets qui traitent l'information sociale par des structures et processus dévolus ordinairement à l'information « non sociale », ou encore d'autres sujets qui exploitent des stratégies explicites contrôlées plutôt qu'automatiques. Rien ne permet ici d'affirmer qu'il s'agisse de modalités de « compensation » plutôt que de modalités d'emblée originales et différentes.

Vient ensuite la question des « *talents paradoxaux* ». Ils reposent sur des hypercompétences perceptives et mnésiques qui n'entrent pas dans le paradigme déficitaire.

Enfin l'étude des sujets sans DI comme leurs témoignages autobiographiques [2] révèle leur hypersensibilité sensorielle plutôt que verbale et sémantique. Ce changement de perspective introduit les modèles de surfonctionnement, associés ou non à des sous-fonctionnements. Il déplace encore notre regard sur l'autisme des comportements relationnels aux fonctions surfonctionnelles (mémoire, perception, processus de pensée, calcul...) propres à la famille des modèles d'excès.

b) Les modèles d'excès.

On décrira ici quatre modèles. Le premier est celui de « *Enhanced Perspective Functioning* » de Laurent Mottron [EPF] [52] où il émet l'hypothèse d'un défaut de traitement des informations de « *haut niveau* » (intégratives et plurimodales) combiné à un hyperfonctionnement de traitement d'informations de « *bas niveau* » (statiques et locales). Ce modèle est basé sur le postulat d'une primauté des particularités perceptives dans la genèse du phénotype autistique. Le second modèle est celui de « *hypersystemizing theory* » de Baron-Cohen [53] qui se rapproche de l'EPF car il postule des systèmes de reconnaissance de pattern logiques hyperfonctionnels (nommés ici « *law-based* »).

On est cependant attiré par le modèle de *Intense World Theory* de Markram 2010[54], fondé sur le modèle animal valproïque. La symptomatologie autistique serait due à une hyperconnectivité et un hyperfonctionnement cortical et limbique de microcircuits neuronaux. L'hyperréactivité, l'hyperplasticité et l'hyperfonctionnalité neuronales aboutiraient à un surfonctionnement perceptif, mnésique, attentionnel et émotionnel. Les troubles sociaux et communicationnels ainsi que l'intolérance au changement apparaissent donc comme des réactions adaptatives visant à réduire les expériences douloureuses et aversives. C'est aussi le cas du quatrième modèle, celui de *l'excès d'empathie émotionnelle ou trouble de la balance empathique* décrit par A. Smith [55] où un défaut d'empathie cognitive serait combiné à un excès d'empathie émotionnelle. Les anomalies relationnelles constatées dans l'autisme seraient encore ici des tentatives de régulation homéostatique d'expériences empathiques émotionnelles trop intenses. On a donc à faire ici à des modèles combinés qui pallient les défauts des modèles de déficit pour intégrer le surfonctionnement. Une bidimensionnalité relative dont l'affranchissement fait entrevoir d'autres perspectives.

c) *Modèles de la différence*

Qu'ils soient défectologiques ou de surfonctionnement, les modèles que nous venons de décrire prennent en compte les différences qualitatives entre le fonctionnement autistique et celui dit normal. Ils conceptualisent celui-ci en une combinaison de fonctionnements originaux. La question s'est alors posée de considérer ou non ces modalités originales comme des altérations des modalités ordinaires. Dans le modèle neurodéveloppemental, les caractéristiques de l'autisme sont considérées comme présentes dès la naissance voire avant. Cela ne permet pas d'appliquer stricto sensu le modèle pathologique classique pour lequel l'altération d'une fonction déclenche l'apparition de déficits et la mise en place de stratégies alternatives compensatrices. Cette réflexion tend à envisager l'autisme comme un état de nature, en partie génétiquement déterminé et non comme un état pathologique acquis après une période de « normalité ». Un autre argument est l'échec des différentes pratiques éducatives ou thérapeutiques à guérir au point qu'on les nomme désormais interventions [4]. Enfin, la découverte progressive des compétences et sur-compétences autistiques, ou niveau d'intelligence caché révèle encore le rôle majeur des préjugés dans la définition conventionnelle de l'autisme.

Laurent Mottron développe depuis 2001 une vision de l'autisme comme altérité, différence, « *autre intelligence* » et critique le « *normo-centrisme* ». Il définit le comportement différent, au sens majoritaire, de manière péjorative par rapport à la norme comportementale. Ainsi, plutôt que d'évoquer des intérêts restreints et stéréotypés, pourquoi ne pas parler de « désintérêts étendus » ?

Plutôt que d'encre le paraphraser nous citerons ici directement Nicolas Georgieff dans le texte puisque nous souscrivons à son appréciation : « *La critique* (de

Laurent Motttron) est (...) « *pertinente* », car elle souligne ici que le chercheur autant que le clinicien ne trouvent trop souvent que ce qu'ils cherchent, tant leur regard et leur entendement sont déterminés par des postulats, catégories et croyances, explicites et surtout implicites ». Il est souvent reproché à la psychiatrie de céder au préjugé universel du jugement dépréciatif sur l'autre, qui voit « *le différent de soi comme une forme dégradée de soi-même érigé comme norme...* ». Adopter de telles observations en médecine classique, où le modèle de la maladie est scientifiquement et objectivement prouvé, est pertinent. Son acceptation idéologique dans le cadre de l'autisme est cependant discutable. Ainsi, certaines associations de personnes autistes ralliées au courant de la « *neurodiversité* » réfutent le modèle pathologique et mettent l'accent sur les compétences autistiques et leur originalité [56]. L'autisme éclairerait encore ici une faille constitutionnelle de la psychiatrie : sa difficulté à fonder la définition des pathologies sur des critères qui ne soient pas relatifs, contextuels et conjoncturels, consensuels, socio- culturels voire politiques. Ces « *tenants de la neurodiversité ne verraient en l'autisme qu'un variant phénotypique* », une différence, que les tentatives de « *normalisation* », thérapeutiques ou éducatives, laissent inchangée au mieux, aggravent dans le pire des cas.

On retrouve ici le postulat antipsychiatrique du siècle dernier [57]selon lequel il n'y aurait pas de maladie mentale, seulement des différences, des altérités, et que ce serait la réponse sociale intolérante et inadéquate à cette différence ou altérité, dont la psychiatrie est un instrument, qui produit la « *maladie* ». Notons que la différence d'avec la conception de Laurent Motttron est ici qu'il ne prône pas l'abstention mais une réponse adaptée aux particularités de l'enfant autiste. Celui-ci a non seulement une « *autre intelligence* », mais aussi un développement autre et une socialisation autre qui doivent définir les moyens d'une intervention ou thérapeutique qui soient à la fois plus efficaces mais aussi plus éthiques. Le but est alors d'inclure l'autiste dans la société tout en

respectant ses particularités constitutionnelles. « *Mais la pratique psychiatrique n'est-elle pas toute entière, au-delà du cas particulier de l'autisme dans ce paradoxe : accepter et comprendre autrui comme différent, pour le voir avant tout comme un semblable ?* ».

De ce point de vue, les résultats des études connues par l' « *eye tracking* », qui montrent le peu d'exploration des régions oculaires et péri-oculaires, au contraire de celles de la bouche et contrairement aux « *contrôles* » par des sujets autistes, ont une interprétation qui dépend du modèle auquel on se réfère. D'un point de vue défectologique, cette conduite est vue comme la démonstration d'une incapacité à explorer le visage de manière « *normale* ». A contrario, si nous adoptons le modèle de surfonctionnement perceptif, il suffirait au sujet autiste d'un ou deux regards sur la région péri oculaire pour extraire l'information nécessaire. Les sujets « *contrôles* », considérés alors comme déficitaires, seraient ici contraints de multiplier les regards sur ces zones pour extraire suffisamment d'information sociale, alors qu'un seul suffirait au sujet autiste. Ainsi, « *le sujet autiste nous montre ce que le sujet regarde, pas ce qu'il voit...* ». Il faut ici relever que notre compréhension ordinaire, automatique, repose sur l'adoption implicite du postulat que « *représentation = chose* ». N. Georgieff parle l'ici d'une « *convention symbolique* » qui déterminerait notre interprétation d'autrui. Ce contrat ou cette convention symbolique pourrait être, sinon absente, du moins différente, elle aussi, dans l'autisme. C'est donc, au-delà du sens ou du symbole donné aux choses, toute sa valeur qui serait « *autre* » dans l'autisme. Telles sont les positions défendues.

B. Mentalisation : une approche intégrative

La Mentalisation telle qu'elle est appréhendée dans l'ouvrage « Mentaliser » de Martin Debbané est à la fois employée comme terme signifiant une théorie développementale et utilisée comme modèle d'intervention [6].

Le modèle de développement psychopathologique a été élaboré par Peter Fonagy et Anthony W. Bateman. Il est le substrat théorique qui s'accompagne d'une méthode de traitement : les thérapies basées sur la mentalisation [TBM]. En outre, cette approche a une dimension évaluative, elle instaure des processus de contrôle qualité et/ou de recherche scientifique. Au travers de ceux-ci, elle peut faire l'objet de réfutations et de confirmations, ouvrant la possibilité à la transformation de ces concepts et à la progression de sa technique.

Nous présenterons dans cette partie le concept de mentalisation et ses éléments historiques, puis sera exposé son cadre théorique intégratif. Nous développerons ensuite leur évaluation et la posture adoptée par le thérapeute en mentalisation. Enfin, nous donnerons notre point de vue sur cette approche.

1. Approche basée sur la mentalisation : Définitions, bases empiriques, principes fondamentaux et éléments historiques .

La mentalisation se définit par l'intégration des processus imaginatifs collaborant à la compréhension des êtres humains dans leur intentionnalité, c'est-à-dire en relation à des états de désirs, de besoins, d'émotions, de motivations, d'intentions, de croyances, de raisons, etc. Elle s'opère majoritairement au niveau préconscient. Il est

nécessaire de noter que cette définition est d'abord issue du champ clinique [5] et s'inspire d'un certain nombre d'usages antérieurs.

D'un point de vue purement descriptif, la faculté à mentaliser s'inscrit au sein de la cognition sociale. Les vingt années d'élaboration de Fonagy et ses collaborateurs les ont amenés à faire émerger les principes fondamentaux qui guident l'approche basée sur la mentalisation [58]. Sept principes, synthèse des fondements sous-jacent aux TBM, sont résumés ci-dessous (**Tableau 1.2**)

Tableau 1.2 : Mots-clés et définitions des 7 principes fondamentaux de la mentalisation

7 principes fondamentaux de la mentalisation Fonagyenne	
1. Une Capacité Acquise	La compréhension des comportements humains en termes d'états mentaux constitue en grande partie une capacité acquise ; des trajectoires développementales peuvent donc en être dégagées, des spécificités relatant des forces et faiblesses, ainsi que des limites individuelles à mentaliser.
2. L'influence du contexte précoce sur l'acquisition	Le contexte précoce exerce une influence déterminante sur l'acquisition des capacités de mentalisation. Ces acquisitions reflètent en grande partie la qualité du miroitement de l'expérience subjective de l'enfant par ses pourvoyeurs de soins.
3. La fonction miroir	Reliée aux capacités de régulation des émotions et de maîtrise de soi par son influence sur le développement du contrôle attentionnel, de la régulation de soi et de la fonction réflexive.

4. Le trauma perturbe son développement	Les perturbations précoces d'un individu ainsi que les traumatismes ultérieurs vont interférer significativement dans le développement de la mentalisation et peuvent également induire des fragilités au sein de la structure du self.
5. Deux niveaux d'expression : le <i>trait</i> et l' <i>état</i> .	La mentalisation s'exprime à deux niveaux à des échelles temporelles différentes : le "trait psychologique" et "l'état immédiat de fonctionnement", ces deux niveaux varient selon l'activité émotionnelle et le contexte interpersonnel.
6. Modes prémentalising	Ce sont des formes de subjectivités antérieures, observables chez l'enfant et chez l'adulte par analogie. Le développement de la mentalisation, les facultés de représentation et de régulation des émotions et du contrôle attentionnel voient ces modes prémentalising.
7. Un cadre intégratif de compréhension des TPL	La combinaison entre les échecs de mentalisation et la désorganisation de la structure du self apporte un cadre intégratif, utile à la compréhension des éléments fondamentaux de la pathologie de la personnalité limite [TPL]. La thèse de l'ABM suggère que le TPL signe les conséquences des déterminants suivants : a. Perte des capacités de mentalisation dans les contextes interpersonnels aux émotions intenses. b. Réémergence dans ce type de contexte de modes prémentalising qui dominant alors la réflexion au sujet des états mentaux. c. Au niveau procédural se fait alors sentir une forme de pression psychique constante, qui est interprétée par Fonagy comme la nécessité croissante d'extérioriser des états mentaux difficiles à tolérer, par un processus analogue à ce que la psychanalyse a appelé l'identification projective. Dans le cadre de l'ABM, une telle externalisation se comprend comme une tentative de se défaire d'une partie aliénante, intolérable, désorganisante et douloureuse de soi-même (self aliénant), menaçant l'intégrité de l'expérience subjective.

L'origine du mot « mentalisation » est plurielle. On attribue dans le monde francophone sa première utilisation au médecin neurologue et psychologue suisse Edouard Claparède qui a fondé avec Théodore Flournoy les *Archives de psychologie de Genève*, et traduit certains articles de Sigmund Freud [59]; [60]. La mentalisation connaîtra ensuite sa première formalisation dans le vocable psychanalytique par Pierre Marty, psychosomaticien et psychanalyste, en tant qu'altérations quantitatives et qualitatives des représentations des sujets atteints d'affections psychosomatiques [61]; [62]. M. A. Bouchard et S. Lecours suggèrent ici que l'utilisation du terme mentalisation se centre sur les processus liés à la transformation de l'excitation physiologique, ancrée dans le corps, en processus de représentations mentales, issus de l'appareil psychique ([63]; [64]).

L'utilisation anglo-saxonne serait apparue pour la première fois en 1906 dans l'*Oxford English Dictionary* qui cite G. Stanley Hall, père fondateur de la psychologie de l'adolescence aux Etats-Unis. Allen et Fonagy rapportent que le psychologue américain aurait écrit la phrase suivante en 1885 : « *La seule chose qui puisse nuire au soutien populaire de notre système d'éducation serait la suspicion qu'il ne cultive ni la morale ni la mentalisation chez des enfants* » [65]. Cette citation suggère déjà l'idée que l'appréciation du monde mental n'est pas innée, mais doit faire l'objet d'une attention particulière, d'un enseignement et d'un apprentissage. La capacité à mentaliser se forge au cours du développement et dépend au moins en partie du contexte socio-relational de l'enfant.

Dans le champ des neurosciences et des sciences cognitives il faut noter la popularisation du terme par le couple formé par Christopher et Uta Frith : lui [66] a initié des travaux empiriques sur la capacité à penser aux états d'esprit chez le sujet schizophrène quand elle est connue pour ses recherches sur les troubles du spectre autistique. Christopher Frith popularisera le terme de *mentalising* ([67]; [68]; [69]). Leur utilisation du terme est strictement cognitive ce qui la différencie de la conceptualisation

pratiquée par Fonagy. L'approche cognitive met l'accent sur la compréhension de l'existence chez autrui d'un registre mental au sein duquel on retrouverait des contenus comme les croyances et les désirs, à partir desquels un raisonnement à leur sujet (belief, desire, reasoning) nous permettrait de mieux comprendre leurs comportements.

Le travail de conceptualisation de la « mentalisation » que nous qualifierons de Fonagyenne débute réellement en 1991 dans l'unité de psychanalyse de l'University College of London à partir des recherches sur la sécurité de l'attachement chez l'enfant [70]. Un approfondissement a lieu dans un deuxième temps, en parallèle aux développements cliniques et scientifiques portant sur l'analyse des enfants, proposés conjointement avec Mary Target. Quatre textes naîtront de cette collaboration : « *Playing with reality I, II, III et IV* » dont le titre n'est pas sans rappeler l'ouvrage de Winnicott

« *Playing and reality* » [71]–[74]. Dans leurs travaux, ils abordent la psychopathologie de la personnalité d'un point de vue développemental mais font intervenir des méthodologies issues de l'attachement, de la psychologie développementale, des perspectives interpersonnelles et intersubjectives, de la psychodynamique et de la psychanalyse, et plus récemment des neurosciences cognitives et affectives [75]. La perspective des TBM est donc résolument intégrative.

De cette conceptualisation, sans oublier les travaux de Georgy Gergely en psychologie de développement [76]–[78], naîtra l'approche thérapeutique basée sur la mentalisation, élaborée par Anthony Bateman et Peter Fonagy. Pour mieux cerner les influences et formations des fondateurs, il faut noter que Fonagy est désormais professeur de psychologie clinique, psychanalyste de formation et que Anthony W. Bateman est psychiatre, psychanalyste et professeur au University College de Londres. Dans les années 1990, Peter Fonagy organise ce qu'il appellera « *le groupe du samedi matin* », animé avec un autre psychanalyste George Moran. Il propose lors de ces réunions à tout membre de la

société londonienne de venir discuter de cas rencontrés pour lesquels la psychanalyse ne semblait pas adaptée. Moran et Fonagy ne seront jamais que deux à ces réunions, et ce jusqu'au décès de celui-ci. Peter Fonagy poursuivra sa réflexion avec Anthony Bateman quelques années plus tard. Leurs observations se centrent sur leurs patients souffrant d'un trouble de personnalité état-limite (TPL). Ils dégagent de celles-ci deux observations clés. Premièrement l'application de la méthode traditionnelle aux patients avec TPL ne mène que rarement à une amélioration. Deuxièmement, la cure psychanalytique appliquée en l'état peut également entraîner des effets iatrogènes chez les TPL, voire mener à une péjoration significative et préoccupante de leur état psychique. Ces constatations sont à rapprocher des travaux contemporains du français André Green [79] sur la réaction thérapeutique négative et de ses implications techniques dans la cure type autour du travail du négatif. Cependant, Fonagy et Bateman se fixent deux objectifs minimalistes à leur approche thérapeutique qui ne s'inscrivent pas dans la tradition psychanalytique : identifier toutes les techniques susceptibles d'engendrer un effet iatrogène; identifier toutes les techniques développées semblant avoir un effet bénéfique à l'état clinique de leurs patients. Ils intègrent également des éléments provenant d'approches alternatives (de la théorie de l'attachement, des thérapies d'orientation systémique et cognitivo-comportementale). Les pionniers de la TBM ouvrent la porte aux techniques psychothérapeutiques susceptibles de soutenir la capacité à mentaliser, tant chez le patient que chez le thérapeute.

Les plus récents travaux sur la mentalisation accordent une attention particulière à la valeur de la communication comme une forme d'instinct humain à communiquer, [80] qui se retrouve notamment dans la relation d'attachement précoce, dans la relation avec les pairs à l'adolescence et dans la transmission du savoir social entre les générations. Debanné évoque ici une perspective issue de la psychologie

évolutionniste. Les caractéristiques typiques de l'homo sapiens : sa période de vulnérabilité développementale plus longue, son cerveau favorisant davantage la résolution de problème et sa pensée symbolique, sa faculté à former des réseaux sociaux complexes, confèreraient à la capacité d'interpréter les intentions d'autrui et à la transmission du savoir social, des responsabilités essentielles à la survie de l'espèce [81]. La mentalisation tiendrait donc ici un rôle dans la cognition sociale indispensable à l'évolution de l'espèce. Fonagy évoque là une fonction interprétative interpersonnelle (en anglais Interpretative Interpersonal Function [IIF]), opérationnalisée sous le nom de fonction réflexive, qui permettrait à l'individu d'élaborer une compréhension de toute nouvelle interaction humaine [82]. La relation d'attachement primaire au pourvoyeur de soin principal, si elle est « *secure* », est un laboratoire de communication et de partage social qui permet le développement de la fonction réflexive et donc d'une mentalisation robuste et flexible. L'apprentissage de l'interprétation du monde se fera ensuite au travers des yeux de ses proches et de ceux en qui l'on place sa confiance. Outre la maturité des capacités hypothético-déductives propres à l'adulte, une large proportion de ce qui est tenu pour « vrai » par un individu s'acquiert au travers des relations nouées avec autrui. Seules quelques relations au cours du développement ouvriront l'esprit à la nouveauté, à l'Autre, et permettront d'apprendre de sa propre expérience. La « *confiance épistémique* » [83], [84], confiance qui consiste à croire ce que l'on nous dit et à interpréter la réalité selon ces dires, est au centre de la transmission du savoir social des connaissances et des mœurs. La « *vigilance épistémique* » (qui pourrait être qualifiée de schizo-paranoïde) en est son contrepoids et confère, elle, une méfiance naturelle à l'individu aux sources d'informations non familières, mais qui est adaptative au cheminement dans le contexte social [85], [86]. Dans le cadre du trouble de la personnalité on assiste à une pétrification épistémique qui confère une rigidité pathologique. Les mécanismes de régulation

émotionnelle sont alors perturbés au long cours, chassant toute possibilité de rencontre, de « prendre de l'autre et d'intérioriser la valeur essentielle que le relationnel confère à la vitalité de chacun ».

Dans ce construit liant l'attachement à la communication et l'ouverture à l'expérience [85], chaque thérapeute partage l'idée d'offrir au patient une expérience significativement bénéfique et qui, au-delà des vérités énoncées en séance, contribue durablement à son bien-être. Dans le cadre de la psychothérapie, l'échange thérapeutique offre au patient un triple système de communication lui permettant 1) de se retrouver dans la représentation que l'autre lui propose ; 2) de faire l'expérience dans une relation soutenue par l'Autre d'un apprentissage hautement pertinent à sa personne; 3) de raviver sa confiance envers ses relations à l'Autre et sa contribution essentielle à la richesse de son expérience propre. Ces systèmes de communication peuvent prendre place non seulement dans le cadre de la relation thérapeutique mais également au-delà dans l'initiation du type de relations significatives qui entraînent l'épanouissement dans le parcours d'une vie.

2. Cadre théorique : Dimensions et systèmes.

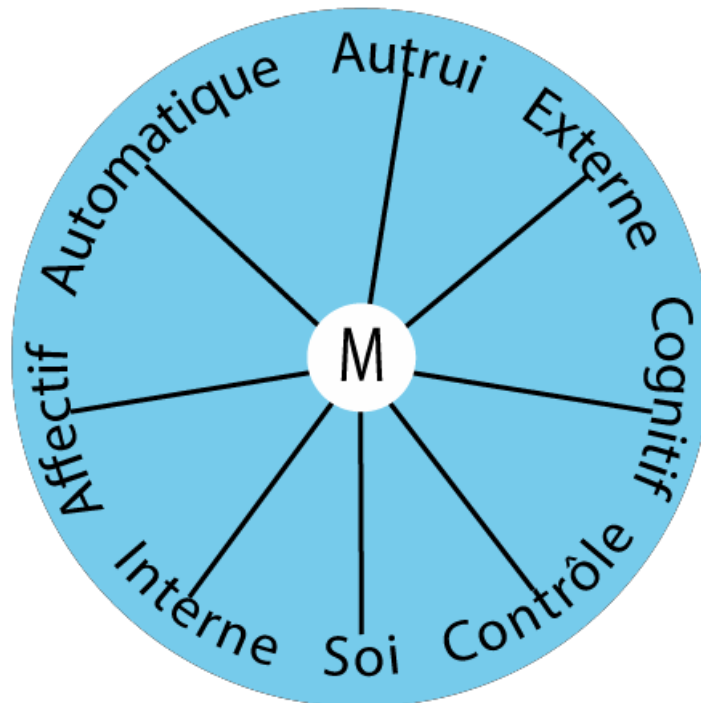
Comme nous y reviendrons plus tard, la mentalisation chez Fonagy se distingue des usages strictement cognitifs du verbe *mentaliser* qu'en font le couple Frith [87]. Ils tendent à décrire cette activité comme une compétence spécifique qui possède de donc un fonctionnement plus mécanique que dynamique. Là réside la particularité de l'approche fonagienne en ce sens qu'elle qualifie la *mentalisation* de processus psychodynamique. Dès lors, on souligne l'importance 1) de l'articulation et de l'intégration entre les fonctions cognitives et affectives, opérant de manière automatique ou contrôlée, concernant la réalité psychique (interne) ou perceptible (externe), au sujet

de soi ou d'autrui [88]; 2) de la nature constamment changeante de monde mental, qui ne peut s'apprécier que par inférence ; 3) de la dimension temporelle de l'activité mentalisante, qui se construit, se déconstruit, se reconstruit ; elle émerge d'un processus actif et peut être mesurée à différentes échelles temporelles (des millisecondes aux décennies) ; 4) de la triple interaction entre les propriétés de trait et d'état de la mentalisation, dépendante également de son niveau de développement.

Bien que des travaux soient toujours en cours, Patrick Luyten a défini quatre axes au travers desquels la mentalisation prend forme. La mentalisation est dite polarisée au sens où tout individu peut présenter un pattern préférentiel, que ce soit une utilisation exclusive de certaines fonctions ou un déséquilibre franc dans l'utilisation exagérée d'un pôle de mentalisation. L'élaboration des axes se base sur les récentes études par neuro-imagerie fonctionnelle [IRMf] font intervenir trois systèmes neuronaux qui agissent comme substrats cérébraux des dimensions de la mentalisation. Il s'agit des systèmes limbiques, miroir et « mentalizing » (au sens cognitif du terme). Ces systèmes aident à représenter les possibles intégrations et dissociations fonctionnelles qui modulent le degré de mentalisation du sujet.

Dans la **figure 1.1**, afin de faciliter la compréhension du concept, nous avons représenté la boussole clinique représentant le construit des axes de la mentalisation fonagienne. Ces axes peuvent encore faire émerger des « *profils types* » suivant certains syndromes psychopathologiques.

Figure 1.1 : Intégration des quatre dimensions de la mentalisation (M) qui servira de boussole en contexte clinique



a) Axe 1 : la dimension cognitive-affective.

La mentalisation peut ici être appréciée dans son degré d'intégration entre une compréhension cognitive en résonance avec une compréhension affective. Ainsi dans la relation thérapeutique, Elliott Jurist [89] parle de moment « d'affectivité mentalisée » quand la compréhension du patient rencontre son émotion. La mentalisation peut ainsi être appréciée entre une compréhension cognitive en résonance avec une compréhension affective.

Les études de neuro-imagerie menées par Shamay-Tsoory apparentent le système neuronal *mentalising* à l'attribution des états mentaux, et le système neuronal

de l'empathie aux phénomènes se rapportant à la contagion émotionnelle comme nous l'avons déjà évoqué (représentations chaudes et froides)[90]. Cette dichotomie n'est pas sans rappeler la théorisation de Simon Baron Cohen [91]qui distingue les représentations M vouées à la dimension mentale et les représentations E correspondant à l'expérience empathique.

Dans le cadre des TPL ou de manifestations hystériques , les processus de contagion émotionnelle prendront souvent le dessus sur les processus d'élaboration cognitive, ce qui expose ces individus à de fortes tempêtes émotionnelles déclenchées par des émotions appartenant à autrui. A l'opposé de l'axe, Débbané décrit le phénomène d'hypermentalisation [92]quand existe une dominance de la mentalisation cognitive dans le fonctionnement. C'est pour lui le cas de certains « PSY » qui vont avoir recours à un excès d'inférences vis-à-vis de leurs patients, utilisant un langage « *mentalistique* » où l'abondance de détails impressionne. Cette pseudo-mentalisation a pour but d'éviter le contact avec l'expérience émotionnelle de leur patient. Celui-ci rapportera alors un vécu de manque d'authenticité du thérapeute. Les « PSYchothérapeutes » n'ont cependant pas le monopole de l'hypermentalisation. Ainsi, Carla Sharp [93]a mis en évidence ce phénomène chez des adolescentes diagnostiquées TPL lors d'une procédure connue sous le nom de *MASC Movie for the Assesment of Social Cognition* [94]

b) Axe 2 : la dimension automatique (implicite) et contrôlée (explicite)

Cette dimension part du postulat que chaque personne, à un degré plus ou moins important, attribue aux autres de manière automatique et inconsciente des états mentaux qui guident un bon nombre de ses comportements. La grande majorité de la mentalisation se passerait ainsi à un niveau préconscient permettant un ajustement social rapide et parfois une anticipation de l'état d'esprit d'autrui. Les processus de mentalisation automatique recrutent

des mécanismes rapides, parallèles et simultanés, non réflexifs, intuitifs , faisant appel aux fonctions requérant un effort [95]. La mentalisation automatique prévaut dans les relations quotidiennes avec l'entourage proche. A l'autre pôle de cet axe, la mentalisation contrôlée recrute des ressources attentionnelles soutenues, sélectives, pour les dévouer à la compréhension des états d'esprit de l'autre.

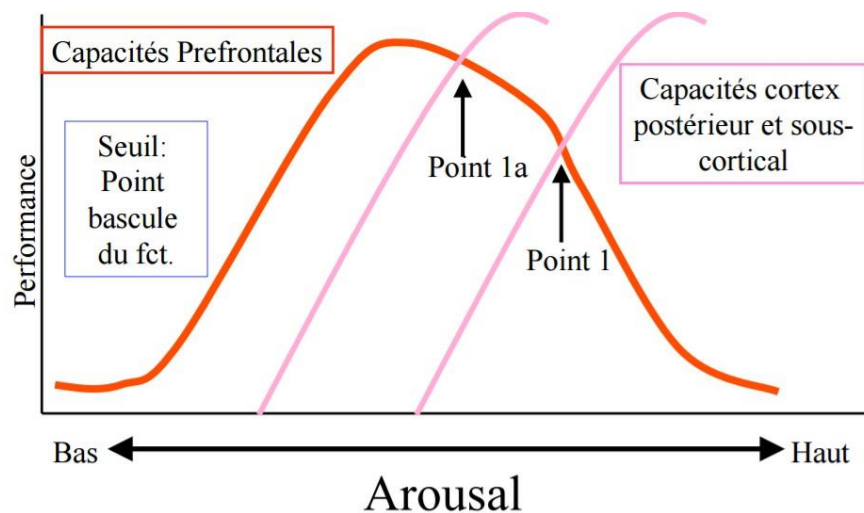
Pour compléter notre définition de cet axe, il nous faut évoquer deux notions, celle de « *flexibilité adaptative* » de G. Allen et la notion de niveau « *d'activation émotionnelle* » de Mayes qui éclairent l'aspect dynamique de la conceptualisation fonagyenne.

La flexibilité adaptative caractérise les relations d'attachement sécure [65]. Il s'agit de la capacité de passer d'un niveau automatique à un niveau contrôlé de mentalisation. A titre d'exemple, il s'agit du moment où la mère va tenter de comprendre les cris soudains de son enfant, ou un individu tenter de comprendre une expression de souci sur le visage de son conjoint.

Pour permettre cette flexibilité adaptative et la mentalisation contrôlée, cela implique que l'activation émotionnelle ne dépasse pas un certain seuil d'intensité. Au-delà de ce seuil de débordement, qui est propre à chaque individu, la mentalisation contrôlée est susceptible d'être perturbée (cas d'hypermentalisation) ou inhibée (cas de la crise de rage). Mayes et ses collaborateurs proposent ici un modèle bio-comportemental de la relation entre l'activation affective/stress et le degré de mentalisation [96] dont nous avons reproduit la conceptualisation en figure 1.2. Ainsi, les études d'IRMf suggèrent que le niveau optimal de mentalisation contrôlée est maintenu par l'activation du cortex préfrontal. Lorsque l'activation émotionnelle est optimale, le cortex préfrontal serait aux commandes des comportements et des pensées de l'individu. Si le seuil d'activation émotionnelle est dépassé, le relais est pris par les systèmes limbiques qui conduisent l'individu à un fonctionnement automatique, primaire,

qui conditionne un mode comportemental binaire de fuite ou de combat (en anglais « fight-or-flight »).

Figure 1.2 : Modèle bio-comportemental de Mayes illustrant le passage d'une mentalisation contrôlée à une mentalisation automatique sous l'effet de l'augmentation de l'activation émotionnelle (*arousal*)



L'élaboration de cet axe s'appuie donc ici sur les travaux en IRMf de Mathew Lieberman [97] et son point de vue phylogénétique. Les processus automatiques sont ainsi attachés aux régions plus anciennes du cerveau, émotionnelles, dans le système limbique. La mentalisation contrôlée, quant à elle, engage les aires frontales et préfrontales, régions plus récentes du développement de notre organe à penser [92].

Les conceptualisations de cet axe amènent à deux constatations dans le cadre de l'approche basée sur la mentalisation. Premièrement, les sujets TPL auraient un seuil de débordement émotionnel bien plus bas que la population générale. Deuxièmement, dans le cadre psychothérapique, il apparaît que le thérapeute en MBT doit porter une attention particulière au niveau d'activation émotionnelle, afin de guider le type et la synchronisation de

ses interventions. Il reproduira ainsi une forme de « mirroring contingent », caractéristique de l'interaction d'attachement sécure.

c) *Axe 3 : la dimension interne-externe*

Il s'agit de distinguer sur cet axe deux types de contenus sur lesquels s'échafaudent la compréhension mentalisée d'un évènement.

Les premiers contenus sont dits *internes* (psychiques) et issus directement de l'activité imaginative : éléments non visibles, pensées, intentions, émotions, registre mental de soi ou d'autrui. Les seconds sont dits *externes* (perceptibles) et proviennent directement des processus perceptifs : actions et effets sur le monde concret, visibles à autrui. Il est utile au thérapeute d'identifier l'élément depuis lequel l'attention du patient a amorcé une tentative de mentaliser.

Des études de neuro-imagerie fonctionnelle auraient identifié les réseaux soutenant ces processus. Selon l'étude de Satpute et Lieberman[98], un réseau fronto- pariétal médian (cortex médian) est activé dans le traitement des informations internes. Un réseau fronto-temporo-pariétal latéral (cortex latéral) oriente, quant à lui, le traitement de l'information externe. En outre cette dichotomisation va de pair avec les activations cérébrales lors de questionnement ciblant le « pourquoi » (cortex médian), en comparaison au questionnement de type « comment » (cortex latéral) [99].

Au plan clinique, cet axe aide à saisir les divergences de compétences chez les TPL quant à la capacité de certains patients à lire l'esprit d'autrui et à décoder des informations sur la base d'indices perceptifs tels que les expressions faciales émotionnelles. Patients qui, paradoxalement, souffrent d'importantes limites concernant la lecture de leurs propres états internes ainsi que ceux d'autrui. C'est la constatation inverse que l'on peut

faire dans les troubles de la personnalité antisociale [TPA] qui ont une incapacité à décoder les émotions sur la base d'indices perceptifs sur les visages d'autrui [100], [101] mais une sensibilité aigüe aux états internes d'autrui [92].

Il est enfin à souligner que l'acquisition développementale de « *l'activité mentalisante* » prend racine dans la relation d'attachement précoce. Si la figure d'attachement principale interagit avec l'enfant en relevant ses états internes, l'intérêt pour les états mentaux tend à se développer plus rapidement et prédit les capacités de mentalisation ultérieures [102]

d) *Axe 4 : la dimension soi-autrui*

Afin d'aborder cet axe complexe il faut se poser la question du « comment accédons-nous à la connaissance de nous-même ou d'autrui ? ». Cette question découlant de l'injonction socratique bien connue « connais-toi toi-même » est traditionnellement réservée aux théories métapsychologiques et à la philosophie de l'esprit. Les neurosciences s'intéressent cependant à deux systèmes qui sous-tendraient conjointement ces ordres particuliers de connaissance.

Le pôle de connaissance d'autrui serait ainsi basé biologiquement sur le système miroir. En effet, comme nous l'avons déjà vu précédemment, les neurones miroirs ont la propriété de *simuler automatiquement* un mouvement ou une intention perceptible chez l'autre. Cette imitation automatique des gestes d'autrui opérée par notre cerveau serait à l'origine d'une compréhension d'autrui basée sur la *simulation*. [103]. Les travaux de Vittorio Gallese et ses collaborateurs suggèrent que ce système est continuellement en action, et son activité constituerait une voie essentielle dans *la compréhension incarnée d'autrui*. Son activation est sous-tendue par l'activation d'un réseau fronto-pariétal [97] regroupant le cortex prémoteur, les sillons intrapariétaux et les sillons postéro -

supérieurs au niveau temporal [104]. Dans le contexte de l'empathie affective le système implique également le gyrus cingulé et l'insula [105]. Rizzolatti et Craighero ont montré que le système miroir opérait dans les *processus incarnés de la reconnaissance de soi* (reconnaissance de son propre visage, par exemple), comme mentionné dans la simulation motrice d'autrui [106]. Encore, il permet le *partage automatique et direct des actions, émotions et sensations d'autrui par simple observation*. Enfin Platek et collaborateurs ont montré qu'il intervenait dans le processus de *contagion émotionnelle*, comme par exemple dans l'impulsion que nous avons à bâiller face au bâillement d'autrui ou de notre imitation involontaire des gestes de l'autre au cours d'une conversation [107].

Le deuxième système impliqué dans cet axe est celui dénommé *mentalising*. Au niveau développemental, sa maturation se produit après celle du système miroir. Il s'étaye sur le développement cognitif de l'enfant et de l'adolescent avant d'être entièrement opérationnel [105]. Il regroupe le cortex préfrontal médian, et les jonctions temporo- pariétales. Il est destiné au *traitement de l'information davantage abstraite et symbolique* et convoque préférentiellement les informations servant à *différencier de ce qui relève d'autrui de ce qui relève de soi*.

Par ailleurs, des revues de la littérature de 25 études d'imagerie fonctionnelle réalisées par Murray et Debanné démontreraient qu'il existe une superposition (ou indifférenciation) dans l'architecture fonctionnelle du système miroir pour les aires dédiées à la détection de l'action chez autrui et chez soi. Il en est de même pour le système mentalizing [108], [109]. Ainsi, l'attribution d'adjectifs qualificatifs à soi et à une personne intime active des régions superposables au sein du CPF ventro -médian, tandis que l'évaluation des mêmes adjectifs pour des personnes non familières active des régions du CPF dorso-médian. Ces études confirmeraient dans l'ensemble les observations cliniques de longue date suggérant que la différenciation de soi et d'autrui, tant dans le système

incarné que symbolique, constitue une réalisation développementale qui n'est jamais complètement atteinte, plus particulièrement pour les personnes avec lesquelles nous entretenons nos relations les plus proches.

Deux constats cliniques peuvent être discutés en lien avec l'axe soi -autrui de la mentalisation.

Le premier concerne la dimension développementale dans laquelle une atteinte précoce du système miroir entraînerait des perturbations majeures dans l'établissement d'un *sens de continuité de soi* issu de l'intégration multisensorielle et du rapport à l'autre. Les TSA illustreraient bien cette trajectoire développementale atypique qui fait barrage à l'émergence d'un sens de continuité et, plus largement, à la constitution d'une *cognition sociale* [110]. Selon Williams encore, les enfants souffrant de TSA qui développeront des capacités élémentaires à symboliser les mettront à profit pour ébaucher des rudiments de leur cognition sociale mais qui, souvent, n'aboutira pas à une forme fluide et incarnée caractéristique du développement typique. Dans les pathologies moins précoces (abus précoces, négligence chronique et précarité) qui rendent les relations de dépendance imprévisibles, les prémices de la mentalisation seront appuyées sur le développement du système de mentalising, néanmoins persisteront des atteintes subtiles touchant particulièrement la stabilité des processus de différenciation soi-autrui, qui rendront l'individu à risque de développer un TPL.

Le point de vue de la mentalisation fonagyenne est un point de vue psychanalytique à la jonction entre le déficit et la dimension développementale. Ainsi, le déficit se ferait au niveau de l'axe de différenciation soi/autrui qui mènerait à une ligne développementale atypique n'aboutissant pas à une forme fluide et incarnée.

Le deuxième constat clinique s'articule autour du lien entre attachement et indifférenciation soi/autrui. Ainsi, la superposition importante entre les représentations de soi et d'autrui qu'aurait constaté Debanné en neuro-imagerie suppose que le cerveau humain réserve une place privilégiée aux figures assurant la sécurité et le développement de l'organisme. Un environnement sécure est garant de capacités de mentalisation robustes. La dimension soi/autrui est engagée dans toute manifestation psychopathologique impliquant une méconnaissance de ses propres états mentaux et de ceux d'autrui. On la retrouve donc au centre du tableau clinique des « troubles du self » [111], comme les troubles psychotiques et le TPL, mais également sous d'autres formes dans les troubles narcissiques, TPA ou encore les troubles des conduites alimentaires.

3. TBM et évaluation

Il s'agit dans cette partie de décrire quelle est la méthode utilisée dans le cadre des TPL par Fonagy pour qu'une évaluation globale et reproductible soit possible de la mentalisation.

Selon M. Debbané, les problèmes liés à la mentalisation ne peuvent être conceptualisés comme déficits. Il s'agit plutôt de défaillances, de défauts, de ratés, d'inconstances en fonction de certains contextes idiosyncrasiques propres à certains individus. Evaluer la mentalisation, c'est ainsi dégager les forces et faiblesses d'un individu et analyser des schémas typiques de perte de la capacité à mentaliser. L'attention du clinicien sera donc portée sur les sources émotionnelles qui provoquent une instabilité de la capacité à mentaliser. Les objectifs de l'évaluation sont d'identifier des cibles

thérapeutiques mais encore d'aider le clinicien à mieux situer l'impact des défaillances de mentalisation dans le quotidien du patient.

a) *Evaluation clinique : lecture basée sur les axes*

Lors des premiers recueils des informations anamnestiques, le clinicien doit porter son attention sur l'emploi des descripteurs d'états mentaux dans le récit du patient, des thèmes et évènements évoqués. Ces descripteurs peuvent être simplement vides de mentalisation. Mais on s'intéresse aux descripteurs reliés de manière significative à une expérience émotionnelle ressentie au cours de la narration. Ils peuvent encore être reliés à une mise en lien de différentes perspectives qui signalent le déploiement de la réflexivité du patient. La mentalisation est typiquement perçue par le clinicien comme l'impression d'un récit d'expérience riche en émotions différenciées. Les premières séances doivent être dévolues à l'exploration des *relations d'attachement* passées et présentes, afin d'évaluer les caractéristiques stables de la mentalisation en contexte affectif, ainsi que les perspectives ayant évolué au cours du parcours de vie de l'individu. Ici, le clinicien doit se faire une idée des contextes menant aux pertes de mentalisation et de l'expérience vécue par le patient lors de ces pertes de capacité à mentaliser. Restreintes à un domaine ou généralisées, temporaires ou persistantes, le défi clinique résiderait pour le clinicien à ne pas se laisser influencer par le prêt-à-penser du patient pouvant donner l'impression d'une mentalisation faussement maîtrisée, tandis que les indicateurs cliniques comme les autres sources d'informations signalent le contraire. Le clinicien peut ici avoir recours à une visualisation du positionnement du discours sur les axes de la mentalisation précédemment définis. L'objectif est d'apprécier la tendance du patient à *polariser* l'exercice de sa réflexivité sur un extrême ou à intégrer des informations provenant des deux pôles de chaque axe (**figure 1.3**). Il est encore à rappeler l'interdépendance entre le degré d'activation affective et la qualité de la mentalisation. Ainsi, une activation trop

faible ou trop forte empêche l'intégration des processus imaginatifs propres à la mentalisation. Il faut enfin considérer les stratégies d'attachement. Celles-ci conditionnent certains comportements (approche et/ou évitement) comme certains schémas d'activation émotionnelle (hypo ou hyper). Ce paramètre est essentiel à l'analyse de l'axe automatique/contrôlé. **Le tableau 1.3** met en relation les stratégies d'attachement avec les paramètres de l'activation émotionnelle (seuil et force de la réponse automatique) et la récupération de la mentalisation contrôlée.

Figure 1.3 : Evaluation des polarités de la mentalisation en entretien clinique[112]

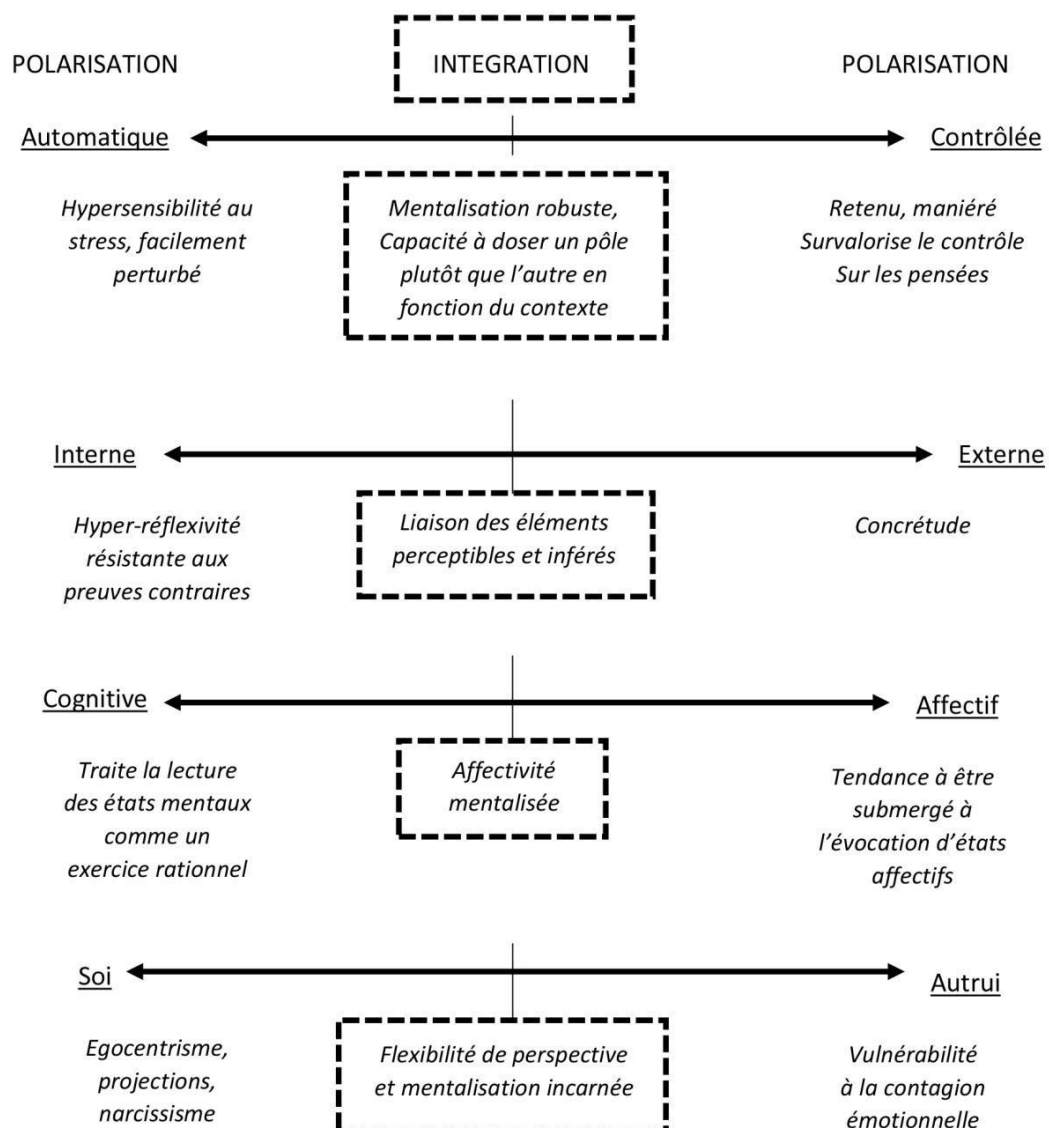


Tableau 1.3 Stratégies d'attachement, activation émotionnelle et « switch »

(bascule) de la mentalisation contrôlée à la mentalisation automatique [112]

	Seuil du « switch »		
--	---------------------	--	--

		Force de la réponse automatique	Récupération de la mentalisation contrôlée
Sécure	Élevé	Modérée	Rapide
Hyperactivation	Bas : hypersensible	Forte	Lente
Désactivation	Relativement élevé : hyporéactif, mis en échec avec stress croissant	Faible, s'élevant de modérée à forte sous stress croissant	Relativement rapide
Désorganisation	Incohérent : hyperréactif, mais souvent avec des efforts désespérés de modérer le stress	Forte	Lente

b) Evaluation psychométrique et expérimentale de la mentalisation

L'évaluation de la mentalisation se fait, au sens contemporain du terme se base sur l'analyse de la fonction réflexive formalisée par la *Réflexive Functioning Scale* [113]. Les auteurs ont proposé un système de cotation des scripts tiré de *l'Adult Attachment Interview* [114], en isolant les indicateurs à même d'évaluer la capacité à mentaliser des relations d'attachement les plus significatifs. La RFS peut également être utilisée chez les enfants et les adolescents sur la base de la *Child Attachment Interview* [115]. Grille de cotation fournie dans le **tableau 1.4**.

Cependant, cette échelle a ses limites. En effet, si la RFS représente une mesure de référence des capacités de mentalisation en contexte d'attachement, son administration s'avère temporellement coûteuse, nécessite un module de formation

préalable aux passeurs, ce qui contraint son utilisation en contexte clinique et scientifique à large spectre.

Pour pallier ces limites, Fonagy a conçu le Reflective Functioning Questionnaire [RFQ]. Cet auto-questionnaire comportait 46 items dans sa première version évalués sur une échelle de Likert en six points. Il a fait l'objet d'études de validation [116] Il vise principalement à saisir à quel point l'individu est conscient de son esprit, de celui d'autrui et de la nature intentionnelle de ses actions. La RFQ 46 a été adaptée pour les adolescents par Sharp et ses collaborateurs en 2009 [117], et validée par Ha et ses collaborateurs [118]. Une deuxième version a été proposée en 2011 en 54 items et une échelle de Likert modifiée en 7 points [119]. La RFQ 54 identifie deux sous-échelles explorant *le degré de certitude et d'incertitude que l'individu possède à propos du lien états mentaux/comportement, chez soi et chez l'autre*. Des scores extrêmes reflètent une défaillance de la mentalisation en termes d'hypo ou d'hypermentalisation, comme précédemment définis dans notre travail. Les données de validation de la version courte du RFQ en langue anglaise sont actuellement en cours de publication. Par ailleurs, la RFQ a été traduite et validée pour les populations francophones [120]. La fonction réflexive peut aussi être évaluée par d'autres questionnaires à visée des parents ou des adolescents [121].

Debanné concède enfin que les axes de mentalisation peuvent être évalués à partir de questionnaires mesurant des concepts voisins de la mentalisation : pleine conscience, empathie, alexithymie, croyances métacognitives qui prennent en compte certains des axes d'intérêt en TBM.

Il n'existe malheureusement à ce jour pas d'outil validé pour mesurer la mentalisation au sens fonagien chez des enfants autistes sans DI comme ceux de notre

étude. Le développement de mesures de la mentalisation est en pleine expansion et les travaux pionniers, comme le nôtre, suggèrent qu'une diversification importante est à prévoir dans l'offre d'instruments servant à mesurer la mentalisation dans différents contextes d'intervention[112].

A ce jour, bien que les déficits de mentalisation et la pratique thérapeutique qui en découle semblent applicables à un certain nombre de troubles, les TBM se sont développés principalement pour les TPL. Il s'agit de la seule indication ayant fait l'objet d'essais cliniques pour les TBM. Celles-ci ont montré leur efficacité en diminuant significativement les nombre de jours d'hospitalisation, l'intensité des symptômes dépressifs, le nombre de passages à l'actes suicidaires et d'automutilations ainsi que l'amélioration du fonctionnement interpersonnel de ces patients à partir de 6 mois de traitement, résultats maintenus à 18 mois [75], [122].

Tableau 1.4 : Echelle de Fonctionnement Réflexif (FR) : notation du FR sur la base de transcription de l'entretien [112]

Points	Description de la FR	
9	Entier ou Exceptionnel Les réponses du participant sont singulièrement sophistiquées, surprenantes, complexes et considérablement élaborées, et ses raisonnements de causalité impliquent régulièrement des références aux déterminants mentaux.	FR modéré à élevé
7	Remarquable Les réponses du participants contiennent un bon nombre de manifestations entières de FR, faisant preuve d'une compréhension de la nature des états mentaux, ainsi que des tentatives explicites à dégager des états mentaux, ainsi que des tentatives explicites à dégager les états mentaux sous-jacents aux comportements.	
5	Clair ou Ordinaire Le participant démontre plusieurs instances de FR mais le FR doit être suscité par l'interviewer, car il n'émerge pas de manière spontanée.	FR négatif à limité
3	Discutable ou Bas Quelques instances de prise en compte des états mentaux au cours de l'entretien, bien qu'à un niveau plutôt rudimentaire.	
1	Absent mais pas entièrement rejeté Le FR est totalement ou presque totalement absent.	
-1	Négatif Le participant résiste à s'engager dans l'exercice de la réflexivité tout au long de l'entretien.	

4. La posture thérapeutique du clinicien TBM

Quant à la posture thérapeutique du clinicien en TBM, elle est décrite par Debbané comme ayant pour objectif général de soutenir un processus *d'attention conjointe* avec le(s) patient(s), que ce soit en thérapie individuelle ou groupale. La posture du thérapeute et son utilisation des techniques visent à faire émerger et maintenir, chez le patient comme le thérapeute, la possibilité d'examiner les différents états d'esprit reliés aux préoccupations actuelles du patient dans une co-régulation.

5. Notre point de vue sur l'approche fonagyenne

Pour conclure cette présentation de la mentalisation fonagyenne certaines observations nous paraissent opportunes.

a) *Positionnement humaniste*

La première se porte sur la démarche du clinicien-thérapeute en TBM. A plusieurs niveaux, il place celui-ci en position de non savoir et d'accompagnant bienveillant, où le patient a les propres clés de son soin. Le patient est expert, le thérapeute est ici l'accoucheur rassurant qui lui permet d'élaborer sa pensée. Ce paradigme psychothérapique de soutien nous évoque des analogies aux positions non directives rogeriennes, aux postulats psychanalytiques freudiens comme au précepte philosophique socratique du *Gnothi Seauton* (*Connais-toi toi-même en grec*).

Ainsi, l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers et la question fondamentale qui animait ses travaux : « *Quelles sont les conditions les plus favorables pour arriver à la maturité ?* » [123] pourraient être juxtaposables aux positions fonagyennes comme la non-directivité, « principe de non-directivité » dans la relation d'aide et d'accompagnement thérapeutique. Pour Rogers, être thérapeute ne consiste pas tant en une façon d'agir qu'en une manière d'être [124].

Du point de vue psychodynamique, Bergeret fait la distinction entre les objectifs des psychothérapies non psychanalytiques et les psychothérapies d'inspiration psychanalytique : « *Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique cherchent à lui permettre (le patient) de découvrir peu à peu des solutions intra - et interpersonnelles meilleures, plus adultes et le rendent davantage indépendant et se distinguent des*

psychothérapies non psychanalytiques qui ne demeurent basées que sur la suggestion » [125].

On retrouve donc ici une absence de jugement, un mode d'accompagnement du patient visant à faire émerger ou découvrir ses propres capacités.

Enfin, on se rapproche d'une position philosophique thérapeutique socratique. Le « Connais-toi, toi-même », fondement de l'humanisme, assigne à l'homme le devoir de prendre conscience de sa propre mesure sans tenter de rivaliser avec les dieux. Dans sa phénoménologie de l'esprit, Hegel en fait un tournant majeur dans l'histoire de l'esprit, car Socrate en s'en réclamant fait de « l'esprit universel unique », un « esprit singulier à l'individualité qui se dessine ». Autrement dit, il fait de la conscience intérieure l'instance de la vérité et donc de la décision[126] . Il y a là un tournant car, dans la culture orientale, l'Esprit, tel que le conçoit Hegel, était de l'ordre du mystique inatteignable ; ce qu'au contraire augure Socrate c'est « un tournant de l'Esprit dans son intériorité », c'est-à-dire qu'au lieu d'être inatteignable, l'Esprit est conçu comme se trouvant dans l'homme lui-même. C'est donc bien, ici, une philosophie par essence humaniste qui anime les TBM.

b) Position intégrative

La seconde est sur l'intégrativité de la théorie fonagyenne. Nous basons cette réflexion sur la classification de J.Lecomte des conceptions synthétiques de la psychologie (qu'elles se qualifient intégrative, unifiée, complexe globale, holistique, multi-niveaux, à multiples composantes)[127]. Cet auteur décrit cinq catégories de conception de l'intégrativité :

- Synthèse de multiples composantes : (cognition, émotions, comportement, etc...) à l'instar de la théorie sociocognitive d'Albert Bandura [128].
- Synthèse de multiples niveaux : (niveau micro, méso et macro) à l'instar du modèle biopsychosocial d'Engel [129].

- Synthèse de théories déjà existantes : où l'on associe le plus souvent la psychanalyse, le cognitivisme et le comportementalisme. Cette démarche est retrouvée majoritairement dans les psychothérapies. Elle est souvent le résultat de sentiments d'insatisfaction éprouvés par des thérapeutes, en particulier psychanalystes, qui se tournent vers d'autres approches, à titre complémentaire. Ces cliniciens qui adoptent une pratique plurielle, éclectique, utilisent telle et telle approche sans nécessairement adhérer pleinement à l'arrière-plan théorique qui la sous-tend. [130]
- Approche globale d'un thème particulier : qui porte sur un thème bien spécifique (le leadership, le deuil...). Leur perspective est réduite, mais leurs auteurs revendiquent leur caractère synthétique en raison du nombre parfois important de variables mises en jeu et de l'utilisation de boucles de rétroaction. Citons à titre d'exemple « la théorie des intelligences multiples d'Howard Gardner » ou la Théorie triarchique de l'intelligence de Robert Sternberg [131].
- Théorie spécifique perçue comme ayant une valeur globale et universelle : il en est ainsi de certains psychanalystes, comportementalistes, cognitivistes, neurophysiologistes ou évolutionnistes qui considèrent que leur approche théorique ou empirique est apte à englober l'ensemble des autres approches. Ils affirment que leur discipline est appelée à régner sur l'ensemble des connaissances psychologiques. [132][133][134]. Quelle que soit l'orientation théorique adoptée, ce genre d'attitude immodeste attire le plus souvent les foudres des partisans d'autres courants théoriques.

Il apparaît donc selon cette classification que l'approche fonagyenne est intégrative à deux niveaux. Premièrement en tant que synthèse de théories déjà existantes. En effet le système multi axial, dimensionnel se base sur les théories psychodynamiques, attachementistes, développementales, cognitives et neuropsychologiques. A un deuxième niveau, l'approche fonagyenne est intégrative en tant qu'approche globale d'un thème particulier, ici, la mentalisation.

C. Pertinence de la mentalisation fonagyenne vis-à-vis de l'autisme.

1. La rencontre clinique pour penser le défaut en théorie de l'esprit.

Cette partie reprend les observations des médecins ayant pris en charge les enfants au CMP I.T.T.A.C. et leur cheminement dans l'élaboration du dispositif pilote. Elle fait l'objet d'un article en cours de parution [135].

La rencontre clinique avec des enfants présentant un diagnostic de TSA sans déficience intellectuelle (DI) et âgés de 6 à 10 ans fut le point de départ de ce travail de recherche. Ce trouble avait été annoncé pour certains quelques mois auparavant. Parfois ces enfants n'avaient bénéficié que de peu de soins au préalable.

Deux médecins les rencontraient et partageaient leurs observations cliniques et leurs interrogations.

Ces enfants présentaient certes des symptômes correspondant aux critères diagnostiques des TSA comme définis dans le DSM 5 [136] : « *altération de la communication et des interactions sociales / caractères restreints, répétitifs, et*

stéréotypés, des comportements, des intérêts et des activités », mais les cliniciens étaient surtout interpellés par un ensemble de manifestations cliniques suffisamment singulières pour les interroger sur leur fonctionnement psychique et leur façon d'être au monde.

Ces ensembles cliniques semblaient pouvoir s'organiser autour de grandes thématiques : L'imaginaire, les émotions, la narrativité, l'attachement, le relationnel, le lien aux autres, les pensées, le fonctionnement de penser.

- L'imaginaire :

Ces enfants étaient capables d'imiter, de s'identifier, de « faire comme » en appui sur des éléments du monde extérieur. Mais ils étaient en difficulté pour utiliser leurs propres ressources internes au service de la construction de leur moi. Concernant leurs jeux : on retrouvait un jeu qui pouvait faire illusion, mais ne s'enrichissait pas, restait figé dans la répétition : jeux aux scénarii pauvres, peu de créativité, peu de partage, peu de demande d'échange. Pour ce qui touchait au dessin, en dehors de problèmes spécifiques du graphisme et la présence d'un dessin spontané, pauvre, voire refusé par l'enfant l'immaturation des thèmes et de leurs représentations était également apparente.

- Les émotions :

L'altération de la perception propre de leurs émotions ou des émotions des autres était identifiée. Quand bien même ils pouvaient ressentir et nommer leurs émotions, ils restaient dans l'incapacité de les intégrer dans un discours associatif, ou dans une forme de narrativité.

- La narrativité :

Les enfants présentaient un bon niveau verbal, un langage soutenu, parfois précieux. Ils démontraient également une appétence pour le soin psychothérapeutique

mais un discours informatif plus que narratif. En difficulté pour raconter une scène vécue avec des affects associés, leur discours parlait peu d'eux-mêmes ou de leur entourage.

- L'attachement, le relationnel, le lien aux autres :

Aux pairs : les enfants étaient capables de liens privilégiés mais sans percevoir les enjeux relationnels et affectifs qui s'y rattachaient. Aux figures parentales : ils semblaient en difficulté pour se représenter en interne l'autre, en dehors d'une relation d'échange permanente avec une incapacité d'être seul tant la représentation interne de l'objet maternel et paternel était insécure.

- Les pensées, le fonctionnement de penser :

Leur fonctionnement manquait de nuance et de souplesse. Il était peu propice à l'élaboration. Leurs pensées étaient détachées de charge affective.

Si les entretiens hebdomadaires étaient attendus par ces enfants, ils mettaient en difficultés les thérapeutes pour les « rencontrer » vraiment. Leur proximité n'était pas synonyme d'échange car ils étaient gênés pour évoquer leurs vécus, leurs émotions, mais aussi la compréhension des événements qu'ils pouvaient vivre. Les disputes dans le milieu scolaire ou au sein de la famille, les incompréhensions relationnelles restaient des situations peu abordables et peu relatés par les enfants.

Ils étaient tout à côté d'eux mais sans vraiment être avec eux.

Le jeu et le dessin étaient répétitifs, sans scénarisation ni demande pour faire participer l'autre.

La rencontre avec ces enfants et leurs manifestations cliniques questionnaient l'organisation des représentations psychiques sous-jacentes. En effet, une partie de leurs troubles interrogeait le clinicien sur leurs **difficultés à comprendre et à percevoir les intentions d'autrui, tout autant que les leurs**. Leurs gênes concernaient la compréhension

et l'évocation de l'existence de l'autre dans sa dimension d'intentionnalité, d'imprévisibilité. La rareté des jeux de faire semblant, leurs impossibilités à représenter par le dessin, leurs difficultés à utiliser la métaphore, leurs utilisations littérales du langage questionnaient le clinicien sur les modalités d'organisation des **théories de l'esprit** de ces enfants.

2. Théorie de l'esprit et TSA

a) Cadre théorique de la théorie de l'esprit

En neuropsychologie la théorie de l'esprit (en anglais theory of mind [ToM]) désigne la capacité mentale d'inférer des états mentaux à soi-même et à autrui et de les comprendre. La théorie de l'esprit est donc bien une aptitude cognitive permettant d'imputer une ou plusieurs représentations mentales, par définition inobservables, aux autres individus. Le principe de base étant celui de l'attribution ou de l'inférence, les états affectifs ou cognitifs d'autres personnes sont déduits sur la base de leurs expressions émotionnelles, de leurs attitudes ou de leur connaissance supposée de la réalité. Cette aptitude nous permettrait de prédire, d'anticiper et d'interpréter le comportement ou l'action de nos pairs dans une situation donnée. La ToM fait partie intrinsèque de la cognition sociale, ensemble de processus mentaux tels la perception de soi et des autres et l'utilisation des connaissances sur les règles régissant les interactions interpersonnelles pour décoder le monde social [137].

Le concept de ToM naît du courant de la philosophie de l'esprit [138] et plus particulièrement de la partie qui qu'attache à la question de l'intentionnalité et à l'attribution de contenus mentaux. Le terme « théorie de l'esprit » apparaît pour la

première fois dans le titre d'une étude de David Premack et Guy WoodRuff: « Does the chimpanzee have a theory of mind? » [139]. La ToM a ensuite largement inspiré des recherches en psychologie lors des trente dernières années et notamment en psychologie du développement où on a cherché à déterminer la période d'acquisition de cette capacité cognitive [140]et l'étude de son dysfonctionnement [141]. Plus récemment les techniques d'imagerie cérébrale ont mis en évidence un réseau cérébral sous-tendant cette capacité cognitive de haut niveau[142]. Ce réseau est composé de différentes régions corticales, telles que le cortex préfrontal, le complexe pôle temporal/amygdale et le complexe sillon temporal supérieur/jonction temporo-pariétale.

La ToM est une capacité de métacognition : avoir conscience et se représenter l'état mental d'une autre personne revient à construire une méta représentation. Quand la représentation est une représentation directe de l'environnement, la méta représentation est une représentation d'une représentation. Elle suppose donc un circuit relationnel, impliquant une reconnaissance cognitive de soi-même et d'autrui actualisé dans l'échange [143]. On a défini par ailleurs des natures de représentations mentales. La ToM cognitive (dite froide) est définie comme la capacité à se représenter les états épistémiques des autres individus. La To M affective (dite chaude) correspond, elle, à la capacité de se représenter les états affectifs des autres, à comprendre et déduire leurs émotions et sentiments ([144], [145]). Cette distinction s'appuie sur l'observation de patients psychiatriques ou neurologiques. Ainsi, dans le syndrome d'Asperger comme dans la schizophrénie, la ToM affective apparaît plus déficiente que la ToM cognitive [146].

b) ToM et TSA

La rencontre de la ToM et de la psychopathologie aura lieu dans le champ de la psychopathologie du développement, à propos de l'autisme. Elle exploite le paradigme des fausses croyances [147].

Publiée sous le titre « les enfants autistes ont-ils une théorie de l'esprit ? » [32], cette première étude analyse les réponses de trois grands groupes d'enfants (normaux, autistes et déficients intellectuels), confrontés à une tâche simple consistant à devoir adopter le point de vue de l'autre, celui d'un personnage au décours d'une scénette.

Les auteurs établissent l'hypothèse que les personnes souffrant d'autisme manquent d'une théorie de l'esprit, c'est-à-dire qu'ils ne possèdent pas, en grande ou moindre mesure, la capacité d'inférer les états mentaux d'autrui (ses pensées, croyances, désirs et intentions) et d'utiliser ces informations pour s'exprimer afin de trouver un sens à leurs comportements et de prédire ce qu'ils feraient ensuite.

Les enfants autistes auraient des difficultés à se représenter de manière différenciée l'état du monde factuel et les représentations de cette réalité matérielle par l'esprit de soi ou d'autrui. C'est cette double appréhension de la réalité physique et de la réalité mentale (qui apparaît entre 18 et 24 mois) [44] que l'enfant autiste a du mal à effectuer. L'accès à la réalité psychique est accès à autrui mais aussi accès au monde interne propre du sujet, réalité propre de pensées, croyances et intentions, accès donc à un soi lui aussi fragile et altéré dans l'autisme.

Cependant lors de la passation de l'épreuve de Sally et Ann, 20% d'enfants avec Asperger donnent la réponse correcte. Ceci nous montre qu'une proportion importante d'enfants atteints de ce syndrome pourrait évoluer favorablement, même dans des aspects

comme l'acquisition de la capacité d'empathie et d'intersubjectivité [148]. Mais pour répondre au fait que 20% des enfants autistes réussissent ces tests, d'autres épreuves de ToM de deuxième ou troisième ordre ont été développées qui confirmeront que les sujets autistes rencontrent des difficultés spécifiques aux tâches de ToM qui semblent indépendantes de l'existence d'un retard mental [149]. Certaines épreuves demandent au participant d'apparier ou de nommer des mimiques d'émotions faciales impliquant une intention telle que le doute ou l'inquiétude. Ces capacités sont généralement atteintes dans l'autisme.

Ces auteurs en ont déduit que le déficit « en théorie de l'esprit » était le trouble primaire et central de l'autisme, qui pour certains s'expliquait par un déficit spécifique du mécanisme de découplage [29]. Les troubles affectifs et sociaux seraient secondaires à ce trouble primaire.

De nombreuses critiques furent évoquées et des hypothèses alternatives proposées. Hobson a avancé l'hypothèse que l'incapacité à reconnaître les états mentaux d'autrui serait due à un trouble primaire de la compréhension des émotions [150], [151]. Des observations montrent en effet que les autistes ont effectivement du mal à reconnaître les expressions émotionnelles mais ont aussi des difficultés à produire eux-mêmes des mimiques émotionnelles par imitation ou par évocation [152].

-D'autres hypothèses ont été aussi évoquées : celle de défaut de cohérence centrale [153], [154], celle de déficit des fonctions exécutives [155], [155], [156].

-L. Mottron se questionne pour savoir si les ToM constituent une bonne explication des anomalies sociales dans l'autisme. Il nous rappelle que ces épreuves ont échoué dans d'autres troubles, telle la cécité. Elles ne sont donc pas spécifiques à

l'autisme. Pour lui l'atteinte des ToM n'est donc pas responsable, à elle seule, du déficit social dans l'autisme[157].

3. Mentalisation fonagyenne : abus de langage, analogies, concepts voisins

Mentalising, mentalizing, mentalisation, mentaliser... De quoi parle-t-on ? Car si la mentalisation fonagyenne prétend intégrer la mentalisation cognitive elles sont, comme nous l'avons vu, issues de paradigmes distincts. Dans le cadre de notre étude, nous émettons cependant l'hypothèse qu'un déficit de mentalisation au sens de ToM peut être traité par des soins informés par la mentalisation.

Dans la fin du chapitre 2 de l'ouvrage de Debanné [158], celui-ci revient par ailleurs sur les cinq construits dont on lui demande le plus souvent des précisions quant à leurs similarités ou leurs différences par rapport à l'approche basée sur la mentalisation à savoir : la théorie de l'esprit ; la pleine conscience de Brown et Ryan (Brown Ryan 2013) ; la conscience psychologique de McCallum et Piper [159] l'empathie de Preston et de Waal (2002) et la conscience affective [160]. Le concept de mentalisation représente un terme général au sein duquel s'inscrivent en bonne partie ces différentes notions utilisées en recherche ou dans d'autres courants psychothérapeutiques.

Nous ne reviendrons pas sur tous les construits mais sur ceux qui intéressent notre étude. Le concept de ToM cible plus particulièrement les polarités « cognitive » et « autrui » des axes de la mentalisation, ou plus précisément le défaut de l'acquisition de la théorie de l'esprit. Bien que le concept de ToM ne recoupe qu'en partie celui de la mentalisation, les travaux examinant les prémices développementales chez le nourrisson

ou à risque de développer l'autisme s'avèrent d'une importance cruciale pour la compréhension de développement de la capacité à mentaliser.

Lors de nos lectures comme dans nos recherches, force nous a été de constater que d'ores et déjà, le terme de mentalisation revêtait des significations et usages divers suivant les auteurs et les interlocuteurs ou encore les traductions. De l'analogie à l'amalgame il n'y a parfois qu'un pas. Ainsi, nous avons retrouvé une orthographe différente suivant les articles en anglais, *mentalising* pour Utah Frith et *mentalizing* pour tous les autres. Nous avons aussi remarqué que les anglo-saxons utilisent généralement le terme *mentalising* en analogie à celui de théorie de l'esprit. Il convient dans le cadre de notre étude de parler de mentalisation fonagyenne, qui, à l'instar de l'autisme de Kanner, est la forme intégrative et conceptuelle de son auteur et rend compte d'une approche, d'une psychothérapie et d'une théorisation fixée.

Dans cette acception, Debanné avance que le champ des TBM tend actuellement à préférer le verbe *mentaliser* au mot *mentalisation* tant le second revêt un caractère « d'idéal impossible à atteindre ». En effet, certains patients ont déjà critiqué l'appellation « trop compliquée, intellectuelle et prétentieuse faisant régner de manière cartésienne le monde mental au-dessus des défis très concrets du quotidien ». Pour d'autres patients, la mentalisation apparaît comme une énigme à résoudre qui se change vite en règle à suivre, but à atteindre ce qui n'est pas encore dans l'approche du mot. Le but du thérapeute reste de "provoquer la curiosité au sujet des liens entre l'état mental et l'acte physique, de générer un intérêt à apprendre et aussi à jouer avec toutes les interprétations possibles d'une situation donnée, et d'apprendre à apprécier le processus sur le vécu émotionnel et relationnel. Le verbe stimule le processus plutôt qu'il ne l'érige.

Enfin, nous parlons de soins informés par la mentalisation dans notre étude, terme consacré par Debbané, car le soin de notre dispositif reprend une méthodologie psychothérapique et un pragmatisme propres à la mentalisation fonagyenne sans en reprendre le construit basé sur la pathologie TPL.

4. Recoupement entre théorie de l'esprit et mentalisation fonagyenne dans la littérature.

Dans le champ neuropsychologique, il est avéré que les adultes et enfants TSA sans DI présentent des troubles de la mentalisation [161]–[165] alors qu'il n'existe actuellement aucun dispositif de soins évalué pour répondre à ce déficit. L'approche basée sur la mentalisation de Fonagy est une approche intégrative élaborée pour les TPL mais dont l'acception de mentalisation recoupe celle de la ToM [112] comme celle du modèle de l'empathie. Les TBM qui l'accompagnent sont des thérapies récentes qui offrent un soin aux patients présentant un déficit de mentalisation (Troubles de la personnalité limite, personnalités antisociales). Il apparaît donc pertinent qu'un soin basé sur la mentalisation soit appliqué et étudié chez des enfants Autistes TSA sans DI.

Une recherche bibliographique sur PubMed élargie en croisant les termes « mentalisation » et « autisme » nous a permis d'extraire 48 références dont 16 ont été retenues pour notre thèse après relecture. Parmi elles, trois études quantitatives réalisées chez des adultes TSA utilisant des tests cognitifs montraient un déficit de mentalisation au sens de ToM strict par rapport à un groupe contrôle [162], [166], [167]. L'étude de N. David conduite, elle, chez des adultes TSA sans DI montre aussi un déficit de mentalisation [168].

Nous avons trouvé cinq études quantitatives réalisées chez des enfants TSA concluant à un déficit de mentalisation [165], [169]–[171]. Deux études réalisées chez des Asperger vont également en ce sens [172], [172], [173]. En neuroimagerie, une étude a montré une interférence inhabituelle des ponts neuronaux entre les réseaux neuronaux reconnus impliqués dans la ToM et ceux impliqués dans les systèmes miroirs (en anglais mirror neuron networks [MNN]) chez 25 adolescents TSA versus contrôle [174]. Selon les auteurs, les résultats sont en faveur d'une preuve d'une moindre ségrégation des réseaux de longue distance chez les jeunes autistes. Un excès de connections entre réseaux de ToM et MNN pourraient refléter des processus développementaux aberrants ou immatures dans deux des réseaux neuronaux impliqués dans la compréhension d'autrui.

Notre attention se porte encore sur une étude américaine de KM Sossin de 2015 qui nous est apparue correspondre à la démarche du protocole de soins objet de notre étude. Dans celle-ci, des soins informés par la mentalisation chez des enfants et adolescents TSA sans DI ont été mis en place en parallèle d'une prise en charge psychothérapique psychodynamique. Il s'agissait pour l'équipe de Sossin de mettre en valeur l'importance des potentiels de développement et des attitudes non-verbales chez les enfants TSA, ainsi que de faciliter les solutions des parents et leur réflexivité suite au diagnostic. Cette approche thérapeutique s'est axée sur la mentalisation dans laquelle l'enfant s'exerce en gardant bien à l'esprit la présence du thérapeute et en développant une image plus riche d'un soi (self) mentalisant et relationnel.

Nous traduirons ici librement les propos de l'auteur « *Les échanges verbaux incitent la mise en perspective, ce qui conduit le patient à éclairer le thérapeute sur ce qu'il ne sait pas et réciproquement. Une telle implication est à la fois explicite et implicite. La coordination interpersonnelle de procédés non-verbaux dans un contexte thérapeutique permet de progresser vers une « mentalisation incarnée ». L'un des défis du thérapeute*

consiste à rester conscient des ressentis corporels de quelqu'un (et du patient) et des identifications kinesthésiques qui suscitent l'empathie et la confiance collaborative. »

Tout ceci permet au patient de se sentir apte à connaître et à être connu. Elle souligne encore l'apport d'un feedback vidéo. [175] Une revue du livre « *Autism spectrum disorder: perspective from psychoanalysis and neuroscience* » ,dans le journal de l'American Psychoanalytic Association en 2014, fait , elle, clairement l'hypothèse qu'une des clés du succès des psychothérapies dyadiques mises en place réside dans le soutien de l'enfant à former une théorie de l'esprit au sens de Baron-Cohen par un processus de mentalisation au sens de Fonagy.

5. Des TBM chez les TPL aux soins informés par la mentalisation chez des TSA sans DI.

Nous baserons ici notre réflexion sur l'article en lien avec le dispositif de notre étude, en cours de parution : « *Perspective de prise en charge d'enfants atteints de troubles du spectre autistique par psychothérapie médicale informée par la mentalisation.* »[135]

Comme nous l'avons vu, les TSA sont caractérisés par une atteinte de la communication sociale ainsi qu'un répertoire d'intérêts et de comportements restreints et répétitifs [161], [176].A l'instar des TPL, les anomalies constatées semblent sous-tendues par des difficultés spécifiques dans la compréhension intuitive pour l'enfant de ses propres états mentaux et de ceux d'autrui ou capacité de mentalisation [149], [177], [178]. Comme nous le verrons plus bas, aucun dispositif de TBM n'est décrit dans la littérature chez des

patients atteints de TSA. Un tel traitement semblait donc prometteur pour améliorer le défaut d'intégration et d'habiletés sociales qui est, de surcroît, facteur de mauvais pronostic dans les TSA [179].

Certains auteurs envisagent d'ailleurs de tels bénéfices à la TBM chez des sujets de type Asperger du fait de leur trouble de la mentalisation [180].

D. Choix de la méthode qualitative dans notre étude

« La méthode expérimentale scientifique consiste à tester par des expériences répétées la validité d'une hypothèse. L'obtention de données nouvelles, qualitatives ou quantitatives, confirme ou infirme l'hypothèse initiale. L'expérience scientifique se distingue d'autres expériences en ce qu'elle requiert, pour être crédible, l'application d'un protocole d'expérimentation permettant de reproduire précisément une expérience particulière » [181]. Il s'agissait alors de mettre en place une évaluation du protocole de soins mis en place au CMP ITTAC. Nous avons choisi la méthode qualitative héritée de la sociologie [182]. Dans cette perspective, nous avons eu recours à l'outil de vidéoélicitation et l'étude des récits narratifs pour explorer le vécu subjectif des enfants TSA sans DI. Selon certains auteurs, la méthode qualitative semblerait plus appropriée pour répondre aux questionnements suscités par la recherche contemporaine en psychiatrie [183].

Nous présenterons dans une première partie la méthode qualitative et les raisons qui nous ont amené à la mettre en place dans le cadre de notre protocole de soins. Puis, nous ferons un point sur l'interview en vidéoélicitation [IVE] et l'étude des récits narratifs ou visual narrative.

Nous nous baserons principalement pour ce faire sur l'étude de Rob Whitley, "Qualitative research in Psychiatry [183] et sur des travaux de Jonathan Lachal [7], [184].

1. La Méthode qualitative :

a) Définition

Malinowski établit que la recherche qualitative a pour but de comprendre un phénomène d'un point de vue « natif » (native en anglais) qui place au-dessus de tout le sens subjectif et l'expérience [185]. La méthode qualitative tend à décrire, comprendre, approfondir plus qu'à répertorier les phénomènes observés. D'un point de vue simplificateur, on peut attribuer les études chiffrées aux méthodes quantitatives, et les études non chiffrées, verbales et descriptives aux méthodes qualitatives. Mais ces méthodes ont des paradigmes originels différents. La méthode qualitative s'appuie sur un modèle constructiviste, où la connaissance émerge d'un processus humain de construction et de reconstruction . Ce modèle est issu des concepts de Kant selon lesquels la connaissance des phénomènes résulte d'une construction effectuée par le sujet. Il n'existe pas, selon ce paradigme, de réalité objective, intrinsèque, irréductible mais bien une réalité co-construite dans une relation d'interdépendance permanente entre le sujet, l'objet et le monde [186].Lorsqu'on s'en réfère à cette théorie conceptuelle, l'analyse de matériel verbal tel qu'il est obtenu à travers les observations et les entretiens possède une valeur scientifique, puisqu'il s'agit d'une construction d'une réalité à partir de l'exploration d'un phénomène.

Historiquement les études qualitatives sont utilisées en sciences sociales, en anthropologie [187], [188] et en sociologie sous l'influence de l'école de Chicago [189]. Elles

sont de plus en plus utilisées dans le domaine de la recherche médicale et tendent à se démocratiser bien que leurs propres défenseurs les suspectent de ne pas toujours être conduites de façon appropriée [190]. On a donc constaté l'essor des méthodes qualitatives en médecine et en psychiatrie, autour du vécu des patients dans des contextes particuliers, des modalités de prise en charge, pour des questions d'efficacité thérapeutique ou de recueil de consentement.

2. Intérêt dans l'évaluation de notre étude

Dans cette évaluation du vécu d'enfant autistes sans DI du soin informé de mentalisation, nous avons privilégié une approche qualitative, accordant une place centrale au discours des sujets car elle permet de : « *rechercher les significations des actions auprès des acteurs concernés* » [191]. L'analyse qualitative s'enracine dans le courant épistémologique de l'approche compréhensive. L'approche compréhensive est un positionnement intellectuel qui postule l'hétérogénéité entre les faits humains ou sociaux et les faits des sciences naturelles et physiques. Les faits humains ou sociaux sont des faits porteurs de significations véhiculées par des acteurs, partie prenante d'une situation interhumaine. L'approche compréhensive postule également la possibilité qu'à tout homme de pénétrer le vécu et le ressenti d'un autre homme. Cette approche comporte un ou plusieurs moments de saisie intuitive, à partir d'effort d'empathie, de significations dont tous les faits humains et sociaux sont porteurs. Cet effort conduit, par synthèses successives, à formuler une synthèse finale, plausible, qui donne une interprétation « en compréhension » de l'ensemble étudié. [192]. L'analyse qualitative prend appui sur le langage et est ainsi traversée de toute part par le sens : importation de sens, recherche de sens, production de sens. Le sens peut être défini comme *l'expérience humaine, réelle ou imaginée, à laquelle peut être rapporté un énoncé qui en permet la compréhension*. Tout événement significatif à l'intérieur d'un champ de conscience est nommé, transposé, relié, et éventuellement communiqué. Pour exister, un événement doit être lu : tout d'abord

par la personne qui l'expérimente, ensuite par la personne qui raconte – et ce, même s'il s'agit de la même personne, car vivre un événement et le raconter sont deux activités distinctes – puis, dans le cadre d'une recherche, par la personne qui l'analyse, enfin par la personne à qui l'analyse est destinée. Il importe par conséquent d'être attentif au fait que l'analyse parle bien souvent autant de l'analyste, de sa société et de sa culture que du phénomène analysé. L'essentiel du travail en analyse qualitative porte sur des données qualitatives, à savoir des traces matérielles, principalement des mots, des locutions, des textes. Une donnée qualitative est une donnée de signification immédiate revêtant une forme discursive. Pour l'analyste, la donnée qualitative prend la forme de mots, expressions, phrases, propositions textuelles exprimant un rapport de sens dans le moment présent du recueil.

Nous avons encore choisi la méthode de recueil de l'entretien semi-directif. L'intérêt de cette méthode de travail, par rapport à l'utilisation de questionnaires, a été porté par un souci de nous maintenir en position neutre tout au long des entretiens et de respecter le discours spontané des enfants. En effet, toute question fermée est par définition orientée. Si on demande par exemple à un enfant qui a vécu globalement positif de la thérapie s'il a éprouvé un bénéfice, l'enfant sera davantage orienté à répondre par l'affirmative. Si, au contraire, on s'applique à lui demander de nous décrire ses ressentis durant la séance dont il regarde la vidéo, peut-être nous évoquera-t-il spontanément d'autres ressentis que le contentement qui ne seront pas nécessairement présents dans le questionnaire. A fortiori, l'enfant aura loisir de développer le déroulement de sa pensée ayant abouti à tel ressenti négatif ou positif, en le contextualisant à une anecdote, à une situation particulière que lui inspirent les événements ou jeux de rôles regardés dans la séance psychothérapie. Cela, un questionnaire ne le permet pas. Si procéder par des entretiens limite bien évidemment le nombre des sujets par rapport à l'utilisation de questionnaires, cela permet en revanche d'obtenir des données riches, approfondies et variées. L'entretien a été choisi sur une

modalité semi-directive plutôt qu'un entretien ouvert afin d'avoir à disposition une grille de thèmes à aborder par le patient. Les sujets étant questionnés à l'aide d'une même grille élaborée en fonction de ces objectifs, l'entretien semi-directif autorise ainsi l'analyse transversale des énoncés. Cette analyse permet de prendre en compte l'ensemble des énoncés et ainsi, regrouper les discours par thèmes indépendamment des entretiens. Même si les thèmes abordés sont prédéfinis, la dynamique de la rencontre doit permettre un espace de parole permettant au sujet de l'entretien d'être l'auteur de sa propre histoire, son propre récit.

3. Vidéoélicitation et Visual narrative

Les interviews par vidéoélicitation [IVE] sont une des méthodes qualitatives permettant d'évaluer les interactions entre un praticien et un patient. Les interviews par élicitation utilisent un stimulus, comme des photos [193], [193], [194] ou des documents écrits, pour pousser les participants à discuter de sujets en fournissant des détails plus précis et plus nombreux qu'ils le feraient lors d'interviews standards. Pendant les interviews de vidéoélicitation, le chercheur s'entretient avec des patients ou des praticiens à propos d'une interaction clinique récente en utilisant un enregistrement vidéo de cette interaction comme outil d'élicitation [195]. Nous nous sommes concentrés dans notre étude sur la vidéoélicitation en tant que technique d'investigation du vécu d'enfants TSA sans DI. Relevons cependant que certains chercheurs conduisent également des interviews par vidéoélicitation en tant qu'interventions [196], [197] ou à des fins d'enseignement [198].

Les techniques utilisées en IVE ont été développées par des chercheurs qui étudiaient la formation de conseillers et de travailleurs sociaux en santé mentale dans les années 70. Il en est ainsi des travaux de Norman Kagan[199] et Frederick Erickson[200]. Le premier, professeur en psychologie du Massachussetts, se revendiquait ainsi de la « Counselling Psychology ». Il met au point avec son équipe une méthode appelée « l'Interpersonal Process Recall » lors de laquelle un interviewer incite des stagiaires à commenter et réfléchir sur les enregistrements vidéo de leurs sessions de conseil. Kagan découvre que les stagiaires échouent souvent à relever les incidents ou réactions de clients pendant les sessions de conseil. Les stagiaires avaient par ailleurs tendance à fréquemment couper ou dévier la conversation quand elle portait sur leurs propres peurs et préoccupations en lien avec la pression sociale qu'ils percevaient. Un interviewer entraîné est en capacité de pointer ce phénomène et d'inciter les participants à remarquer ces manifestations dans leur discours, phénomènes qu'ils négligent la plupart du temps, et ainsi leur faire admettre leurs peurs et préoccupations. [199]Ces techniques sont désormais communes au domaine des sciences sociales, plus spécialement dans le domaine de l'éducation où elles sont appelées « Stimulated Recall » (en français Rappel stimulé) [201], [202]. Diverses utilisations des IVE ont été mises en place dans le domaine de l'ingénierie [203], l'analyse d'interactions [204], l'anthropologie [205], et d'autres disciplines de sciences sociales.

Les données issues des IVE suggèrent qu'il existe 3 types d'expérience chez les interviewés ([199], [201], [204] : le rappel « Recall », la reviviscence « Relive » et la réflexion.

Le rappel concerne les pensées, croyances et émotions expérimentées durant l'interaction. La reviviscence ou « réexpérience » de l'interaction se produit pendant que les interviewés se regardent en vidéo et peuvent même susciter des réponses

émotionnelles ou physiologiques différentes de celles vécues ou remarquées lors de l'enregistrement en lui-même. [206]. Enfin, les interviewés réfléchissent souvent sur leurs pensées et actions ou celle de leur vis-à-vis dans l'interaction.

Frankel et Beckman ont été les premiers à publier une étude utilisant les IVE sur des interactions médecin-patient [207]. Leur étude révélait que médecins et patients avaient tendance à mettre en pause la vidéo aux mêmes moments quand on leur demandait d'identifier des passages où quelque chose de nouveau, inhabituel voir e différent se produisait. Beaucoup d'études de vidéo élicitation ont par la suite été mises en place pour comparer les points de vue des patients et des médecins.

La revue de 2012 de Henry et collaborateurs a été conduite sur des termes pluriels étant donnée l'absence de terminologie standard. Les auteurs ont ainsi inclus les termes d'Integrated Methodology for Preserving an Analysing Clinical Transactions (IMPACT), stimulated recall, et video re-view. Le terme de vidéo élicitation a été adopté à partir de la littérature non médicale [205] car il était plus descriptif de la méthode générale et témoignait d'une continuité avec d'autres techniques d'élicitation. Il n'existe pas, selon eux, une seule façon de conduire les IVE. Néanmoins, les lignes directrices revendiquées de toute recherche via cette méthode sont la pédagogie, la transparence, l'homogénéisation des procédures et leur reproductibilité. [195]

Enfin, Henry relève qu'au jour de sa publication peu d'études par IVE ne classent leurs données produites en catégories rappel, reviviscence et réflexion. De même, aucun auteur ne discute des potentiels biais subtils qui résultent des paramètres inhérents à l'interview comme au manque de mémorisation. Les chercheurs devraient donc publier les détails de leurs protocoles d'interviews et les instructions données aux participants afin que les relecteurs puissent juger de la qualité des données comme de la présence de

potentiels biais. . Il n'existe à notre connaissance aucune étude utilisant cette méthode chez des enfants autistes sans DI. Cependant, ses applications dans l'exploration des pratiques au sein des relations médecin-patient sont grandissantes [199], [199], [201], [204], [207]–[213]

4. Point de vue sur la méthode qualitative et positionnement de chercheur

De grandes études ont d'ores et déjà proposé des avancées théoriques majeures dans le champ psychiatrique [214], [215]. Dans notre seconde partie, nous détaillerons encore les études qualitatives qui ont été mises en place dans le domaine de l'autisme ou des MBT. Mais nous relevons ici le fait que la méthode qualitative est décrite par certains auteurs comme plus adaptée à la recherche en psychiatrie [183]. En effet, on constate la proximité du point de vue psychiatrique avec la méthode qualitative : par l'importance donnée à la parole du sujet (vérité ou réalité), par l'importance du récit narratif, l'humilité du chercheur (sujet expert) ou encore la quête du sens (pourquoi et combien) [7].

Dans la méthode qualitative, l'évaluateur qui mène l'entretien respecte cette position neutre qui est l'essence même de ce travail, posant les questions les plus ouvertement qu'il est possible de le faire, respectant le plus souvent la spontanéité du sujet quant à l'élaboration de son récit. Elle répond ainsi point par point à la méthode fonagyenne qui valorise empirisme et pragmatisme mais surtout à la posture thérapeutique du clinicien TBM au vu des concepts de co-régulation et d'attention

conjointe que nous avons précédemment décrits, qui donnent la possibilité au patient d'examiner les différents états d'esprit reliés à ses préoccupations actuelles. [6]

La méthode qualitative est enfin génératrice de théorie et sa pertinence est évaluée par la nouveauté de l'information qu'elle confronte aux connaissances existantes d'une part, et par l'ampleur avec laquelle les données peuvent être généralisées d'autre part. Nous voulons, dans cette étude d'une thérapie appliquée pour la première fois à des patients autistes, ne pas restreindre le champ d'exploration de la nouveauté.

Quant à notre positionnement dans l'étude, il était celui de chercheur et interviewer. La position du chercheur est celle du sociologue, celle d'un regard extérieur sans a priori. Le participant, ici l'enfant en position d'expert, doit quant à lui évaluer la façon dont s'est déroulée la thérapie. Husserl [216] reconnu comme fondateur de la phénoménologie, a décrit une approche qui a pour but de saisir des descriptions d'expériences vécues. Il défendait la notion de « réduction phénoménologique », une suspension complète des croyances et perceptions du chercheur afin que les vues du participant puissent plus précisément se révéler. Ainsi, plutôt que de réduire un phénomène à un nombre ou une variable identifiable, et de contrôler le contexte dans lequel le phénomène est étudié, la phénoménologie vise à décrire le plus fidèlement possible les phénomènes et le contexte dans lequel ils ont lieu [217]. Même si les apports de cette approche sont évidents en termes de précision, il apparaît clairement que la neutralité totale du chercheur ne peut être possible de par sa condition, son histoire de vie comme ses projections [218], ses anticipations. Ainsi, outre notre rôle de chercheur et d'interviewer, nous sommes interne en psychiatrie. Il va de soi que notre formation comme

nos rencontres ont inspiré et bâti un intérêt fort pour notre étude comme pour ses participants.

Heidegger [219] et Gadamer [220] ont élargi le point de vue de Husserl, même s'ils réfutaient la valeur de sa « réduction phénoménologique ». En passant de la description à l'interprétation, loin de l'idée que la validité d'une recherche requiert du détachement, ils défendent l'idée que nous aurions besoin de notre propre expérience comme fondement contextuel pour donner du sens à quelque phénomène que nous observions. L'herméneutique de Heidegger était une interprétation du *Dasein*, (littéralement « être là »). Il affirme que nous ne pouvons donner de sens au « être là » si nous sommes détachés du monde. Gadamer, élève de Heidegger, accompagne cette notion des concepts utiles de préjugé, cercle herméneutique, et fusion d'horizons.

Le préjugé [220] se réfère aux connaissances préexistantes et aux idées préconçues dans lesquelles Gadamer [221] insiste pour qu'elles fassent partie intégrante du comment nous faisons sens du monde. Cette notion défend qu'une vraie compréhension ne peut prendre place qu'à partir de notre *préjugé*, nos anticipations, et non de l'extérieur. Ainsi, les connaissances et expériences acquises sont vues comme un bénéfice et non comme une forme de contamination ou biais de la recherche.

Le cercle herméneutique [221], se réfère à la connexion entre l'ensemble et la somme de ses parties. Le processus circulaire décrit que l'objet qui peut être étudié, ne peut être compris sans l'examen de chacune de ses parties, et qu'une partie ne peut avoir de signification si elle n'est examinée en considérant le contexte d'ensemble. Le cercle herméneutique se conçoit comme un aller-retour incessant entre l'interprétation et nos structures d'anticipations qui l'alimentent. Le chercheur est positionné dans le cercle, qui est décrit comme la *fusion d'horizons* [221]. La fusion des horizons, avec un horizon qui se

réfère à tout ce qui peut être vu d'une perspective particulière, implique l'approfondissement de la compréhension et une évolution de celle déjà acquise au préalable. L'idée est que nous restons ouverts aux significations présentes intrinsèquement à l'étude, avec une conscience aigüe de nos préconceptions, de notre préjugé de chercheur. Chaque acception, signification, unique ou cachée est comprise au travers du préjugé comme toile de fond. En fusionnant les préjugés du chercheur avec les résultats de son étude, le phénomène bénéficie d'une perspective nouvelle et singulière appelée fusion d'horizons.[222] La compréhension met ainsi en œuvre une « fusion » d'horizons, ceux de l'interprète et de son objet, où on ne peut pas toujours distinguer ce qui relève de l'un ou de l'autre.

Dans le but d'apprendre quelque chose de neuf, les précédentes expériences de chercheurs sont vues comme un atout plutôt que comme un fardeau, l'approche interprétative phénoménologique fondée sur les idées de Gadamer nous apparaît la plus appropriée dans notre étude. Alors que l'exploration de la question requérait une description du point de vue des enfants autistes, il nous est l'évident que c'est au travers d'une prise en compte et d'une interprétation de ce qu'étaient nos propres préjugés sur notre sujet d'étude comme de la position d'un chercheur que pouvait émerger une nouvelle compréhension du phénomène étudié.

CHAPITRE BIBLIOGRAPHIQUE

II. CHAPITRE BIBLIOGRAPHIQUE : Etat des lieux

A. Bibliographie MBT/ Etude qualitative

Nous avons retenu cinq études en croisant ces deux termes. Nous les décrirons par ordre croissant d'intérêt.

Deux études ont été menées par l'équipe danoise de AS Davidsen spécialisée dans les MBT[223], [224]. En ce qui concerne la première étude, il s'agissait de comparer les réponses de médecins généralistes et psychiatres aux déposes ou décharges émotionnelles de patients souffrant de dépression. Les verbatim d'entretiens filmés de 17 psychiatres et 13 médecins généralistes [MG] ont été analysés par analyse conversationnelle (en anglais conversation analysis [CA]). Il s'avère que les MG démontraient un plus grand engagement envers les émotions de leurs patients que les psychiatres. Ceux-ci avaient tendance à répondre aux verbalisations émotionnelles de leurs patients par la clarification de symptômes et par des contre-argumentations rationnelles quand les MG assuraient à leur patient comprendre leurs émotions ou reformuler leurs déclarations sans nécessairement les explorer. La démarche des médecins généralistes a donc été reconnue comme empathique et donc en cohérence avec l'approche MBT. L'étude recommande donc un entraînement à la mentalisation fonagyenne pour développer les compétences d'empathie des praticiens.

La seconde étude de Davidsen pose la question de « Comment des médecins généralistes comprennent leurs patients ? » à travers une étude qualitative à propos d'interventions psychologiques en pratique généraliste. 14 médecins généralistes furent sélectionnés pour des entretiens semi-directifs analysés ensuite par interprétation phénoménologique [en anglais Interpretative Phenomenological Analysis [IPA]. L'étude suggère encore ici une utilisation du concept de mentalisation, mais à des fins descriptives. En effet, observant dans les verbatim qu'une compréhension du patient émergeait souvent de récits délivrés dans différents styles narratifs reflet de l'état psychique du patient, Davidsen suggère que l'approche mentalisante pourrait être utilisée par les MG pour décrire leurs processus de compréhension de leurs patients.

Nous évoquons encore l'article de Taubner[225] décrivant la structure interne de la méthode développée pour évaluer les différences interindividuelles dans la capacité à mentaliser les relations d'attachement. Cette échelle en 11 points est basée sur les transcriptions de l'Adult Attachment Interview [AAI]. L'étude de Taubner porte sur un échantillon combiné de 196 sujets. Elle montre que le score global obtenu avait une bonne fiabilité interjuge, était relativement stable dans le temps et significativement réduit chez des personnes atteintes de troubles mentaux. Le codage de l'échelle se concentre sur la détection de marqueurs qualitatifs de l'interview qui s'avèrent être prédictifs du score global.

Enfin, les deux études qualitatives américaines de D. Warrender doivent être présentées pour leur résultats en faveur d'un apport significatif des MBT dans la prise en charge de patients TPL[218], [226].

La première étudie la perception de l'impact d'une formation aux MBT dans une équipe d'infirmières travaillant avec des patients atteints de TPL.

Des infirmières ont été formées dans un Workshop de 2 jours aux MBT : le *Mentalization-based therapy skills training*, aux MBT. Deux groupes de discussion évaluaient les perceptions de 9 infirmières du service via une Interpretation Phenomenological Analysis [IPA]. Les participantes ont jugé la méthode facile à prendre en main, améliorant leur confiance en elles dans la prise en charge des TPL. Les TBM sont jugées flexibles surtout pour les unités psychiatriques de long séjour dont l'environnement n'est pas toujours optimal pour la prise en charge des patients. On observe donc ici un intérêt essentiel pour les soignants avec un faible investissement en temps de formation et une assurance dans leur pratique quotidienne. Sans reprendre les thèses psychothérapiques institutionnelles sur la nécessité de « soigner l'hôpital » avant de prendre en charge les patients, cette efficacité va dans le sens des recommandations sur la prise en charge des patients psychiatriques chroniques.

Enfin, on retiendra l'étude « Interventions basées sur la mentalisation [MBI] dans la prise en charge de présentations aiguës d'automutilations récurrentes chez des patients borderline dans un service psychiatrique communautaire ». Cette étude sur 18 mois prouve l'apport et le bénéfice clinique des TBM en supplément de modèles de soins classiques chez des patients TPL ayant une propension à s'automutiler.

Trois groupes de discussion mensuels supervisés par des cadres de soins évaluaient la mise en œuvre et l'impact des TBM conjoints à des prises en charges de soins dits « classiques » ainsi que la façon de travailler des cliniciens avec les patients TPL. L'analyse qualitative des résultats est en faveur d'une compatibilité entre les soins classiques et les TBM. Les auteurs concluent à la compatibilité donc des deux approches et leur bonne acceptation par les patients. Les cadres de soins n'ont pas noté de dysfonctionnements intra-service ou dus aux MBI. Les MBI ont augmenté l'alliance thérapeutique entre patient et cadres de soins.

En conclusion de cette revue, il apparaît que ces études qualitatives pionnières sur la mentalisation dans la relation médecin-malade comme dans la prise en charge de patients TPL montrent à minima l'innocuité des approches MBT ou s'en inspirant. Elles génèrent par ailleurs des hypothèses de développement et de formation plaçant cette approche dans une perspective de nouvel outil thérapeutique crédible et pratique. Il paraît donc opportun dans notre étude d'attendre une exploration de ces dimensions. Les MBT sont-elles compatibles avec la pathologie autistique ? favorisent-elles la relation médecin-malade ?

B. Bibliographie Syndrome d'Asperger-Autisme de Haut Niveau / Etudes qualitatives

Pour compléter notre état des lieux, nous avons croisé les termes « syndrome d'Asperger / Autisme de Haut niveau » et « études qualitatives » dans une recherche pubmed élargie. Nous avons ici retenu douze références que nous avons pu classer en thèmes.

Nous notons ainsi qu'aucune de celles-ci ne portait sur une population d'enfants autistes mais sur des adultes ou adolescents atteints du syndrome d'Asperger [AS] ou diagnostiqués autistes à haut potentiel (en anglais High Functioning Autism [HFA] [227]–[232]. Sept de ces études avaient pour échantillon les parents d'autistes [232]–[237]. Par ailleurs, la plupart des études abordaient surtout les thèmes de la stigmatisation des AS ou HFA, le regard de l'autre ou la nécessité de son soutien en rapport avec un handicap [230], [232], [234], [235], [238]. Il en est ainsi des deux études de Griffith GM en 2012 : « We're all silently coping : Les expériences cachées de parents d'adultes ayant un syndrome

d'Asperger » et « I just don't feel anywhere : expériences de soutien et futurs besoins de soutien d'individus adultes d'âge moyen avec AS ». Ces deux études explorent chacune un versant individuel et familial de l'autisme par une méthode d'interviews de 3 mères et d'un couple d'autistes et de 11 adultes AS. La première étude conclue en six thèmes qui émergent des analyses qualitatives : parents fournisseurs de soins ou support cachés, rôle d'avocat, isolement social, relations intrafamiliales, support des parents, inquiétudes sur l'avenir. La seconde centrée sur les adultes AS fait émerger quatre métathèmes : vivre avec le syndrome d'Asperger, possibilité d'emploi, support général, futures étapes parmi le support d'adultes AS. Ces études concluent surtout au désir des AS adultes et de leur entourage de rester aussi indépendants que possible et l'éventualité d'une approche individuelle de support pourrait être grandement bénéfique.

Seule l'étude de Elwin se centre sur le vécu des symptômes par des autistes :

« récits autobiographiques d'expériences sensorielles dans le syndrome d'Asperger et les autistes de haut niveau. » Elle conclue à une hyper sensibilité de la vision, de l'écoute et du toucher. A contrario, une hyposensitivité était fréquente en réaction à des stimuli internes corporels comme l'interoception, la proprioception et la douleur. [231]

Il est à noter que contrairement à notre étude, tous les sujets avaient déjà un diagnostic AS ou HFA posé et reconnu par les patients. Ils se revendiquaient et se définissaient comme tels, ce qui n'est pas le cas dans notre étude hormis pour un enfant.

C. Discussion sur l'absence de l'étude qualitative des TBM chez des TSA.

Nous n'avons, à ce jour, pas retrouvé de références bibliographiques qui couplent les termes « MBT », « ASD » et « qualitative ». Plusieurs raisons peuvent expliquer cette infructuosité. Il existe peu d'applications des TBM en TSA et plus largement en pédopsychiatrie bien que des études sur TBM et adolescents borderline soient en cours [120]. Cela confirme que nous soyons dans une phase d'émergence du nombre d'études qualitatives en psychiatrie, mais aussi en pédopsychiatrie. Il n'existe, en outre et à notre connaissance, pas de dispositif de soins où un enfant se regarde avec son thérapeute, ce qui est le cas dans le nôtre.

CHAPITRE PRATIQUE

III. CHAPITRE PRATIQUE : Genèse d'un dispositif de soins et de recherche.

Dans ce chapitre, nous présenterons brièvement le dispositif de soins sur lequel s'est appuyée notre étude avant de présenter celle-ci. L'ensemble, couplé à l'étude qualitative des familles et l'étude quantitative menées sur le même échantillon, forme le « dispositif pilote de soins informés par la mentalisation chez des enfants autistes sans déficit intellectuel. »

A. Dispositif de soins

1. TBM chez l'adulte

a) TBM dans leur indication princeps : les troubles de la personnalité limites

Les TPL sont des troubles complexes caractérisés par une mauvaise gestion des émotions, une impulsivité, ainsi qu'une instabilité relationnelle.

Les TPL représentent un problème majeur de santé publique du fait des nombreuses comorbidités et complications engendrées (taux de suicide récurrent chez 69

à 80% des patients atteints de TPL, un taux de décès par suicide estimé à 10%), entraînant un nombre important d'hospitalisation. Chez les patients atteints de TPL, on note une capacité de mentalisation fragile en situation d'interaction sociale, ce qui en fait une cible thérapeutique pertinente. Les modalités des soins comprennent : un suivi individuel et de groupe, un plan de traitement et de crise ainsi qu'une consultation de thérapeutes.

b) Déroulement d'une séance de TBM proposée au patient TPL.

Avant le début de la prise en charge les capacités de mentalisation du patient sont évaluées, à l'aide d'échelles comme le RFQ.

Lors d'une séance de TBM, le clinicien et le patient choisissent un épisode dont le thème est pertinent.

Le clinicien cherche à faire narrer l'événement de manière détaillée et à objectiver quelle était l'expérience ressentie par le patient en relevant la dimension affective et les états mentaux concomitants à l'événement.

Le thérapeute est actif pendant la séance et adopte une « *posture de non-savoir* », c'est à dire qu'il découvre et accepte sans commenter la nature des états mentaux du patient.

L'objectif principal des TBM est de permettre au patient de stabiliser ses vécus émotionnels et états mentaux en l'aidant à contrôler un « *arousal émotionnel* » optimal dans le contexte d'une relation d'attachement sécurisante, c'est-à-dire ni trop intense ni trop détachée, avec son thérapeute.

Cela permettra au patient de gérer différemment (à l'aide d'une mentalisation plus souple) les situations sociales auxquelles il sera confronté.

2. TBM adapté à l'enfant

a) Dispositif de soins

Le dispositif de soins comprend trois dimensions de prise en charge (**fig. 3.1**) qui se veulent prendre en compte l'enfant et son environnement. Ainsi, ceux-ci ont bénéficié de 18 séances de mentalisation hebdomadaires de 45 minutes avec une thérapeute référente formée à la mentalisation (MT) et (RM). Mais il a également été mis en place un groupe d'habilités sociales[239], où les enfants étaient répartis en deux groupes à raison d'une heure par semaine. Enfin, le travail avec les familles s'articulait autour de séquences filmées (les mêmes qui ont été présentées aux enfants lors des IVE) choisies par les thérapeutes.

Figure 3.1 : Dispositif de soins informés par la mentalisation à 3 dimensions



**Séances informées
par la mentalisation
« TBM »:** consultation
de 45min/semaine



Habiletés sociales

Groupe d'habiletés sociales:
1h/semaine, 3 à 4 enfants par
groupe.



Travail avec les familles. Séance
de reprise des éléments
symptomatiques de l'enfant,
écoute des vécus familiaux.

b) Déroulement d'une séance-type TBM adaptée à l'enfant

Une séance de TBM se déroulait en trois temps de 15 minutes chacun limité par un timer (**fig.3.2**) :

- 1er temps : Narrative

Il comprenait une lecture à voix haute d'un mail envoyé par les parents, relatant une situation ayant entraîné une émotion forte qui dépassait les capacités de mentalisation de l'enfant. Une discussion autour de la « narrative » (mail envoyé par les

parents au thérapeute la semaine précédente) de la situation -problème où le thérapeute recherchait une explicitation de l'expérience et des vécus associés à cette situation.

- 2ème temps : Jeu de Rôle

Le thérapeute proposait une mise en scène par le « jeu de rôle » de la « narrative » évoquée permettant de rejouer la situation comme l'enfant l'avait décrite. Les diverses mises en scène cherchaient à proposer des scénarii alternatifs pour permettre à l'enfant de se prêter à une activité de mentalisation.

- 3ème temps : Temps Libre

Un temps libre était ici proposé, choisi par l'enfant avec ou sans médiation. Ce temps permettait d'observer les capacités de jeu et d'imaginaire de l'enfant ainsi que la sollicitation et la prise en compte de l'adulte.

Fig.3.2: Durée des trois temps d'une séance TBM type.



B. Dispositif de recherche

1. Conceptualisation de l'étude

Notre recherche avait pour objectif principal d'explorer le vécu, via la méthode qualitative d'interview en vidéoélicitation [IVE], d'un groupe de 7 enfants diagnostiqués TSA sans DI inclus dans un dispositif pilote de psychothérapie médicale informée par la mentalisation. Il a donc été mis en place une méthodologie qualitative par l'IVE complété d'un entretien semi-directif. Le recours aux méthodes qualitatives en recherche médicale est en croissante augmentation. Ces méthodes semblaient plus particulièrement adaptées à notre recherche en psychiatrie où les perspectives du patient sont centrales, dans le diagnostic comme dans le traitement [240].

Dans le cadre des séances de MBT appliquées aux enfants autistes, comprendre comment ceux-ci définissent la thérapie et leur vécu requiert de mieux comprendre la communication mise en place avec le thérapeute et comment les enfants interprètent et pensent les soins qui sont proposés.

Les IVE facilitent également l'investigation des événements durant les interactions et les fluctuations dans les pensées des participants comme les sentiments qu'elles suscitent. La mémoire d'une interaction comme la connaissance de ses propres processus mentaux sera de toute évidence imparfaite et imprécise [241], [242]. Les IVE peuvent ainsi faciliter un rappel plus précis, que les participants seraient susceptibles d'oublier ou dont ils pourraient avoir un souvenir galvaudé pendant des entretiens standards. Parallèlement, les participants révèlent souvent des aspects nouveaux, inattendus, des entretiens préenregistrés. L'outil de vidéoélicitation, est apparentable aux méthodes de Visual Narrative décrite en sciences sociales [195], [243], [244]. Le but de l'utilisation de l'IVE chez des enfants TSA sans DI ayant des difficultés de communication spécifiques était

pluriel : faciliter la verbalisation, être le support qui permette un rappel, une reviviscence et une réflexion du vécu de la séance de TBM projetée.

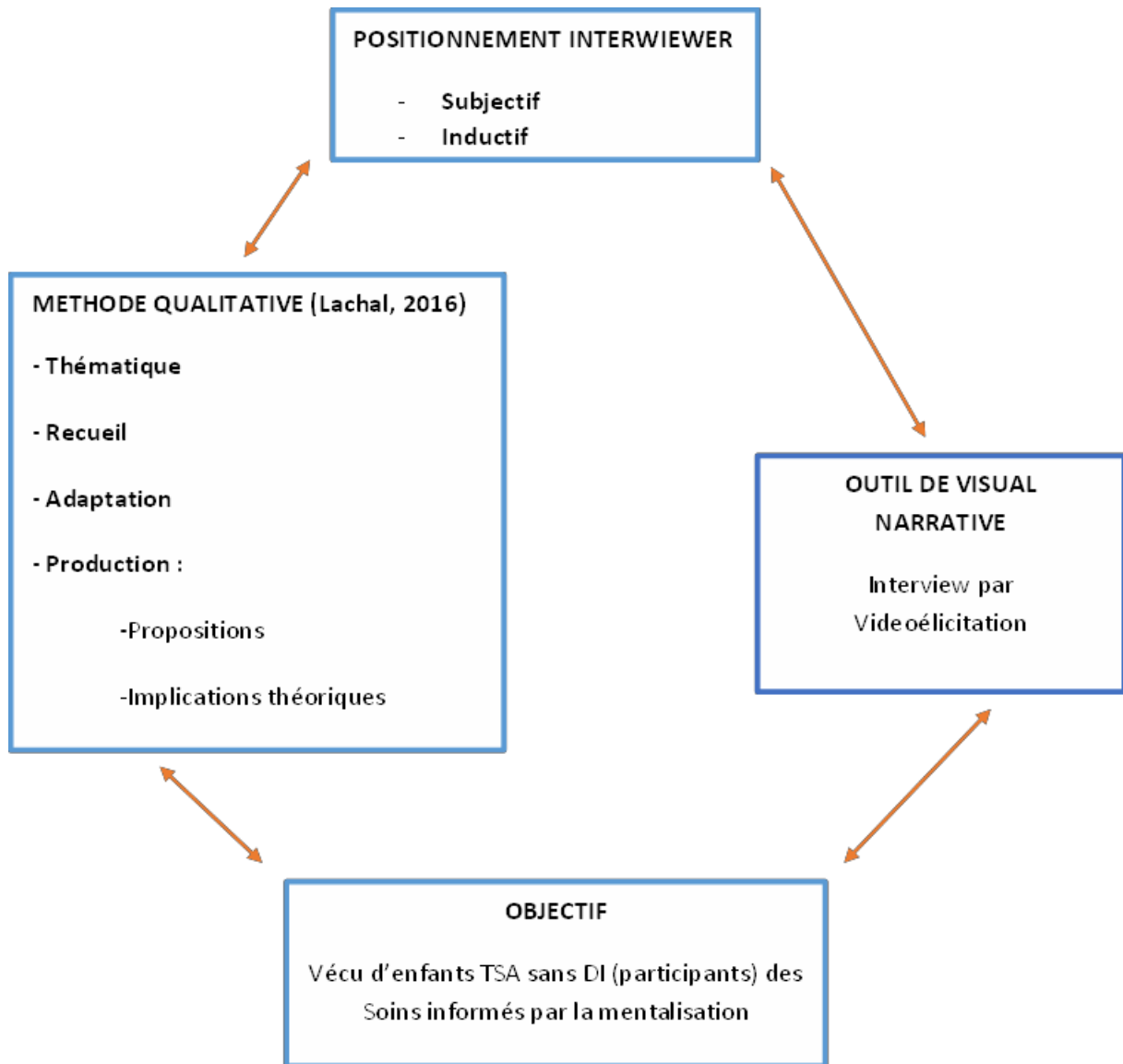
Dans la construction de grille d'entretien, et l'analyse des données, nous avons eu recours à l'IPA, une méthode qualitative reconnue, utilisée pour explorer en profondeur la manière dont les individus perçoivent les situations particulières auxquelles ils sont confrontés, et comment ils donnent du sens à leur monde interne, personnel et social [184], [245]. Le phénomène étudié dans notre investigation était l'expérience et le vécu des enfants autistes sans DI, c'est pourquoi une approche qualitative phénoménologique a été adoptée.

Concernant notre position conceptuelle et au regard du sujet de notre étude.

Nous étions à la fois interviewer et chercheur.

Notre étude a donc pour objectif principal d'explorer le vécu subjectif des soins informés par la mentalisation mis en place à l'ITTAC mais plus largement leur relation à l'autre. Plus largement, quel est leur intérêt pour un tel dispositif ? Quelles réactions et vécu suscite-t-il ? La vidéo sert ici de support à la recherche, facilitant la rencontre et le recueil des données.

Fig 3.3: Conceptualisation de l'étude qualitative



2. Méthode

a) Echantillonnage et sujets

L'échantillonnage a consisté en la sélection délibérée d'individus qui pourraient apporter la description la plus riche du phénomène étudié [246]. La technique d'échantillonnage a donc été déterministe. Les sujets représentaient des cas typiques du

phénomène étudié [247]). Ils ont été inclus par décision collégiale de cliniciens spécialisés et chercheurs du service de l'ITTAC. Deux thérapeutes formés aux TBM ont assuré respectivement le suivi de 3 et de 4 des enfants. Les enfants ont par ailleurs été inclus avec leurs familles, celles-ci participant également au dispositif de soins.

Nous avons inclus 7 enfants âgés de 6 à 11 ans présentant un diagnostic de TSA sans déficience intellectuelle confirmé par les critères diagnostiques du DSM 5.0, les échelles Wechsler Intelligence Scale for Children IV [WISC IV], Autism Diagnostic Interview- Revised [ADIR-R] ou Social Communication Questionnaire [SCQ], ainsi que des altérations dans les registres des perceptions sociales objectivées à l'échelle Developmental NEuroPSYchological Assesment 2nd Edition[NEPSY II] et à l'épreuve de Sally et Anne. Quand les QIT des WISC étaient ininterprétables, des matrices de Raven ont été passées pour donner une nouvelle évaluation de l'intelligence. Comme nous l'avons décrit dans notre partie théorique, Il n'existe actuellement aucune échelle validée évaluant la mentalisation chez les enfants, ni d'adaptation des échelles d'évaluation de la mentalisation des patients adultes[112]. Cependant, l'échelle NEPSY II et le test de Sally et Anne permettent d'évaluer la fonction réflexive et la théorie de l'esprit des enfants. Les enfants ont ainsi bénéficié de 18 séances de TBM en plus du soin habituel proposé (31 séances groupales d'entraînement aux habiletés sociales sur une durée de 10 mois) (**Annexe 2 : Frise chronologique**). Il était mené en parallèle de notre travail deux études : une étude quantitative sur l'amélioration de la perception sociale des enfants ainsi qu'une étude qualitative sur le vécu du dispositif par les parents.

Les patients et travailleurs en santé mentale supportent généralement bien l'idée d'un enregistrement des interactions médecin-patient [248], mais les médecins sont difficiles à recruter car ils s'inquiètent qu'un enregistrement vidéo puisse perturber le cours du travail ou créer des problèmes de responsabilité. [249]

Les patients ,quant à eux, semblent moins inquiets que les médecins par le fait d'être enregistrés [250] et sont souvent plus enclins à participer. Il est enfin à souligner, que contrairement à l'hypothèse émise par certains chercheurs et médecins que l'enregistrement pourrait influencer les comportements des participants [248], des études ont montré peu de preuves suggérant que cela puisse influencer sur les comportements [248], [250], [251]

La langue première des enfants était le français afin d'effectuer des entretiens en profondeur. Ils étaient issus de systèmes familiaux et milieux culturels différents afin d'avoir une meilleure représentativité du phénomène TSA. Ils ont été sélectionnés sur la patientèle de l'ITTAC que certains fréquentaient avant l'inclusion dans l'étude. Il a été proposé aux parents l'inclusion au dispositif de soins par les cliniciens de l'ITTAC en les informant de notre participation et du protocole de l'étude. Les sujets étant mineurs, le consentement écrit des parents a été demandé. Sept enfants et leurs parents ont accepté de participer au dispositif. Il est enfin à noter que contrairement aux études qualitatives jusqu'à présent menées chez des sujets adolescent ou jeunes adultes TSA, en raison de leur âge, les enfants ne s'identifiaient pas comme « Autistes » hormis l'un d'eux, ce qu'il a révélé au cours de l'étude. Ceci pourrait avoir pour explication le niveau de compréhension propre à l'âge des enfants ou l'annonce parfois récente du diagnostic qui leur avait été délivré en présence de leur familles.

Le matériel est composé de 21 entretiens. Ils correspondent aux trois temps d'interviews mis en place en début, milieu et fin de thérapie.

b) Recueil du matériel : collecte et gestion des données

Notre étude a été réalisée à l'aide d'entretiens semi-structurés précédemment décrits. Nous avons utilisé un outil original de recherche en psychiatrie : la vidéoélicitation.

Une haute qualité d'image d'enregistrements vidéo est nécessaire à la vidéoélicitation. Les enregistrements audio ne peuvent capter la gamme complète de communication verbale et non verbale pendant les interactions médecin-patient [252], [253] et sont peu adaptés au rappel durant les interviews. Médecins et patients doivent être enregistrés en une seule séquence vidéo. La caméra prévue à cet effet avait donc une qualité d'image professionnelle et possédait un angle de vue permettant d'établir un plan d'ensemble dans la salle d'examen ou un plan rapproché pour saisir les mimiques de l'enfant. La caméra était tenue par un étudiant en médecine ou un intervenant connu par l'enfant. 21 séquences en tout soit trois séquences par enfant. Les séquences correspondaient à des séances de soins informés par la mentalisation à trois temps de la prise en charge, soit le premier mois, le cinquième mois et le dernier mois de la thérapie (T1, T2 ; T3).

Les séquences ont été filmées dans le bureau habituel du thérapeute. L'enfant était prévenu par le thérapeute du jour de l'enregistrement. Enfin, les thérapeutes se réunissaient pour sélectionner des extraits de la séance qui durent de quelques secondes à 2 minutes à présenter aux enfants qu'ils trouvaient pertinents. Ces extraits étaient les mêmes qui seraient projetés aux parents des enfants.

Nous avons élaboré une grille de questions au préalable de chaque interview à partir des extraits choisis mais également des axes cliniques précédemment décrits (Imaginaire, Attachement, Emotions, Pensées, Narrativité). Ces grilles ont abouti à l'élaboration d'un guide d'entretien reprenant les thèmes élaborés **Tableau 3.4**. A chaque début d'enregistrement étaient refixées les consignes suivantes à notre endroit :

Rencontrer, raconter, faire le lien...

« Après chaque arrêt du film, je laisserai un temps ouvert à la réaction et aux propos spontanés des enfants : alors qu'est-ce que tu en dis de ça ? Dis-moi ce que tu en penses ? Est-ce que tu es comme ça d'habitude ?

Je leur expliquerai avant qu'on regarde, que juste après les arrêts, ils doivent me dire tout ce qui leur passe par la tête et qu'ensuite je leur poserai des questions.

Je viendrai ensuite aux questions structurées, fermées, que j'ai classées en fonction des axes d'évaluation et élaboré en fonction de ce qui était constaté sur l'extrait... Laisser assez libre, ne pas couper le discours avec les questions, en garder pour relancer le discours. »

L'IVE a été, quant à elle, conduite le plus tôt possible après l'enregistrement afin que la mémoire des participants soit encore récente. Soit dans les 15 jours suivant l'enregistrement de la séance [198]. Novice dans ce travail d'interviewer et afin de potentialiser la réussite d'une collecte de données de haute qualité, nous avons mis en place des entraînements en amont par des jeux de rôles au sein de l'équipe de recherche

et des simulations d'interviews. Le but était d'être capable de garder l'attention des enfants concentrée lors d'évènements choisis sur la séquence vidéo filmée. De même, trois réunions ont été organisées avec un spécialiste en recherche qualitative (JL) dont nous avons essayé d'appliquer les conseils. Peu d'informations sur l'histoire de vie ou les antécédents des enfants ne nous avaient été communiquées, hormis le diagnostic, au dessein de préserver au maximum un regard de neutralité envers les positions de chercheur que nous avons précédemment décrites. Nous sommes donc venus à l'ITTAC pour réaliser les IVE de chacun des enfants aux T1, T2 et T3.

Il avait été décidé que l'enfant soit interviewé en présence de son référent thérapeute qui faisait office de figure d'attachement connue, rassurante pouvant faciliter le discours dans le cadre de l'entretien. Le thérapeute avait consigne d'intervenir le moins possible mais pouvait émettre des questions ou suggestions qu'il trouvait pertinentes dans le contexte de l'interview.

Les séquences de film étaient projetées sur ordinateur avec un haut-parleur pour que le son soit intelligible. Ils constituaient la base des entretiens individuels qui duraient 1 heure. Nous disposions de deux enregistreurs audio pour la collecte des données afin de prévenir une panne ou la perte de certains verbatim inaudibles. Quelques dispositions dans le placement des enfants dans la pièce ont été adaptées au bout de trois IVE. Initialement, nous étions placés derrière ceux-ci pendant que le thérapeute, à leur côté, diffusait la vidéo. Nous avons ensuite constaté qu'en plaçant le thérapeute et l'interviewer de chaque côté de l'enfant, celui-ci fixait mieux son attention et la narration en était enrichie.

Au cours de la collecte de données durant l'étude, une évaluation sur la qualité des enregistrements audio plutôt que sur leur transcription a été conduite. Dans ce cadre, les chercheurs devaient prendre les précautions pour protéger l'identité des patients [248],

[254], [255]. Pour ce faire, les données étaient stockées sur un seul disque dur protégé en copie consultable seulement dans les locaux de l'ITTAC et mis sous clé. Des autorisations écrites et consentements des parents des enfants permettant une utilisation des enregistrements à des fins d'éducation, présentations scientifiques et analyses secondaires ont été demandés. Tous les documents écrits ont été anonymisés.

Quant à la conduite des entretiens semi-structurés, la discussion devait être très ouverte. Nous avions en tête les questions mais disposions d'une fiche de questions et d'un plan d'interview. Nous n'allions pas forcément au bout des questions préparées si un thème était abordé. Si nous gardions le contrôle de la diffusion des séquences, l'enfant pouvait intervenir pendant la projection du film qui était en général arrêté. Il pouvait encore revenir sur une séquence qui lui avait plu. Néanmoins, l'interview visait à entrer dans le monde interne des sujets. En conséquence, les enfants pouvaient aisément prendre la direction de l'entretien, introduire un thème auquel nous n'avions pas pensé. Ils étaient institués en experts du vécu d'expérience et il leur était permis de raconter leur propre histoire ou de faire allusion aux anecdotes qu'ils entendaient. Cette forme d'interview a pour but de faciliter l'empathie, rendre flexible l'échange et la découverte de nouveaux thèmes et d'induire une plus grande richesse des données. Les chercheurs, pour leur part, étaient libres d'investiguer un thème apparaissant qui leur semblait pertinent, comme ils pouvaient suivre les intérêts ou les préoccupations des sujets. Nous nous sommes servis ici du travail de J. Lachal comme démarche étalon [184].

Tableau 3.4 : Guide d'entretien

<u>Imaginaire</u> : Raconte-moi une histoire inventée ? Que veux-tu faire plus tard. As-tu des rêves ?	<u>Intérêt vidéo</u> : la vidéo te plaît-elle ? Y a-t-il d'autres moments où tu regardes des vidéos ?
<u>Fonctionnement de pensée</u> : Comment se déroule une séance avec le Dr. X ? Qu'est-ce que vous faites ?	<u>Alliance thérapeutique</u> : Dis-moi ce que tu penses du Dr. X, pourquoi viens-tu ici ?
<u>Attachement</u> : T'arrive-t-il que quelqu'un te manque ? Pourquoi ?	<u>Changements depuis le début de la thérapie par rapport aux autres soins (à partir de T2 et T3)</u> : As-tu remarqué des changements dans ta vie depuis que tu viens ici ? Comment as-tu vécu le soin ?
<u>Emotions</u> : décris-moi ton émotion en ce moment ? sur la vidéo ?	
<u>Narrativité</u> : As-tu quelque chose, une anecdote que tu voudrais nous raconter ?	

Les entretiens se déroulaient au CMP ITTAC de Villeurbanne. Ils étaient menés par un interviewer (LMMM), entre novembre 2016 et juin 2017.

c) Analyse

Nous décrivons ici chaque étape en obéissant au principe qualitatif de saturation des données. Les titres des phases qui s'inspirent des conseils du Dr.Lachal et de l'ouvrage de G. Rose[243], ont été élaborés a posteriori de la recherche et n'ont ici qu'un but didactique. Les processus en œuvre étaient dynamiques et cycliques avec chaque transcription. La démarche d'analyse était inductive, l'analyse des données de la littérature ayant été faite a posteriori.

(1) Phase transcription, vérification et imprégnation

Les entretiens étaient enregistrés avec la permission des participants et transcrits sous forme de verbatim mot pour mot en français, à l'aide d'un logiciel de traitement de texte. Cette première étape consistait à vérifier la précision de la transcription à l'aide des enregistrements audio. La retranscription démarrait à partir de la première question, de la première parole de l'enfant ou du premier enregistrement vidéo visionné de la séance et se terminait au départ de l'enfant. Les verbatim des enfants étaient numérotés et surlignés en dégradé de gris pour faciliter leur analyse. Quand une parole de l'enfant n'était pas reconnaissable à l'enregistrement audio, il était marqué la mention « *inaudible* » (sur les 21 entretiens cette mention apparaît sur 5 verbatim). Il était laissé libre cours dans notre retranscription à l'élaboration de didascalies (ex : s'esclaffant, mimant) inspirées des propos de l'enfant et de notre souvenir de l'interview s'il y avait lieu. Les transcriptions des IVE étaient ensuite lues à plusieurs reprises pour s'en imprégner.

(2) IPA : Phase d'annotations et de codage

Les verbatim étaient ensuite analysés en utilisant. Nous étions le chercheur principal de cette étude (LM). Nous avons été assistés dans celle-ci par trois autres chercheurs (MT), (CJ), (RM). MT et RM. Etant également thérapeutes, elles ont analysé en croisement les premiers entretiens des enfants qu'elles ne suivaient pas. Les verbatim étaient ensuite codés pour identifier des descriptions, des interprétations qui étaient annotées en marge de texte. Cette étape était proche d'une analyse textuelle libre. Elle a été réalisée sur les trois premiers entretiens T1 (MT, CJ, RM) de l'enfant. Des significations pouvaient apparaître à chaque lecture. Les thèmes récurrents [256] étaient ensuite repérés dans les différentes transcriptions. Ces thèmes étaient élaborés par un partage du phénomène en question entre les interviews des participants.

(3) Phase de rapprochements thématiques :

Les thèmes étaient ensuite regroupés ou transformés en fonction des discussions des chercheurs. Il s'agissait à cette étape d'une démarche plus analytique, l'objectif des chercheurs était double : donner du sens au lien entre chaque thème ou en faire émerger une idée directrice et aboutir à des thèmes qui faisaient consensus au sein de l'équipe. Il s'agissait encore de mettre en évidence les similarités et les différences des récits narratifs des participants. Les chercheurs tentaient de mettre en lumière des schémas redondants, tout en intégrant également des interrogations émergentes.

(4) Phase d'élaboration de sondes

Afin de renforcer la validité, des réunions mensuelles avaient lieu au CMP ITTAC où nous rediscutions des thèmes et de l'agencement de ceux-ci. Il fallait s'assurer de l'uniformité et de la cohérence de l'analyse en veillant à ce que les thèmes soient le reflet

précis des données et que l'analyse ne soit pas confinée à notre seule perspective. Des codages initiaux (environ 600) des premiers entretiens a émergé une quinzaine de « sondes » qui ont servi à élaborer les questionnaires des IVE des T2 et T3. Les résultats ont ensuite été débattus afin de mettre en évidence les clarifications et modifications nécessaires des thèmes. Une démarche prudente de distinguer ce que le sujet disait, et ce que le chercheur en interprétait, concourait à l'amélioration de la validité [217].

(5) Phase de discussion et d'ajustements en thèmes et métathèmes.

Après les T2, les thèmes ont été regroupés en des premiers axes ou métathèmes dans des tableaux. Dans ceux-ci, une relecture des premiers entretiens a eu lieu pour y classer les codes que nous avons trouvés initialement. Nous avons élaborés des tableaux de thèmes qui évoluaient en fonction de nos échanges et de notre pensée.

(6) Phase de consolidation ou réajustements

Les thèmes ont encore été rediscutés et modifiés à distance, après les T3 et la fin des entretiens. Enfin, des extraits de verbatim ont été choisis pour leur représentativité des thèmes trouvés. Ils sont produits dans les résultats ci-dessous. Nous avons tenu compte des recoupements ou des éloignements des données. L'étape finale était la présentation cohérente et ordonnée des thèmes [217]

3. Résultats

Sept garçons ont été recrutés pour l'étude, et 21 entretiens ont été réalisés aux trois temps de la psychothérapie. Au moment de l'inclusion, trois étaient âgés de 7 ans, les autres de 6 ans et demi, 8 ans et demi, 9 ans et demi et 11 ans. Les caractéristiques démographiques et psychométriques sont présentées dans le **tableau 3.5**.

Tableau 3.5 : Données socio-démographiques et psychométriques

N°	Age	Sexe	Echelle Diagnostic d'Autisme SCQ/ADI-R	WISC IV	Matrices de Raven
1	6 ans 1/2	Masculin	SCQ=16	QIT=96 IMT=82 IVT=73 ICV=103 IRP=107	Capacités intellectuelles moyennes fortes
2	9 ans 1/2	Masculin	SCQ=18	QIT=126 (non significatif, profil hétérogène) IMT=109 IVT=100 ICV=118 IRP=142	Capacités intellectuelles supérieures
3	11 ans	Masculin	SCQ=18	QIT non interprétable, profil hétérogène IMT=112 IVT=121 ICV=138 IRP=132	Capacités intellectuelles moyennes fortes
4	8 ans 1/2	Masculin	ADI +	QIT non interprétable IMT=91 IVT=93 ICV=101 IRP=126	Capacités intellectuelles nettement au-dessus de la moyenne
5	7 ans	Masculin	ADI +	QIT non calculé, profil hétérogène IMT=97 IVT=non calculé ICV=118 IRP=non calculé	Capacités intellectuelles moyennes
6	7 ans	Masculin	SCQ=16	QIT=102 IMT=97 IVT=103 ICV=106 IRP=96	Capacités intellectuelles moyennes faibles
7	7 ans	Masculin	ADI +	QIT=non calculé IMT=100 IVT=non calculé ICV=108 IRP=116	Capacités intellectuelles moyennes faibles

Nous avons par ailleurs regroupé les 7 thèmes issus de notre analyse en deux axes dits métathèmes illustrés dans **le tableau 3.6**.

Tableau 3.6 : Tableau de thèmes et métathèmes de notre étude

<u>Une clinique de l'enfant autiste</u>	
<i>Des représentations des autres</i>	On ne peut affirmer qu'il y ait une absence de théorie de l'esprit mais bien une représentation propre des affects et comportements d'autrui.
<i>Des représentations de soi-même</i>	Il existe également des représentations des contenus mentaux propres aux enfants, intrapersonnelles.
<i>Intérêt pour l'autre</i>	Par la rivalité au sein d'une fratrie, la jalousie, la recherche d'une amitié, les enfants ont manifesté un intérêt pour leurs pairs, parents et entourage.
<i>Manifestations s'opposant à la rencontre, au tissage du lien avec l'autre (famille, thérapeute, pairs)</i>	Outre la symptomatologie autistique classique ont été constatées des conduites s'opposant à la construction d'une rencontre : de l'incivilité à la transgression active.
<u>Ce que le dispositif fait émerger</u>	
<i>Les effets du dispositif observés par l'enfant ou les propos qui s'y rattachent</i>	Ce qu'a fait émerger le dispositif chez l'enfant, change ment, amélioration ou inefficacité perçue
<i>Intérêt positif ou négatif pour la vidéo</i>	Intérêt et appétence globale pour la vidéo qui fixe, facilite le discours.
<i>Vécus de stigmatisation, douleur, identification</i>	Expériences d'exclusion, définitions propres de leurs symptômes qu'ils s'approprient ou de leur état d'autiste.

Une clinique de l'enfant autiste

a) Des représentations des pensées des autres

La représentation est l'action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe. Cette représentation est nécessaire à envisager, comprendre, deviner ce que sera l'action ou la réponse de l'autre à notre endroit. Nous avons constaté ici une capacité de l'enfant à se représenter, à imaginer une idée propre de ce que pense l'autre.

Enfant 5 T1: « Et le monsieur il a dit « on serre à gauche » moi j'ai deviné dans ses pensées ce qu'il voulait dire. »

On voit ici une analyse froide, cognitive de l'état mental d'autrui, une appropriation de sa pensée. Mais penser l'autre, le deviner permet d'agir en fonction de lui, ou de se sentir en connivence avec lui. Se représenter la pensée de l'autre permet aussi de se l'approprier, le penser comme égal à soi-même, ressemblant à soi-même, de le comprendre :

Thérapeute « Tu veux dire qu'il faudrait te ressembler un peu pour mieux se comprendre ?»

Enfant 2 T2 « Oui, surtout les jumeaux ils peuvent se comprendre.(...) à plus de 60%. (...)Je crois que le maximum ce serait 80. »

- Thérapeute* « D'accord. Et les faux vrais jumeaux là comme tu disais, ton ami ? tous les deux tu penses que vous êtes à combien ? »
- Enfant 2 T2* « Entre 60 et 30(...) Des fois ça peut être entre 10 et 30, soit, je crois que le maximum qu'on a fait c'était 71, je crois qu'on a plusieurs fois fait, trois fois 71.(...) Ben c'est que ça se voyait qu'on se comprenait quoi. (...)Ah oui ! Une fois parce qu'on s'était fait insulter tous les deux et c'est là qu'on s'est compris. On s'est regardés et on s'est compris. »

Ainsi, les enfants saisissent une complicité, une ressemblance avec l'autre par sa compréhension mais vont chercher les indices de cette compréhension :

- Interviewer* « Et alors, là du coup, à ce moment-là, le Docteur X, à ton avis, qu'est-ce qu'elle ressentait ? A quoi elle pensait ? »
- Enfant 2 T1* « Alors là, faudra que je regarde son visage. »

Et quand il n'y a pas d'indice à portée, il y a la capacité de distinguer une pensée propre à chaque individu, de se représenter une individualité, non seulement physique, mais aussi dans la représentation de son jugement et de son ressenti qui ne peut être obtenu qu'auprès de lui.

- Thérapeute* « Maman elle n'est pas sur l'image c'est vrai. Donc ça t'aide quand il y a un support ? Avec des images ? (A propos du matériel de la bande dessinée muette qui met en scène un personnage appelé Petit poilu.) »
- Enfant 3 T2* « C'est pas plutôt que ça m'aide c'est plutôt que je veux dire qu'on peut pas voir l'action maintenant. Avec Petit Poilu c'est pas on se dit ce qu'il est en train de faire, et ce qu'il pourrait s'imaginer alors qu'il est en train de faire telle chose parce qu'on le voit. Voilà.»
- Thérapeute* « Je comprends ce que tu veux dire, ce qui est difficile c'est quand on ne voit pas l'autre en fait et du coup s'imaginer sans voir sans avoir retenu un petit peu quelque chose de ça c'est difficile. Tout à fait. »

Enfant 3 T2 *« C'est difficile de poser des questions à quelqu'un alors que ce serait plus facile de les poser à la personne concernée. Par exemple, qu'est-ce qu'elle pourrait se dire ma maman quand je joue aux jeux vidéo, on n pourrait lui poser la question à elle et pas à moi. »*

Mais les enfants se heurtent aussi à l'inaccessibilité de la pensée d'autrui, qui si elle peut être interprétée, devinée, ne peut être lue ou vue.

Enfant 5 T2 *« Oui. Ben oui, on peut pas viser les choses dans une autre tête. »*

Interviewer *« Ah ben non. Pourquoi on peut pas faire ça ? Explique-moi. »*

Enfant 5 T2 *« Parce que il faut, il faut voir s'il y a des places dans ses pensées, dans les pensées des autres, pardon, et comme on peut pas voir. »*

A côté de ces représentations factuelles, nous avons mis en évidence des représentations de contenus mentaux plus affectivés, associés aux émotions.

Enfant3 *T2* *« Vous aussi vous avez un geste qui dit que vous êtes stressée. »*
(parlant *du*
thérapeute)

Certains enfants ont encore produit des représentations élaborées allant jusqu'à la personnification et l'émergence d'un jugement de valeur construit.

Enfant 2 T1 « Ben un chat sa tête, elle a l'air triste (...). Alors déjà un chat c'est innocent toujours à part quand il fait des bêtises, ça arrive, même pour les humains. C'est très mignon, c'est tout doux, tout poilus nous on n'est pas doux du tout, nous on est chiants des fois. On se dispute, on dit des gros mots. Alors qu'eux non. Donc en fait, t'out ce qu'on n'aime pas bien eux ils aiment bien. Nous euh...on tue des gens et eux ils tuent personne, nous on pollue la planète, on détruit on en fait qu'à leur tête, on est des racailles les chats pas du tout. Pour moi, ça va, ça vaut plus que les humains. Les humains, même moi j'avoue que je vau pas plus qu'un chat. »

Il se dessine alors une réelle élaboration de pensée subjective bien que catégorique, voire clivée et rigide dans certains verbatim.

Thérapeute « Est-ce qu'il y a des situations où on arrive mieux à se comprendre ? Dans la vie ? »

Enfant 3 T2 « Euh...Quand quelqu'un est triste par exemple. (...)Si c'est un moment joyeux, on voit que la personne est contente. Après on peut sourire pour pas sourire en étant triste. »

On retrouve encore des appréciations affectives nuancées, variées, plus proches d'un réel de la relation et qui témoigne de d'adaptabilité de l'enfant en fonction de l'interlocuteur. On est proche ici d'une pluralité interprétative, d'une pragmatique du langage et d'une sémantique qu'on retrouverait chez des enfants non autistes.

b) Des représentations de soi-même

De la même façon qu'on retrouve des représentations de l'autre dans le discours révélé par le dispositif, on objective des représentations que l'enfant a de ses propres états mentaux. Il s'agit d'interprétations de ses ressentis comme d'élaborations plus complexes de théories propres du comment décoder autrui ou son incapacité à le faire:

Enfant 2 T1 : *« Moi ? Là, je vois que je me comprends moi. »*

Enfant 3 T3 : *« Avant, j'avais du mal à me rendre compte quand j'étais en colère, j'étais un peu dans mes jeux vidéo. J'avais du mal à voir ce qui était en moi. »*

Enfant 5 T2 : *« J'ai même envie d'être dans ta tête »*

Sur d'autres verbatim c'est une incapacité à comprendre l'autre qui est en jeu, un autre qu'il n'est pas en capacité de décoder. Ceci témoigne encore d'une différenciation de l'autre et donc de vécus intra personnels qu'il ne peut partager.

Interviewer : *« Toi, tu penses des fois, t'arrives à savoir ce qu'il y a dans la tête des gens des fois ? (Enfant secoue la tête) Ah non tu sais pas ce qu'il y a dans la tête des gens. D'accord, ok. Et maman ou papa, t'arrives à deviner ce qu'ils ont dans la tête ? »*

Enfant 1 T2 : *« Hum, hum. »*

Interviewer : *« Non ? »*

Enfant 1 T2 : *« Parce que c'est mes parents. »*

Interviewer : *« C'est parce que c'est tes parents ?*

Enfant 1 T2 : « Oui. J'arrive pas à rentrer contact dans leur peau. »

Interviewer : « T'arrives pas à rentrer contact dans la peau de tes parents, à te mettre à leur place ou à ? Ça veut dire quoi rentrer contact dans leur peau ? »

Enfant 1 T2 : « Dire, par exemple, s'ils étaient moi. »

Encore, certains enfants semblent posséder ou s'être appropriés la notion d'empathie au sens littéral du terme : faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. Ainsi en témoigne l'exemple suivant où le sujet fait référence à « L'homme aux oiseaux de Melvin Burgess », un conte pour enfant, en restituant une métaphore acquise. Dans celui-ci, le jeune Ivan achète un oiseau à un oiselier afin de le libérer. L'oiselier fait promettre à l'enfant de libérer le volatile s'il lui offre. L'enfant prête alors serment mais, in fine en sa possession, ne le libère pas. L'homme aux oiseaux pour le punir d'avoir failli à sa parole transforme Ivan, à son tour, en oiseau.

Thérapeute (commentant un extrait vidéo) : « C'est ça se mettre à la place de. J'ai essayé de me mettre à ta place pour essayer de te comprendre. C'est dur hein ? »

Enfant 4 T1 : « Comme l'oiseau, comme le rouge gorge là, en fait là mon oiseau ils les ont échangées les places pour euh. »

Thérapeute : « Oui ! Explique-nous. »

Enfant 4 T1 : « Ben en fait, Ivan il avait cédé aux tentations ça veut dire qu'il l'a pas fait, il l'a pas fait. En fait il a dit « à votre place je libèrerai les oiseaux » et ensuite dans sa tête l'homme -oiseau il a pensé « non il va pas le faire ». Et en fait c'était vrai il l'a pas fait. Il a dit ensuite il a entendu l'oiseau chanter, il a dit je vais le garder quelques jours et enfin il a dit je vais le garder pendant plusieurs jours, et après la nuit mon oiseau il a dit « t'as cédé aux tentations », ensuite il a mis l'oiseau sous la pression des doigts et après il a grandi et il s'est transformé

en garçon, le garçon lui il s'est transformé en oiseau. Ils se sont échangés les places. »

Enfin, nous avons regroupé dans ce thème les propos en rapport avec la notion de souvenir, de mémoire qui inscrivait l'enfant dans sa propre continuité. Par le souvenir, une représentation de lui-même et de l'autre existe en lui, que ce soit la mémoire d'un moment de leur échange passé comme en prévention d'une séparation future. Il en est ainsi dans l'exemple suivant où l'enfant offre un gobelet à l'interviewer lors du dernier entretien.

Enfant 5 T3 : « Comme ça à chaque fois que tu voudras boire dans ton gobelet tu te rappelleras, de, de ces moments. »

Interviewer : « Et oui. »

Enfant 5 T3 : « Même du moment où j'ai, où j'ai dit que tu allais avoir le gobelet. »

Interviewer : « D'accord. Ok.(...)C'est très gentil. Et pourquoi tu veux que je me rappelle d'ici ? »

Enfant 5 T3 : « Pour, pour bien que tu t'en rappelles, pour bien que tu penses à nous. »

c) Intérêt pour l'autre

Il s'agit ici de tous les propos se rapportant à une considération d'autrui. Qu'elle soit positive dans une recherche ou reconnaissance d'amitié ou à connotation négative dans des sentiments de jalousie et de rivalité.

Enfant 4 T3 : *« Par contre ma mère elle a eu le temps de jouer avec Lina au labyrinthe. Lina elle a des moments que moi j'ai pas. »*

Enfant 4 T2 : *« Et ben, le problème c'est qu'il va déménager à Vienne et moi je voudrais être son copain, c'est ça. »*

d) Manifestations s'opposant à la rencontre

Nous avons non seulement regroupé sous ce thème des symptômes plus typiques de la clinique autistique comme le défaut de narrativité, la rigidité, les éprouvés de persécution ou une imperméabilité du discours, mais également des manifestations comme l'opposition passive, les propos de comportements transgressifs voire délictueux comme certaines incivilités (moqueries, toute puissance), ou des falsifications avérées. La commune résultante de ces thèmes était l'évitement, le rejet ou le mépris de règles de communication propre à instaurer un intérêt commun et pérenne dans la relation à autrui.

Enfant 4 T2 : *« Et aussi qu'après il y avait quelqu'un qui va entendre les mails va dire à l'autre, et il va dire à l'autre et toute la France il va se moquer de l'e - mail que ma maman elle a fait et ensuite dans d'autres pays ça va se passer encore encore et après je vais me retrouver dans l'espace, Rires. »*

Enfant 6 T3 : *« Moi j'en vole un au marché. »*

Interviewer : *- « T'as volé un hand spinner au marché ? »*

Enfant 6 T3 : *- « Ouais... Y'a 5 étapes. D'abord. Ou 4 étapes. D'abord il faut que beaucoup, y'a beaucoup de gens autour des hand spinners, après il faut que le vendeur soit loin et qu'il parle à quelqu'un d'autre. On prend en cachette le hand spinner, après on marche tranquillement et après on rentre dans notre maison. »*

Ce que le dispositif fait émerger

a) Les effets du dispositif observés par l'enfant ou les propos qui s'y rattachent

D'un sentiment d'amélioration de leurs relations aux autres à celui d'improductivité sur les problèmes qui les avait amenés à voir le thérapeute, les enfants étudiés ont eu des vécus différents du dispositif. Ce vécu a pu varier aux cours des temps d'interview. Il n'en reste pas moins que celui-ci les place au centre du soin. Il a permis d'objectiver leur appréciation critique de la méthode de thérapie, de l'institution comme de leur thérapeute référent.

Enfant 4 T2 : *« Ben le Docteur X elle sert à faire comprendre ce qui se passe. (...)Essayer de régler les problèmes.»*

Interviewer : *« Régler les problèmes d'accord. Alors et toi depuis que tu viens ici tu te sens mieux ? »*

Enfant 4 T2 : *« Oui car les problèmes sont réglés. »*

Enfant 3 T3 : *« Oui. Ça s'est amélioré. »*

Interviewer : *« Ça s'est amélioré, d'accord. Ok. Et, à l'école ? »*

Enfant 3 T3 : *« Oui aussi. »*

Interviewer : « Aussi. Y'a des trucs qui se sont améliorés. Ça s'est amélioré dans quoi exactement ? »

Enfant 3 T3 : « Euh... Ben avec les autres personnes. J'arrive mieux à comprendre ce qu'elles ressentent et tout ça. Et même les problèmes aussi, c'est -à- dire, je vais dire, euh, j'arrive mieux à les comprendre. »

b) Intérêt pour la vidéo

Certains enfants ont montré une appétence et un intérêt pour la vidéo. Ils confiaient aimer se regarder, se rappeler. Deux enfants ont quant à eux rejeté l'outil. L'enfant 2 a éprouvé du dégoût pour sa voix. L'enfant 7 disait vouloir éviter de revoir des séquences qui lui étaient désagréables, notamment des enregistrements où il pouvait être très dispersé ou physiquement violent avec son thérapeute. Pour ceux -ci nous avons recentré les entretiens sur les grilles semi-structurées.

Enfant 5 T1 : « Oui ça me fait bizarre, j'en ai marre parce que je voudrais voir le film complet. Il reste plus beaucoup de minutes. Ben si..... tout ce qui me plait c'est toi et les films bien entendus ... (s'adressant au thérapeute) »

c) Vécu de stigmatisation, douleurs, identification

Comme nous l'avons signifié plus haut, une des particularités des sujets de notre étude est qu'ils ne s'identifient pas comme « autistes » à priori. Ils ont cependant tous décrit dans leur propos des éprouvés d'expériences d'exclusion, de stigmatisation et/ou de douleur à leur endroit. Ils en parlaient avec plus ou moins de facilité. De plus, ils évoquaient tous un symptôme qui motivait la consultation, volontiers moins connoté que

celui d'autisme: dyspraxie, tics, émotions ... Toutefois, l'enfant 7 a pu verbaliser en T3

« être autiste », ce qu'il vivait comme une particularité le rendant unique.

Verbatim sur la moquerie

Enfant 2 T2 : « ben moi on s'est moqué de moi des milliers de fois et je peux vous dire ça me fait pas plaisir. »

Verbatim sur le symptôme

Enfant 1 T1 : « C'est surtout pour les trucs comme ça que moi je viens. C'est surtout pour les émotions. »

Enfant 2 T1 : « Ça c'est un tic que j'essaye de me débarrasser. »

Enfant 3 T1 : « Comme je suis dyspraxique, j'aurais eu facilement mal à la main. »

Verbatim sur l'identification

Interviewer : « Donc c'est quoi l'autisme ?

Enfant 7 T3 : - C'est, euh, c'est un handicap, c'est une maladie. En fait, y'a des enfants autistes qui savent pas trop grand-chose. Par exemple, c'est la vraie vie, par exemple, moi les autres ils disent quelque chose et moi je ne comprends pas. »

4. Discussion

Notre recherche avait pour objectif d'explorer le vécu d'enfants autistes sans déficit intellectuel pris en charge par des soins informés par la mentalisation, à partir d'une méthode qualitative originale, la vidéoélicitation. Nous avons isolé deux niveaux d'analyse et de compréhension.

Axe 1 : Une clinique de l'enfant autiste : des représentations de soi-même à l'auto-ToM...

Le premier niveau concerne une clinique des enfants autistes au travers de représentations des états mentaux de l'autre et de soi-même. Les résultats montrent la présence de ce que nous pouvons qualifier de théorie de l'esprit chez ces enfants et donc d'une capacité à se représenter les contenus mentaux d'autrui au sens de Baron Cohen. En effet on constate une capacité à se représenter les états mentaux d'autrui et donc à se mettre « à la place » de l'autre par identification, mais encore la capacité à distinguer ses propres états mentaux et croyances de ceux d'autrui. Dans notre étude, contrairement à ce que décrit la littérature [146], nous n'avons pas trouvé de ToM dite affective plus déficiente que la ToM cognitive. Nous pensons que la méthode qualitative choisie nous a permis, en élargissant le spectre d'observation à la parole de ces enfants et de leur vécu d'une psychothérapie, d'en venir à cette réfutation.

De plus, les représentations de soi-même décrites dans nos résultats, nous ont amené à discuter la pertinence de l'entité élaborée par N.Georgieff, celle d'auto-théorie de l'esprit ou auto ToM, « représentation des actions et intentions propres du sujet », une nouvelle dimension fonctionnelle liée à la représentation d'autrui [257].

En se posant la question de la « lecture de l'esprit [258] : processus cognitif qui assure l'attention à l'autre et la représentation de l'esprit par l'esprit », il émet l'hypothèse d'une nouvelle dimension fonctionnelle liée à la représentation d'autrui. L'auto TOM se définit ici en tant que mode d'appréhension et de compréhension du comportement humain reposant sur des logiques propres. En effet, ce travail l'a mis en lumière, ainsi qu'en témoignent les verbatim du métathème de représentation de soi, les enfants semblent bien percevoir leur propre conception de leurs éprouvés et de leurs états mentaux intrapersonnels pour décoder autrui.

En conséquence, les enfants autistes sont ici à la fois récepteurs d'informations sociales ou relationnelles (ToM), mais aussi émetteurs, en partageant leur propre activité mentale (autoToM). Ce qui amène à considérer une approche intersubjective telle que décrite par N. Georgieff [51], [259]. La notion de théorie de l'esprit éclaire ici la présence d'un niveau méta-représentationnel dans la clinique autistique. Le discours des enfants s'organise ainsi en fonction des croyances, intentions, représentations du monde qu'ils prêtent à leur interlocuteur. C'est un constant réajustement aux indices que le discours, les mimiques, le comportement de l'autre donnent sur ses états mentaux. Mais encore, ils semblent appréhender la relation à l'autre par des représentations d'eux-mêmes singulières. Nos résultats montrent qu'ils sont capables d'imaginer des hypothèses construites pour décoder autrui et se concevoir comme individu différencié inscrit dans la continuité du temps. Nous soutenons donc la thèse de modalités de fonctionnement d'emblée différentes et originales plus que « de compensation » d'une perspective neuropsychologique classique.

Une autre implication théorique concerne le système de dimensions et axes élaboré par Fonagy, les notions de ToM et d'AutoToM présentent des analogies avec les pôles de mentalisation de l'axe 3 (interne et externe). Notre étude ouvre donc la voie à l'élaboration d'un tel système de compréhension dans le champ de l'autisme, et sa pertinence par d'autres évaluations et travaux [260].

***Axe 2 « Vécu du dispositif » : Intérêt de la vidéo concordant
avec la littérature.***

Le second niveau concerne le vécu du dispositif. On constate ici que les enfants autistes de notre étude ont globalement un intérêt marqué pour la vidéo. Cela confirmerait les observations de certains auteurs [167], [261], [262]. Leurs études menées chez des enfants, adolescents et jeunes adultes Asperger ou autistes de haut niveau suggèrent que l'utilisation d'une immersion vidéo comme outil d'apprentissage (video modeling) permet une meilleure mobilisation des capacités de concentration de ceux-ci et améliore l'acquisition d'informations versus la délivrance d'enregistrement audio.

Ainsi, la méthode de la vidéoélicitation, originale en psychiatrie de l'enfant, stimulerait le discours en favorisant l'attention conjointe [263] et en fixant le regard de l'enfant, enfant en position réflexive puisqu'il se regarde lors du soin. La vidéoélicitation a permis d'obtenir un matériel d'une richesse importante. Nous avons encore pu voir émerger des pistes intéressantes dans la compréhension de l'enfant autiste sans déficit intellectuel.

Le dispositif de soins et de recherche regroupe TBM et méthode qualitative. Ces outils, comme nous l'avons montré, servent des positions communes. La première est une position de non savoir propre à l'émergence, dans le premier d'une mentalisation du patient, dans le second d'un discours du participant. La seconde est une position pragmatique [264] : le modèle de classification (dans la méthode qualitative) ou théorique (axes et systèmes dans les TBM) qui est créé n'est pas considéré comme meilleur qu'un autre. Il sert cependant un but précis (thérapeutique, genèse de théorie...). Nous constatons donc ici la cohérence d'un dispositif pilote original et adapté aux objets et enjeux de médecine psychiatrique [183]. Nous envisageons donc ici une production théorique.

Ces résultats nous amènent à concevoir une clinique autistique qui ne correspond pas aux modèles défectologiques ou d'hyperfonctionnement combinés mais mieux décrite par les modèles de la différence et tels que défendus par L. Motttron. De surcroît, la position d'adaptabilité par essence des TBM répond à l'exigence qu'il préconise d'une intervention « autre » qui se modèle aux particularités de l'enfant autiste.

Limites

Une première limite concerne la validité du diagnostic d'autisme sans DI dans notre étude. En effet, bien que l'ADI-R et la SCQ soient des outils ayant fait l'objet de plusieurs travaux de validation, ils sont estimés (de l'avis même de leurs auteurs) potentiellement surinclusifs. Une estimation informelle d'une telle erreur la situe autour

de 10 à 15% [157]. Enfin, les nouveaux critères du DSM-5 édités en 2013 et leur application n'ont pas encore fait l'objet de procédures de fiabilité inter examinateur s et d'études de terrain [265].

En outre, si nous avons constaté une augmentation des verbatim et donc de la production de discours des enfants au cours des trois entretiens, il est impossible d'en imputer la responsabilité (tout ou partie) aux TBM, aux psychothérapies concomitantes, à leur environnement, à l'alliance thérapeutique qu'ils ont tissée avec leur référent ou à leur développement naturel. Il a cependant été mené en parallèle de notre travail une étude quantitative.

Plus largement ce sont tous nos résultats qui pourraient être réinterrogés dans une perspective quantitative. Mais nous pouvons émettre l'hypothèse, qu'en tant que figure d'attachement principale lors de la psychothérapie, le thérapeute interagit avec l'enfant en relevant ses états internes. L'intérêt pour les états mentaux tend donc à se développer plus rapidement et prédirait des capacités de mentalisation ultérieures plus développées [102].

LM : L.-M. MAR MELIS ; CJ : C. JOST ; MT : M. THEVENET ; RM : R. MACHABERT ; JL : J. LACHAL

Conclusion

Conclusion :

L'autisme sans DI est aujourd'hui considéré comme un sous -groupe à l'intérieur du continuum autistique et possède ses propres critères diagnostiques dans la refonte conceptuelle dimensionnelle voulue par le DSM-5. Bien que son diagnostic reste clinique, une évaluation psychométrique et développementale est recommandée dans le cadre d'un syndrome, au seul sens d'ensemble de symptômes, qui se veut stigmatisant mais nécessite une prise en charge multidisciplinaire, globale et précoce.

Les hypothèses concernant son étiologie et plus largement celle de l'autisme dit prototypique sont controversées. Les modèles qui prévalaient jusqu'à présent adoptaient des vues défectologiques, en particulier le modèle du déficit en théorie de l'esprit. Celui -ci traduisait « l'incapacité ou capacité restreinte dans la communication et les interactions sociales des sujets autistes » comme un défaut d'interprétation des états mentaux d'autrui. A l'heure actuelle sont décrits des modèles de la différence, au -delà du normocentrisme. Ils sont issus des constatations et évaluations d'un niveau d'intelligence caché par certains chercheurs reconnus comme des tenants d'une « neurodiversité ». L'impact majeur des préjugés du chercheur est ainsi mis en évidence dans la genèse des conceptualisations de l'autisme.

Le dispositif de soins et de recherches pilote créé à l'ITTAC a adopté volontairement une position de non-savoir dans la prise charge d'enfants autistes par l'adaptation des thérapies basées sur la mentalisation. Cependant, les présupposés pragmatiques ont également motivé le recours à l'élaboration d'études qualitatives. L'abord qualitatif de notre étude permettait de s'affranchir du bagage théorique afin d'explorer le vécu de l'autisme sans déficit intellectuel avec un regard neuf.

Dans le champ théorique des cognitions sociales, nos résultats sont en faveur d'une auto théorie de l'esprit (auto ToM) qui serait ici un mode d'appréhension et de compréhension du comportement humain reposant sur des logiques propres. Par ailleurs, nous n'avons pas constaté chez ces enfants, contrairement aux affirmations de la littérature, de déficit de ToM affective.

Notre propre subjectivité nous est apparue à l'évidence la limite principale de l'étude. Quand bien même notre regard de chercheur est mis à distance par le dispositif qualitatif, il n'en n'est pas moins orienté par l'influence des préjugés, croyances et catégorisations explicites ou implicites hérités de nos expériences personnelles et professionnelles. Mais cette subjectivité a été le moteur de la conduite de l'analyse phénoménologique des entretiens et de l'intérêt naturaliste que nous avons porté à en tirer un sens et une théorie originale.

Nos recherches tendent à révéler une conceptualisation intégrative plus apte à décrire une clinique autistique par essence atypique et multidimensionnelle. Si nous parvenons à concevoir l'éventualité d'une intelligence autre chez des autistes verbaux par un outil à même d'explorer la narrativité, pourquoi ne pas envisager l'élaboration d'un outil analogue propre à décrire, lui, l'infraverbal chez des autistes non verbaux.

Nous ne jouons peut-être ici que les enjeux de la prise en charge de Victor de l'Aveyron, comme il faut bien s'affranchir du père, entre Itard qui malgré l'échec de son hypothèse initiale continue de questionner la théorie et Pinel tout entier voué à l'application de sa classification nosographique qui le garde de toute interrogation du psychisme de ses malades. L'autisme n'est qu'un syndrome, factuel, il est ainsi exposé à toutes les interprétations, projections et identifications. Mais avant l'autisme, il y a l'enfant. Définir une catégorie diagnostique de l'autisme et par là-même le fixer dans le

temps est une nécessité à ce que son accompagnement soit pris en charge socialement et médicalement, nous ne devons cependant pas perdre de vue que nous en savons peu et « qu'il ne faut demander à la science plus qu'elle ne peut ». Pour préserver une naïveté audacieuse, il nous faut croire qu'il existe un inconnu à découvrir au syndrome autistique afin de continuer, au minimum, notre accompagnement optimiste, au mieux notre quête d'une probable étiologie, d'un modèle explicatif, d'une cure ou d'un soulagement qui n'existent peut-être pas mais dont nous avons la responsabilité de l'espérance.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Président du Jury

25.9.17.

Madame le Professeur ~~LE MENOUES~~

Professeur I. JALENGUES

Psychiatrie et Psychologie Médicale

Faculté de Médecine

Clermont - Ferrand

Clermont-Ferrand, le

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Monsieur le Professeur P.CLAVELOU



Clermont-Ferrand, le

BIBLIOGRAPHIE

- [1] A. Jacquard, « Rencontrer l'autre », Congrès du mouvement de la paix (France), 11-nov-2005.
- [2] T. Grandin, S. Barron, et F. Forin-Mateos, *Comprendre les règles tacites des relations sociales décoder les mystères de la vie en société à travers l'autisme*. Bruxelles: De Boeck Supérieur, 2014.
- [3] E. Fombonne, « Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update », *J. Autism Dev. Disord.*, vol. 33, n° 4, p. 365–382, 2003.
- [4] L. Mottron, *L'intervention précoce pour enfants autistes: nouveaux principes pour soutenir une autre intelligence*. 2016.
- [5] A. W. Bateman et P. Fonagy, « Mentalization-based treatment of BPD », *J. Personal. Disord.*, vol. 18, n° 1, p. 36–51, 2004.
- [6] M. Debbané, *Mentaliser: de la théorie à la pratique clinique*. 2016.
- [7] J. Lachal, « Techniques de recherche qualitative », présenté à Congrès de la SFPEADA, Lyon, 2016.
- [8] N. Georgieff, « Le paradoxe de l'autisme : limites des modèles et théories, perspectives de recherche. », 2017.
- [9] A. M. Rodriguez, « From "Changeling children" to the autism spectrum disorder », in *Autism Spectrum Disorders*, Twenty-First Century Books, 2011, p. 23-25.
- [10] J. Postel et C. Quézel, « Naissance de la psychiatrie infantile », in *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris: Dunod, 2012, p. 387-405.
- [11] T. Gineste, *Victor de l'Aveyron: Dernier enfant sauvage, premier enfant fou*, Nouvelle édition revue et augmentée. Paris: Fayard/Pluriel, 2011.
- [12] J. Postel et C. Quézel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris: Dunod, 2012.
- [13] N. Georgieff, « Introduction », in *Qu'est-ce que l'autisme?*, 2014, p. 7.
- [14] N. Georgieff, *Qu'est-ce que l'autisme?* 2016.
- [15] L. Kanner, « Early infantile autism », *J. Pediatr.*, vol. 25, n° 3, p. 211–217, 1944.
- [16] H. Asperger, *Les psychopathes autistiques pendant l'enfance*. Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998.
- [17] L. Wing, « Asperger's syndrome: a clinical account », *Psychol. Med.*, vol. 11, n° 1, p. 115–129, 1981.

- [18] P. Szatmari, L. Archer, S. Fisman, D. L. Streiner, et F. Wilson, « Asperger's syndrome and autism: Differences in behavior, cognition, and adaptive functioning », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 34, n° 12, p. 1662–1671, 1995.
- [19] E. Burgoine et L. Wing, « Identical triplets with Asperger's syndrome. », *Br. J. Psychiatry*, vol. 143, n° 3, p. 261–265, 1983.
- [20] R. Eisenmajer *et al.*, « Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's disorder », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 35, n° 11, p. 1523–1531, 1996.
- [21] J. Kerbeshian, L. Burd, et W. Fisher, « Asperger's syndrome: to be or not to be? », *Br. J. Psychiatry*, vol. 156, n° 5, p. 721–725, 1990.
- [22] J. Manjiviona et M. Prior, « Comparison of Asperger syndrome and high-functioning autistic children on a test of motor impairment », *J. Autism Dev. Disord.*, vol. 25, n° 1, p. 23–39, 1995.
- [23] S. Ozonoff, S. J. Rogers, et B. F. Pennington, « Asperger's syndrome: Evidence of an empirical distinction from high-functioning autism », *J. Child Psychol. Psychiatry*, vol. 32, n° 7, p. 1107–1122, 1991.
- [24] P. Szatmari, G. Bartolucci, R. Bremner, S. Bond, et S. Rich, « A follow-up study of high-functioning autistic children », *J. Autism Dev. Disord.*, vol. 19, n° 2, p. 213–225, 1989.
- [25] M. Winter, « Autisme et sciences sociales : une revue de la littérature internationale », Thèse d'exercice, Lyon 1, 2017.
- [26] American Psychiatric Association et American Psychiatric Association, Éd., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013.
- [27] G. Vivanti et D. Pagetti, « les nouveaux critères diagnostics du DSM 5 ». 2014.
- [28] S. L. Lobar, « DSM-V Changes for Autism Spectrum Disorder (ASD): Implications for Diagnosis, Management, and Care Coordination for Children With ASDs », *J. Pediatr. Health Care Off. Publ. Natl. Assoc. Pediatr. Nurse Assoc. Pract.*, vol. 30, n° 4, p. 359–365, août 2016.
- [29] A. M. Leslie, « Pretense and representation: The origins of "theory of mind." », *Psychol. Rev.*, vol. 94, n° 4, p. 412, 1987.
- [30] U. Frith, *Autism: Explaining the enigma*, vol. 1989. Wiley Online Library, 1989.
- [31] R. P. Hobson, J. Ouston, et A. Lee, « What's in a face? The case of autism », *Br. J. Psychol.*, vol. 79, n° 4, p. 441–453, 1988.
- [32] S. Baron-Cohen, A. M. Leslie, et U. Frith, « Does the autistic child have a "theory of mind"? », *Cognition*, vol. 21, n° 1, p. 37–46, 1985.
- [33] C. Duval, P. Piolino, A. Bejanin, M. Laisney, F. Eustache, et B. Desgranges, « La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge », *Rev. Neuropsychol.*, vol. me 3, n° 1, p. 41–51, nov. 2012.

- [34] G. Rizzolatti, L. Fadiga, V. Gallese, et L. Fogassi, « Premotor cortex and the recognition of motor actions », *Cogn. Brain Res.*, vol. 3, n° 2, p. 131–141, 1996.
- [35] M. Jeannerod, « Plasticité du cortex moteur et récupération motrice », *Mot. Cérébrale Réadapt. Neurol. Dév.*, vol. 27, n° 2, p. 50–56, 2006.
- [36] M. Jeannerod, *The cognitive neuroscience of action*, vol. 1997. Blackwell Oxford, 1997.
- [37] J. Decety et others, « L'empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui », *L'empathie*, p. 53–88, 2004.
- [38] V. Ramachandran, *Le Cerveau fait de l'Esprit: Enquête sur les neurones miroirs*. Dunod, 2011.
- [39] L. Kanner et others, « Autistic disturbances of affective contact », *Nerv. Child*, vol. 2, n° 3, p. 217–250, 1943.
- [40] M. Dapretto *et al.*, « Understanding emotions in others: mirror neuron dys function in children with autism spectrum disorders », *Nat. Neurosci.*, vol. 9, n° 1, p. 28, 2006.
- [41] I. Dinstein, C. Thomas, K. Humphreys, N. Minshew, M. Behrmann, et D. J. Heeger, « Normal movement selectivity in autism », *Neuron*, vol. 66, n° 3, p. 461–469, 2010.
- [42] C. Trevarthen, « The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. », 1993.
- [43] G. Gergely, « The obscure object of desire-‘Nearly, but clearly not, like me’: Contingency preference in normal children versus children with autism », *Bull. Menninger Clin.*, vol. 65, n° 3: Special issue, p. 411–426, 2001.
- [44] W. Jones et A. Klin, « Attention to eyes is present but in decline in 2-6-month-old infants later diagnosed with autism », *Nature*, vol. 504, n° 7480, p. 427–431, 2013.
- [45] A. Klin, D. J. Lin, P. Gorrindo, G. Ramsay, et W. Jones, « Two-year-olds with autism orient to nonsocial contingencies rather than biological motion », *Nature*, vol. 459, n° 7244, p. 257, 2009.
- [46] D. Stern, « Le désir d’intersubjectivité. Pourquoi? Comment? », *Psychothérapies*, vol. 25, n° 4, p. 215–222, 2005.
- [47] P. Rochat, « Conscience de soi et des autres au début de la vie, RÉSUMÉ, SUMMARY », *Enfance*, vol. 55, n° 1, p. 39–47, 2003.
- [48] P. Rochat, *Early social cognition: Understanding others in the first months of life*. Psychology Press, 2014.
- [49] F. Muratori, « L’autisme comme conséquence d’un trouble de l’intersubjectivité primaire », *Psychiatr. Infant*, vol. 55, n° 1, p. 41–82, 2012.
- [50] N. GEORGIEFF, *De la pulsion À l’action*. 2010.

- [51] N. Georgieff, « Psychopathologie et physiopathologie de l'autisme aujourd'hui », *Médecine Thérapeutique Pédiatrie*, vol. 15, n° 3, p. 213–218, 2012.
- [52] L. Mottron, M. Dawson, I. Soulieres, B. Hubert, et J. Burack, « Enhanced perceptual functioning in autism: an update, and eight principles of autistic perception », *J. Autism Dev. Disord.*, vol. 36, n° 1, p. 27–43, 2006.
- [53] S. Baron-Cohen, « The hyper-systemizing, assortative mating theory of autism », *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, vol. 30, n° 5, p. 865–872, juill. 2006.
- [54] K. Markram et H. Markram, « The intense world theory—a unifying theory of the neurobiology of autism », *Front. Hum. Neurosci.*, vol. 4, 2010.
- [55] A. Smith, « The empathy imbalance hypothesis of autism: a theoretical approach to cognitive and emotional empathy in autistic development », *Psychol. Rec.*, vol. 59, n° 2, p. 273, 2009.
- [56] B. Chamak, « Interventions en autisme: évaluations et questionnement », *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, vol. 63, n° 5, p. 297–301, 2015.
- [57] J. Hochmann, *Les antipsychiatries: une histoire*. Odile Jacob, 2015.
- [58] P. Luyten, « The assessment of mentalization », 2012.
- [59] A. Fine, « Mentalisation », *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris: Hachette Littérature, p. 472–474, 2005.
- [60] F. Guignard, « Le couple mentalisation/démentalisation, un «concept de troisième type» », *Rev. Fr. Psychosom.*, n° 2, p. 115–135, 2001.
- [61] P. Marty, *La psychosomatique de l'adulte: «Que sais-je?» n° 1850*. Presses universitaires de France, 2011.
- [62] P. Marty, *Mentalisation et psychosomatique*. Paris: Empecheurs Penser en Rond, 1996.
- [63] M.-A. Bouchard et S. Lecours, « Contemporary approaches to mentalization in the light of Freud's project », *Ment. Theor. Consid. Res. Find. Clin. Implic.*, n° Part I, p. 103–129, 2008.
- [64] S. Lecours et M.-A. Bouchard, « Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation », *Int. J. Psychoanal.*, vol. 78, n° 5, p. 855, 1997.
- [65] J. G. Allen, P. Fonagy, et A. W. Bateman, *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub, 2008.
- [66] C. D. Frith, « The positive and negative symptoms of schizophrenia reflect impairments in the perception and initiation of action », *Psychol. Med.*, vol. 17, n° 03, p. 631–648, 1987.
- [67] C. D. Frith, K. J. Friston, P. F. Liddle, et R. S. Frackowiak, « PET imaging and cognition in schizophrenia », *J. R. Soc. Med.*, vol. 85, n° 4, p. 222–224, avr. 1992.

- [68] C. D. Frith et U. Frith, « Interacting minds--a biological basis », *Science*, vol. 286, n° 5445, p. 1692-1695, nov. 1999.
- [69] U. Frith et C. D. Frith, « Development and neurophysiology of mentalizing », *Philos. Trans. R. Soc. B Biol. Sci.*, vol. 358, n° 1431, p. 459-473, 2003.
- [70] P. Fonagy, H. Steele, et M. Steele, « Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age », *Child Dev.*, vol. 62, n° 5, p. 891-905, 1991.
- [71] P. Fonagy et M. Target, « Playing with reality I », *Int. J. Psychoanal.*, vol. 77, n° 2, p. 217, 1996.
- [72] P. Fonagy, M. Target, et others, « Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients », *Int J Psycho-Anal*, vol. 81, p. 853-873, 2000.
- [73] P. Fonagy et M. Target, « Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity », *Int. J. Psychoanal.*, vol. 88, p. 917, 2007.
- [74] M. Target et P. Fonagy, « Playing with reality II », *Int. J. Psychoanal.*, vol. 77, n° 3, p. 459, 1996.
- [75] P. Fonagy et P. Luyten, « A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder », *Dev. Psychopathol.*, vol. 21, n° 04, p. 1355-1381, 2009.
- [76] G. Gergely et Z. Unoka, « The development of the unreflective self », *Ment. Theor. Consid. Res. Find. Clin. Implic.*, p. 57-102, 2008.
- [77] G. Gergely et J. S. Watson, « The social biofeedback model of parental affect-mirroring », *Int. J. Psychoanal.*, vol. 77, n° 6, p. 1181, 1996.
- [78] G. Gergely, « The role of contingency detection in early affect-regulative interactions and in the development of different types of infant attachment », *Soc. Dev.*, vol. 13, n° 3, p. 468-478, 2004.
- [79] A. Green, *Le travail du négatif*. Minuit, 2016.
- [80] P. Fonagy, « What I changed My mind about », présenté à European Society for the Study of Personality Disorders, Rome, Italy, 2014.
- [81] P. Fonagy, P. Luyten, et E. Allison, « Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment », *J. Personal. Disord.*, vol. 29, n° 5, p. 575-609, 2015.
- [82] P. Fonagy, « The human genome and the representational world: The role of early mother-infant interaction in creating an interpersonal interpretive mechanism », *Bull. Menninger Clin.*, vol. 65, n° 3: Special issue, p. 427-448, 2001.
- [83] W. Bion, « A theory of thinking », *Int. J. Psychoanal.*, vol. 43, p. 306, 1962.
- [84] W. R. Bion, *Learning from experience*. Jason Aronson, Incorporated, 1994.

- [85] P. Fonagy et E. Allison, « The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. », *Psychotherapy*, vol. 51, n° 3, p. 372, 2014.
- [86] D. Sperber *et al.*, « Epistemic vigilance », *Mind Lang.*, vol. 25, n° 4, p. 359–393, 2010.
- [87] C. D. Frith et U. Frith, « Social cognition in humans », *Curr. Biol.*, vol. 17, n° 16, p. R724–R732, 2007.
- [88] D. M. Badoud, « Capacités réflexives et manifestations de personnalité limite chez l'adolescent et le jeune adulte », University of Geneva, 2015.
- [89] E. L. Jurist, « Mentalized affectivity », *Psychoanal. Psychol.*, vol. 22, n° 3, p. 426, 2005.
- [90] S. G. Shamay-Tsoory, S. Shur, H. Harari, et Y. Levkovitz, « Neurocognitive basis of impaired empathy in schizophrenia », *Neuropsychology*, vol. 21, n° 4, p. 431–438, juill. 2007.
- [91] S. Baron-Cohen, *Autism and Asperger syndrome*. Oxford University Press, 2008.
- [92] A. W. Bateman et P. Fonagy, *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Pub, 2012.
- [93] C. Sharp *et al.*, « Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 50, n° 6, p. 563–573, 2011.
- [94] I. Dziobek *et al.*, « Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition », *J. Autism Dev. Disord.*, vol. 36, n° 5, p. 623–636, 2006.
- [95] P. Vrtička et P. Vuilleumier, « Neuroscience of human social interactions and adult attachment style », *Front. Hum. Neurosci.*, vol. 6, 2012.
- [96] L. C. Mayes, « A developmental perspective on the regulation of arousal states », in *Seminars in perinatology*, 2000, vol. 24, p. 267–279.
- [97] M. D. Lieberman, N. I. Eisenberger, M. J. Crockett, S. M. Tom, J. H. Pfeifer, et B. M. Way, « Putting feelings into words », *Psychol. Sci.*, vol. 18, n° 5, p. 421–428, 2007.
- [98] A. B. Satpute et M. D. Lieberman, « Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition », *Brain Res.*, vol. 1079, n° 1, p. 86–97, 2006.
- [99] M. Gilead, N. Liberman, et A. Maril, « From mind to matter: neural correlates of abstract and concrete mindsets », *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.*, vol. 9, n° 5, p. 638–645, 2013.
- [100] R. J. R. Blair, « Neuroimaging of psychopathy and antisocial behavior: a targeted review », *Curr. Psychiatry Rep.*, vol. 12, n° 1, p. 76–82, 2010.
- [101] R. J. R. Blair et M. Coles, « Expression recognition and behavioural problems in early adolescence », *Cogn. Dev.*, vol. 15, n° 4, p. 421–434, 2000.
- [102] E. Meins *et al.*, « Pathways to understanding mind: Construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness », *Child Dev.*, vol. 74, n° 4, p. 1194–1211, 2003.

- [103] V. Gallese et A. Goldman, « Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading », *Trends Cogn. Sci.*, vol. 2, n° 12, p. 493–501, 1998.
- [104] F. Van Overwalle et K. Baetens, « Understanding others' actions and goals by mirror and mentalizing systems: a meta-analysis », *Neuroimage*, vol. 48, n° 3, p. 564–584, 2009.
- [105] F. Happé et U. Frith, « Annual research review: towards a developmental neuroscience of atypical social cognition », *J. Child Psychol. Psychiatry*, vol. 55, n° 6, p. 553–577, 2014.
- [106] G. Rizzolatti et L. Craighero, « The mirror-neuron system », *Annu Rev Neurosci*, vol. 27, p. 169–192, 2004.
- [107] S. M. Platek, F. B. Mohamed, et G. G. Gallup, « Contagious yawning and the brain », *Cogn. Brain Res.*, vol. 23, n° 2, p. 448–452, 2005.
- [108] R. J. Murray, M. Debbané, P. T. Fox, D. Bzdok, et S. B. Eickhoff, « Functional connectivity mapping of regions associated with self-and other-processing », *Hum. Brain Mapp.*, vol. 36, n° 4, p. 1304–1324, 2015.
- [109] R. J. Murray, M. Schaer, et M. Debbané, « Degrees of separation: A quantitative neuroimaging meta-analysis investigating self-specificity and shared neural activation between self-and other-reflection », *Neurosci. Biobehav. Rev.*, vol. 36, n° 3, p. 1043–1059, 2012.
- [110] J. H. Williams, « Self–other relations in social development and autism: multiple roles for mirror neurons and other brain bases », *Autism Res.*, vol. 1, n° 2, p. 73–90, 2008.
- [111] J. Parnas et L. B. Jansson, « Self-disorders: Clinical and conceptual implications for the diagnostic concept of schizophrenia », *Psychopathology*, vol. 48, n° 5, p. 332–338, 2015.
- [112] M. Debbané, « Evaluer la mentalisation », in *Mentaliser: de la théorie à la pratique clinique*, 2016, p. 127–138.
- [113] P. Fonagy, M. Target, H. Steele, et M. Steele, « Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews », *Lond. Univ. Coll. Lond.*, p. 161–62, 1998.
- [114] E. Hesse, « The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. », 2008.
- [115] Y. Shmueli-Goetz, M. Target, P. Fonagy, et A. Datta, « The Child Attachment Interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. », *Dev. Psychol.*, vol. 44, n° 4, p. 939, 2008.
- [116] P. Fonagy et R. A. Ghinai, « A self-report measure of mentalizing: Development and preliminary test of the reliability and validity of the Reflective Function Questionnaire (RFQ) », *Unpubl. Manuscr. UK Univ. Coll. Lond.*, 2008.
- [117] C. Sharp *et al.*, « The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit », *Bull. Menninger Clin.*, vol. 73, n° 4, p. 311–338, 2009.

- [118] C. Ha, C. Sharp, et I. Goodyer, « The role of child and parental mentalizing for the development of conduct problems over time », *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 20, n° 6, p. 291, 2011.
- [119] W. K. Adams et C. E. Wieman, « Development and validation of instruments to measure learning of expert-like thinking », *Int. J. Sci. Educ.*, vol. 33, n° 9, p. 1289–1312, 2011.
- [120] D. BADOUD, M. SPERANZA, et M. DEBBANÉ, « VERS UN MODÈLE DU DÉVELOPPEMENT DES DIMENSIONS DE LA MENTALISATION A ».
- [121] I. Vrouva et P. Fonagy, « Development of the mentalizing stories for adolescents (MSA) », *J Am Psychoanal Ass*, vol. 57, n° 5, p. 1174–1179, 2009.
- [122] A. Bateman et P. Fonagy, « Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up », *Am. J. Psychiatry*, vol. 158, n° 1, p. 36–42, 2001.
- [123] A. De Peretti, *Pensée et vérité de Carl Rogers*. Privat, 1974.
- [124] A. M. King, L. C. Perkowski-Rogers, et H. S. Pohl, « Planning standardized patient programs: case development, patient training, and costs », *Teach. Learn. Med. Int. J.*, vol. 6, n° 1, p. 6–14, 1994.
- [125] J. Bergeret, *Psychologie pathologique: théorique et clinique*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2012.
- [126] M. Heidegger, *Hegel's phenomenology of spirit*. Indiana University Press, 1994.
- [127] J. Lecomte et J. Lecomte, *Les 30 notions de la psychologie*. Paris: Dunod, 2013.
- [128] A. Bandura, « Auto-efficacité », *Sentim. Äeflicacité Pers. Brux. Boeck*, 2003.
- [129] G. L. Engel, « From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain », *Psychosomatics*, vol. 38, n° 6, p. 521–528, 1997.
- [130] B. D. Beitman, M. R. Goldfried, et J. C. Norcross, « The movement toward integrating the psychotherapies: An overview », *Am. J. Psychiatry*, vol. 146, n° 2, p. 138–147, 1989.
- [131] R. J. Sternberg, « A triangular theory of love. », *Psychol. Rev.*, vol. 93, n° 2, p. 119, 1986.
- [132] S. S. Ilardi et D. Feldman, « The cognitive neuroscience paradigm: a unifying metatheoretical framework for the science and practice of clinical psychology », *J. Clin. Psychol.*, vol. 57, n° 9, p. 1067–1088, sept. 2001.
- [133] J. Cottraux, *Choisir une psychothérapie efficace*. Odile Jacob, 2011.
- [134] C. HENDRICK, « Evolution as a foundation for psychological theories », *Handb. Pers. Psychopathol.*, p. 3–23, 2005.
- [135] M. THEVENET et N. GEORGIEFF, « Perspective de prise en charge d'enfants atteints de trouble du spectre autistique par psychothérapie médicale informée par la mentalisation (en cours de parution) », *Rev. Encéphale*, 2017.

- [136] *American Psychiatric Association. DSM 5 . Diagnostic and statistical manual of mental disorders. .*
- [137] J. S. Beer et K. N. Ochsner, « Social cognition: a multi level analysis », *Brain Res.*, vol. 1079, n° 1, p. 98-105, mars 2006.
- [138] N. Puig-Verges et M. G. Schweitzer, « Philosophie de l'esprit et théorie de l'esprit : Une approche de l'épistémologie clinique comparative », [/data/revues/00034487/01660002/07003393/](#), mars 2008.
- [139] D. Premack et G. Woodruff, « Does the chimpanzee have a theory of mind? », *Behav. Brain Sci.*, vol. 1, n° 04, p. 515-526, 1978.
- [140] J. H. Flavell, « Theory-of-mind development: Retrospect and prospect », *Merrill-Palmer Q.*, vol. 50, n° 3, p. 274-290, 2004.
- [141] S. Baron-Cohen, « Theory of mind and autism: A review », *Int. Rev. Res. Ment. Retard.*, vol. 23, p. 169-184, 2000.
- [142] C. Duval, B. Desgranges, F. Eustache, et P. Piolino, « Le soi à la loupe des neurosciences cognitives », *Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.*, vol. 7, n° 1, p. 7-19, 2009.
- [143] J. Miermont, « Pour une théorie de l'esprit : cognitions, passions, communications. », p. 64-71, 1997.
- [144] S. G. Shamay-Tsoory et J. Aharon-Peretz, « Dissociable prefrontal networks for cognitive and affective theory of mind: a lesion study », *Neuropsychologia*, vol. 45, n° 13, p. 3054- 3067, 2007.
- [145] E. Kalbe *et al.*, « Dissociating cognitive from affective theory of mind: a TMS study », *cortex*, vol. 46, n° 6, p. 769-780, 2010.
- [146] S. G. Shamay-Tsoory, R. Tomer, S. Yaniv, et J. Aharon-Peretz, « Empathy deficits in Asperger syndrome: A cognitive profile », *Neurocase*, vol. 8, n° 2, p. 245-252, 2002.
- [147] H. Wimmer et J. Perner, « Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception », *Cognition*, vol. 13, n° 1, p. 103-128, 1983.
- [148] J. L. Vera, « L'autisme et la théorie de l'esprit », *Vie L'enfant*, p. 145-146, 2016.
- [149] S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, et M. Lombardo, *Understanding other minds: Perspectives from developmental social neuroscience*. Oxford University Press, 2013.
- [150] R. P. Hobson, *Autism and the development of mind*. Psychology Press, 1995.
- [151] R. P. Hobson, « On acquiring knowledge about people and the capacity to pretend: Response to Leslie (1987). », 1990.
- [152] P. Brun, M.-J. Mattlinger, et J. Nadel, « L'hypothèse émotionnelle dans l'autisme », *Psychol. Fr.*, vol. 43, n° 2, p. 147-156, 1998.

- [153] U. Frith, « L'énigme de l'autisme (1989) », *Paris Odile Jacob*, p. 1–318, 1992.
- [154] U. Frith, « Cognitive explanations of autism », *Acta Paediatr.*, vol. 85, n° s416, p. 63–68, 1996.
- [155] M.-H. Plumet, C. Hughes, C. TARDIF, et M.-C. Mouren-Siméoni, « L'hypothèse d'un déficit des fonctions exécutives dans l'autisme », *Psychol. Fr.*, vol. 43, n° 2, p. 157–167, 1998.
- [156] B. F. Pennington et S. Ozonoff, « Executive functions and developmental psychopathology », *J. Child Psychol. Psychiatry*, vol. 37, n° 1, p. 51–87, 1996.
- [157] L. Mottron, *L'autisme, une autre intelligence: diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle*. Sprimont: Mardaga, 2006.
- [158] M. Debbané, « Dimensions et systèmes: les concepts voisins », in *Mentaliser: de la théorie à la pratique clinique*, 2016.
- [159] M. McCallum et W. E. Piper, « Psychological mindedness », *Psychiatry*, vol. 59, n° 1, p. 48–64, 1996.
- [160] I. M. Lesser, « A review of the alexithymia concept. », *Psychosom. Med.*, vol. 43, n° 6, p. 531–543, 1981.
- [161] G. Valeri et M. Speranza, « Modèles neuropsychologiques dans l'autisme et les troubles envahissants du développement », *Développements*, n° 1, p. 34–48, 2009.
- [162] Y. S. Chung, D. Barch, et M. Strube, « A meta-analysis of mentalizing impairments in adults with schizophrenia and autism spectrum disorder », *Schizophr. Bull.*, vol. 40, n° 3, p. 602–616, 2014.
- [163] D. Pillai, E. Sheppard, D. Ropar, L. Marsh, A. Pearson, et P. Mitchell, « Using other minds as a window onto the world: guessing what happened from clues in behaviour », *J. Autism Dev. Disord.*, vol. 44, n° 10, p. 2430–2439, 2014.
- [164] L. M. Rice, C. A. Wall, A. Fogel, et F. Shic, « Computer-assisted face processing instruction improves emotion recognition, mentalizing, and social skills in students with ASD », *J. Autism Dev. Disord.*, vol. 45, n° 7, p. 2176–2186, 2015.
- [165] S. J. White, U. Frith, J. Rellecke, Z. Al-Noor, et S. J. Gilbert, « Autistic adolescents show atypical activation of the brain's mentalizing system even without a prior history of mentalizing problems », *Neuropsychologia*, vol. 56, p. 17–25, 2014.
- [166] I. Santiesteban, P. Shah, S. White, G. Bird, et C. Heyes, « Mentalizing or submentalizing in a communication task? Evidence from autism and a camera control », *Psychon. Bull. Rev.*, vol. 22, n° 3, p. 844–849, 2015.
- [167] G. Rosenblau, D. Kliemann, H. R. Heekeren, et I. Dziobek, « Approximating implicit and explicit mentalizing with two naturalistic video-based tasks in typical development and autism spectrum disorder », *J. Autism Dev. Disord.*, vol. 45, n° 4, p. 953–965, 2015.

- [168] N. David *et al.*, « Dissociation between key processes of social cognition in autism: Impaired mentalizing but intact sense of agency », *J. Autism Dev. Disord.*, vol. 38, n° 4, p. 593–605, 2008.
- [169] E. McCullough, J. Stedmon, et R. Dallos, « Narrative responses as an aid to understanding the presentation of maltreated children who meet criteria for autistic spectrum disorder and reactive attachment disorder: A case series study », *Clin. Child Psychol. Psychiatry*, vol. 19, n° 3, p. 392–411, 2014.
- [170] H. Takahashi, C. Saito, H. Okada, et T. Omori, « An investigation of social factors related to online mentalizing in a human-robot competitive game », *Jpn. Psychol. Res.*, vol. 55, n° 2, p. 144–153, 2013.
- [171] P. Brambilla *et al.*, « The functional neuroanatomy of autism », *Funct. Neurol.*, vol. 19, n° 1, p. 9–18, 2004.
- [172] A.-M. Sav, « Etudes expérimentales sur la mentalisation chez des adultes présentant le syndrome d'Asperger », 2011.
- [173] S. Channon, S. Crawford, D. Orlowska, N. Parikh, et P. Thoma, « Mentalising and social problem solving in adults with Asperger's syndrome », *Cognit. Neuropsychiatry*, vol. 19, n° 2, p. 149–163, 2014.
- [174] I. Fishman, C. L. Keown, A. J. Lincoln, J. A. Pineda, et R. -A. Müller, « Atypical cross talk between mentalizing and mirror neuron networks in autism spectrum disorder », *JAMA Psychiatry*, vol. 71, n° 7, p. 751–760, 2014.
- [175] K. M. Sossin, « A Movement-Informed Mentalization Lens Applied to Psychodynamic Psychotherapy of Children and Adolescents with High Functioning Autism Spectrum Disorder », *J. Infant Child Adolesc. Psychother.*, vol. 14, n° 3, p. 294–310, 2015.
- [176] M.-C. Lai, M. V. Lombardo, B. Chakrabarti, et S. Baron-Cohen, « Subgrouping the Autism "Spectrum": Reflections on DSM-5 », *PLoS Biol.*, vol. 11, n° 4, p. e1001544, 2013.
- [177] C. Sharp, T. J. Croudace, et I. M. Goodyer, « Biased mentalizing in children aged seven to 11: Latent class confirmation of response styles to social scenarios and associations with psychopathology », *Soc. Dev.*, vol. 16, n° 1, p. 181–202, 2007.
- [178] K. Ensink, M. Target, C. Oandasan, et J. Duval, « Child and adolescent reflective functioning scale (CRFS) scoring manual », *Doc. Inéd. Univ. Laval*, 2015.
- [179] G. Goodman, P. Reed, et L. Athey-Lloyd, « Mentalization and play therapy processes between two therapists and a child with Asperger's disorder. », *Int. J. Play Ther.*, vol. 24, n° 1, p. 13, 2015.
- [180] S. M. Kanne, A. J. Gerber, L. M. Quirnbach, S. S. Sparrow, D. V. Cicchetti, et C. A. Saulnier, « The role of adaptive behavior in autism spectrum disorders: Implications for functional outcome », *J. Autism Dev. Disord.*, vol. 41, n° 8, p. 1007–1018, 2011.
- [181] C. Bernard et F. Dagonet, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Flammarion, 2013.

- [182] A. Blanchet, *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Armand Colin, 2007.
- [183] R. Whitley et M. Crawford, « Qualitative research in psychiatry », *Can. J. Psychiatry*, vol. 50, n° 2, p. 108–114, 2005.
- [184] Lachal J., « “Quand les mots manquent, le corps signifie” Apports de la recherche qualitative à la compréhension du rôle de la nourriture chez l’adolescent obèse et sa famille », Clermont-Ferrand, 2012.
- [185] B. Malinowski, *A scientific theory of culture and other essays*, vol. 9. Psychology Press, 2001.
- [186] N. Mays et C. Pope, « Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research », *BMJ*, vol. 320, n° 7226, p. 50, 2000.
- [187] M. Hammersley, *Reading ethnographic research*. Routledge, 2016.
- [188] M. Mead, *Coming of Age in Samoa: A Psychology Study in Primitive Youth for Western Civilization*. W. Morrow, 1928.
- [189] W. Thomas, *i D. THOMAS (1928): The child in America: behavior problems and programs*. nova York: Knopf.
- [190] C. Pope et N. Mays, « Critical reflections on the rise of qualitative research », *Bmj*, vol. 339, p. b3425, 2009.
- [191] J.-P. Pourtois et H. Desmet, *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines: Réflexion sur les méthodes à adopter dans l'étude des problèmes sociaux, éducatifs et psychologiques*. Primento, 2013.
- [192] L. Bardin, *L'analyse de contenu*. 2013.
- [193] T. A. Baker et C. C. Wang, « Photovoice: Use of a participatory action research method to explore the chronic pain experience in older adults », *Qual. Health Res.*, vol. 16, n° 10, p. 1405–1413, 2006.
- [194] H. Frith et D. Harcourt, « Using photographs to capture women’s experiences of chemotherapy: Reflecting on the method », *Qual. Health Res.*, vol. 17, n° 10, p. 1340–1350, 2007.
- [195] S. G. Henry et M. D. Fetters, « Video elicitation interviews: a qualitative research method for investigating physician-patient interactions », *Ann. Fam. Med.*, vol. 10, n° 2, p. 118–125, 2012.
- [196] K. Carroll, R. Iedema, et R. Kerridge, « Reshaping ICU ward round practices using video-reflexive ethnography », *Qual. Health Res.*, vol. 18, n° 3, p. 380–390, 2008.
- [197] C. Harms, J. R. Young, F. Amsler, C. Zettler, D. Scheidegger, et C. H. Kindler, « Improving anaesthetists’ communication skills », *Anaesthesia*, vol. 59, n° 2, p. 166–172, 2004.

- [198] S. G. Henry, J. H. Forman, et M. D. Fethers, « 'How do you know what Aunt Martha looks like?' A video elicitation study exploring tacit clues in doctor–patient interactions », *J. Eval. Clin. Pract.*, vol. 17, n° 5, p. 933–939, 2011.
- [199] N. Kagan, « Influencing human interaction—Eighteen years with IPR », *Psychother. Superv. Theory Res. Pract.*, p. 262–283, 1980.
- [200] F. Erickson et J. J. Shultz, *The counselor as gatekeeper: Social interaction in interviews*. Academic Press, 1982.
- [201] J. Lyle, « Stimulated recall: A report on its use in naturalistic research », *Br. Educ. Res. J.*, vol. 29, n° 6, p. 861–878, 2003.
- [202] M. Sewall, *Transforming supervision: Using video elicitation to support preservice teacher-directed reflective conversations. Issues in Teacher Education*, 18 (2), 11–30. 2009.
- [203] B. Crandall, G. A. Klein, et R. R. Hoffman, *Working minds: A practitioner's guide to cognitive task analysis*. Mit Press, 2006.
- [204] A. Pomerantz, « Using participants' video stimulated comments to complement analyses of interactional practices », *Conversat. Cogn.*, p. 93–113, 2005.
- [205] B. K. Nastasi, « Audiovisual methods in ethnography », *Enhanc. Ethnogr. Methods Audiov. Tech. Focus. Group Interviews Elicitation Tech.*, p. 1–50, 1999.
- [206] J. M. Gottman et R. W. Levenson, « A valid procedure for obtaining self-report of affect in marital interaction. », *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 53, n° 2, p. 151, 1985.
- [207] R. M. Frankel et H. B. Beckman, « Impact: An interaction-based method for preserving and analyzing clinical transactions », *Explor. Provid. Patient Interact.*, p. 71–85, 1982.
- [208] B. Rosenstein, « Video use in social science research and program evaluation », *Int. J. Qual. Methods*, vol. 1, n° 3, p. 22–43, 2002.
- [209] C. W. Mills, « Situated actions and vocabularies of motive », *Am. Sociol. Rev.*, vol. 5, n° 6, p. 904–913, 1940.
- [210] O. Vesterinen, A. Toom, et S. Patrikainen, « The stimulated recall method and ICTs in research on the reasoning of teachers », *Int. J. Res. Method Educ.*, vol. 33, n° 2, p. 183–197, 2010.
- [211] E. Arborelius et T. Timpka, « In what way may videotapes be used to get significant information about the patient-physician relationship? », *Med. Teach.*, vol. 12, n° 2, p. 197–208, 1990.
- [212] T. Timpka et E. Arborelius, « A method for study of dilemmas during health care consultations », *Med. Inform. (Lond.)*, vol. 16, n° 1, p. 55–64, 1991.
- [213] N. Llanwarne, J. Newbould, J. Burt, J. L. Campbell, et M. Roland, « Wasting the doctor's time? A video-elicitation interview study with patients in primary care », *Soc. Sci. Med.*, vol. 176, p. 113–122, mars 2017.

- [214] G. Edwards et M. M. Gross, « Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. », *Br. Med. J.*, vol. 1, n° 6017, p. 1058, 1976.
- [215] G. Russell, « Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa », *Psychol. Med.*, vol. 9, n° 3, p. 429–448, 1979.
- [216] E. Husserl, « Cartesian Meditations (1929) », *Trans Cairns Hague Martinus Nijhoff*, 1960.
- [217] J. A. Smith et M. Osborn, *Interpretative phenomenological analysis. Dans JA Smith (Éd.), Qualitative psychology: a practical guide to research methods (2 e éd., pp. 53-80)*. Los Angeles, CA: Sage, 2008.
- [218] D. Warrender, « Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: a qualitative study », *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, vol. 22, n° 8, p. 623–633, 2015.
- [219] M. Heidegger, « Being and time. 1927 », *Trans John Macquarrie Edw. Robinson N. Y. Harper*, 1962.
- [220] H.-G. Gadamer, *Philosophical Hermeneutics: 30th Anniversary Edition*. University of California Press, 2008.
- [221] H.-G. Gadamer, « Truth and method (J. Weinsheimer & DG Marshall, trans.) », *N. Y. Contin.*, 1989.
- [222] J. Grondin, « La fusion des horizons », *Arch. Philos.*, vol. Tome 68, n° 3, p. 401-418, juill. 2008.
- [223] A. S. Davidsen et C. F. Fosgerau, « What is depression? Psychiatrists' and GPs' experiences of diagnosis and the diagnostic process », *Int. J. Qual. Stud. Health Well-Being*, vol. 9, p. 24866, 2014.
- [224] A. S. Davidsen et C. F. Fosgerau, « General practitioners' and psychiatrists' responses to emotional disclosures in patients with depression », *Patient Educ. Couns.*, vol. 95, n° 1, p. 61-68, avr. 2014.
- [225] S. Taubner, S. Hörz, M. Fischer-Kern, S. Doering, A. Buchheim, et J. Zimmermann, « Internal structure of the reflective functioning scale. », *Psychol. Assess.*, vol. 25, n° 1, p. 127, 2013.
- [226] « WARRENDER 2015 Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.pdf ». .
- [227] R. S. Smith et J. Sharp, « Fascination and isolation: A grounded theory exploration of unusual sensory experiences in adults with Asperger syndrome », *J. Autism Dev. Disord.*, vol. 43, n° 4, p. 891–910, 2013.
- [228] I. Breivik et H. Hemmingsson, « Experiences of handwriting and using a computerized ATD in school: Adolescents with Asperger's syndrome », *Scand. J. Occup. Ther.*, vol. 20, n° 5, p. 349–356, 2013.

- [229] B. Krieger, A. Kinebanian, B. Proding, et F. Heigl, « Becoming a member of the work force: perceptions of adults with Asperger Syndrome », *Work*, vol. 43, n° 2, p. 141–157, 2012.
- [230] G. M. Griffith, V. Totsika, S. Nash, et R. P. Hastings, « ‘I just don’t fit anywhere’: support experiences and future support needs of individuals with Asperger syndrome in middle adulthood », *Autism*, vol. 16, n° 5, p. 532–546, 2012.
- [231] M. Elwin, L. Ek, A. Schröder, et L. Kjellin, « Autobiographical accounts of sensing in Asperger syndrome and high-functioning autism », *Arch. Psychiatr. Nurs.*, vol. 26, n° 5, p. 420–429, 2012.
- [232] O. Shtayermman, « Peer victimization in adolescents and young adults diagnosed with Asperger’s syndrome: A link to depressive symptomatology, anxiety symptomatology and suicidal ideation », *Issues Compr. Pediatr. Nurs.*, vol. 30, n° 3, p. 87–107, 2007.
- [233] N. Ruiz-Robledillo et L. Moya-Albiol, « Self-reported health and cortisol awakening response in parents of people with Asperger syndrome: The role of trait anger and anxiety, coping and burden », *Psychol. Health*, vol. 28, n° 11, p. 1246–1264, 2013.
- [234] L. R. Calzada, N. Pistrang, et W. P. Mandy, « High-functioning autism and Asperger’s disorder: utility and meaning for families », *J. Autism Dev. Disord.*, vol. 42, n° 2, p. 230–243, 2012.
- [235] G. M. Griffith, V. Totsika, S. Nash, R. S. Jones, et R. P. Hastings, « “We are all there silently coping.” The hidden experiences of parents of adults with Asperger syndrome », *J. Intellect. Dev. Disabil.*, vol. 37, n° 3, p. 237–247, 2012.
- [236] J. Gill et P. Liamputtong, « Being the mother of a child with Asperger’s Syndrome: women’s experiences of stigma », *Health Care Women Int.*, vol. 32, n° 8, p. 708–722, 2011.
- [237] L. Little et R. R. Clark, « Wonders and worries of parenting a child with Asperger syndrome & nonverbal learning disorder », *MCN Am. J. Matern. Nurs.*, vol. 31, n° 1, p. 39–44, 2006.
- [238] H. B. Rosqvist, « Normal for an Asperger: Notions of the meanings of diagnoses among adults with Asperger syndrome », *Intellect. Dev. Disabil.*, vol. 50, n° 2, p. 120–128, 2012.
- [239] J. Andanson, F. Pourre, T. Maffre, et J.-P. Raynaud, « Les groupes d’entraînement aux habiletés sociales pour enfants et adolescents avec syndrome d’Asperger: revue de la littérature », *Arch. Pédiatrie*, vol. 18, n° 5, p. 589–596, 2011.
- [240] A. Revah-Levy, B. Birmaher, I. Gasquet, et B. Falissard, « The adolescent depression rating scale (ADRS): a validation study », *BMC Psychiatry*, vol. 7, n° 1, p. 2, 2007.
- [241] D. Smith, G. Loewenstein, C. Jepson, A. Jankovich, H. Feldman, et P. Ubel, « Mispredicting and misremembering: patients with renal failure overestimate improvements in quality of life after a kidney transplant. », *Health Psychol.*, vol. 27, n° 5, p. 653, 2008.

- [242] P. Johansson, L. Hall, S. Sikström, B. Tärning, et A. Lind, « How something can be said about telling more than we can know: On choice blindness and introspection », *Conscious. Cogn.*, vol. 15, n° 4, p. 673–692, 2006.
- [243] G. Rose, *Visual methodologies: an introduction to the interpretation of visual materials*. London ; Thousand Oaks, Calif: Sage, 2001.
- [244] D. Harper, « What's new visually », *Sage Handb. Qual. Res.*, vol. 3, p. 747–762, 2005.
- [245] J. A. Smith, « Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology », *Psychol. Health*, vol. 11, n° 2, p. 261–271, 1996.
- [246] C. Pope, S. Ziebland, et N. Mays, « Qualitative research in health care: analysing qualitative data », *BMJ*, vol. 320, n° 7227, p. 114, 2000.
- [247] M. Q. Patton, *Qualitative research*. Wiley Online Library, 2005.
- [248] R. Rushmer, M. Themessl-Huber, J. Coyle, G. Humphris, J. Dowell, et B. Williams, « Is the routine recording of primary care consultations possible... and desirable? Lessons for researchers from a consultation with multiple stakeholders », *Patient Educ. Couns.*, vol. 82, n° 2, p. 247–253, 2011.
- [249] M. Themessl-Huber, G. Humphris, J. Dowell, S. Macgillivray, R. Rushmer, et B. Williams, « Audio-visual recording of patient–GP consultations for research purposes: A literature review on recruiting rates and strategies », *Patient Educ. Couns.*, vol. 71, n° 2, p. 157–168, 2008.
- [250] J. P. Dommergues, « Carnet de santé: informativité et confidentialité », *Arch. Pédiatrie*, vol. 11, p. S42–S45, 2004.
- [251] Y. Zhou, G. M. Forbes, et G. Humphris, « Camera-related behaviours of female dental nurses and nursery school children during fluoride varnish application interactions in nursery school settings », *Int. J. Paediatr. Dent.*, vol. 20, n° 5, p. 374–381, 2010.
- [252] C. Heath, *Body movement and speech in medical interaction*. Cambridge University Press, 1986.
- [253] M. S. Mast, « On the importance of nonverbal communication in the physician –patient interaction », *Patient Educ. Couns.*, vol. 67, n° 3, p. 315–318, 2007.
- [254] I. Bourgeault, R. Dingwall, et R. De Vries, *The SAGE handbook of qualitative methods in health research*. Sage, 2010.
- [255] M. R. Block, K. F. Schaffner, et J. L. Coulehan, « Ethical problems of recording physician-patient interactions in family practice settings. », *J. Fam. Pract.*, vol. 21, n° 6, p. 467– 472, 1985.
- [256] J. M. Morse et P.-A. Field, *Nursing research: The application of qualitative approaches*. Nelson Thornes, 1995.

- [257] N. Georgieff et M. Speranza, « Théorie de l'esprit et psychopathologie », in *Psychopathologie de l'intersubjectivité*, Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2013, p. 37-38.
- [258] S. Baron-Cohen, *Learning, development, and conceptual change. Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: The MIT Press, 1995.
- [259] N. Georgieff, « Intersubjectivité: une perspective développementale », *Enfances Psy*, n° 1, p. 50-56, 2014.
- [260] P. Luyten, P. Fonagy, et Bateman, *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Pub, 2012.
- [261] S. Y. Lee, Y.-Y. Lo, et Y. Lo, « Teaching Functional Play Skills to a Young Child with Autism Spectrum Disorder through Video Self-Modeling », *J. Autism Dev. Disord.*, vol. 47, n° 8, p. 2295-2306, août 2017.
- [262] P. Papathomas et K. Goldschmidt, « Utilizing virtual reality and immersion video technology as a focused learning tool for children with autism spectrum disorder », *J. Pediatr. Nurs.*, vol. 35, p. 8-9, août 2017.
- [263] J. Bruner, *Le développement de l'enfant: savoir faire, savoir dire*. Presses universitaires de France, 2015.
- [264] P. Zachar et K. S. Kendler, « Philosophical issues in the classification of psychopathology. », 2010.
- [265] U. P. Ramtekkar, « DSM-5 Changes in Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder: Implications for Comorbid Sleep Issues », *Child. Basel Switz.*, vol. 4, n° 8, juill. 2017.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Rencontrer l'autre

Albert Jacquard¹

Que sommes-nous, nous les êtres humains ? Bien sûr, nous sommes des animaux, nous sommes des objets, nous sommes des primates, nous avons été fabriqués par l'univers comme tout ce qui existe dans l'univers. Mais quelle est la spécificité humaine ? Notre singularité est que nous sommes capables, non seulement, d'être, mais de nous savoir être. Que veut dire « être capable de se savoir être » ? Un être humain est capable de dire « je ». Cela a été merveilleusement dit par le poète Arthur Rimbaud dans sa formule « Je est un autre ». Si je suis capable de dire « Je », d'où cela me vient-il ? Ce n'est pas mon patrimoine génétique qui m'a permis de dire « je ». Si je suis capable de me savoir être, c'est que j'ai rencontré les autres. J'ai été fait par toutes les rencontres qui me sont arrivées depuis ma naissance, ou même avant. La rencontre avec ma maman, la rencontre avec ma famille, puis la rencontre avec tous les autres. Finalement, une aventure humaine, c'est une série de rencontres. Par conséquent, le critère de l'efficacité d'une société c'est sa capacité à permettre les rencontres et à faire qu'elles soient constructives. Quand je suis en face de l'autre, bien sûr, j'ai des craintes : l'autre n'est pas comme moi, il est dangereux. L'autre me fait peur. Et j'ai le réflexe de partir en guerre contre lui. Alors que la seule réalité humaine sérieuse, c'est qu'il me faut profiter de la différence avec l'autre pour m'enrichir, pour me construire. Il faut donc remplacer une culture de la compétition par une culture de l'émulation.

La compétition, c'est rencontrer l'autre en ayant envie de gagner sur lui, de le faire perdre. L'émulation, c'est rencontrer l'autre en se disant : « S'il n'est pas comme moi, donc il va m'aider à me construire moi-même, et je vais l'aider à se construire. » Si bien que la réalité humaine, l'essence de l'humanité, n'est pas, comme cela a déjà été dit par Karl Marx, dans chaque être humain, mais dans la communauté humaine. C'est bien dans la manière dont nous sommes capables de fabriquer une société de la mise en commun que nous pouvons véritablement réussir l'humanité. La culture de la paix est la culture de la non – compétition, de l'ouverture à l'autre. Cela n'est pas une utopie. C'est tout simplement du réalisme. Si nous voulons être en phase avec ce que la nature nous a donné, avec ce que nous nous sommes données à nous-même, nous les êtres humains, depuis quelques dizaines d'années, ou centaines de milliers d'années, il nous faut reléguer tout ce qui est au fond de nous pousse à être en compétition contre l'autre. Et en particulier les méthodes économiques qui prévalent actuellement et qui nous font croire que tout doit se jouer dans une espèce de marché qui est, au fond, le début de la guerre. Car aller au marché pour y fixer des prix, la fameuse loi de l'offre et de la demande, c'est finalement accepter des rencontres qui sont avant tout des conflits. Or, on peut ériger une société où les rencontres sont exactement le contraire des conflits. Où les rencontres sont des occasions de construction.

Parce que, comme tous les êtres humains, j'ai envie de proposer une utopie, voilà mon point de départ : c'est la réalité humaine. Oui, nous avons été faits par la nature. Oui, nous sommes des objets. Mais ce que nous avons de plus riche, ce n'est pas ce que la nature nous a donné, mais ce que nous nous sommes donnés à nous-mêmes. L'être humain est le produit de l'aventure humaine, et cela dure au fond indéfiniment. Voilà la réalité. Disons non à tous ceux qui nous font croire qu'il faut lutter pour être, car pour être vraiment il faut nous ouvrir à l'autre.

¹ Intervention prononcée au Congrès du Mouvement de la Paix (France) le 11 novembre 2005.

Annexe 1 : Organigramme du dispositif pilote de soins et de recherche de soins informels par la mentalisation

PATIENTS / PARTICIPANTS

Cohorte de 7 enfants et leurs parents

*7 enfants atteints du trouble du spectre
autistique (TSA) sans Déficit Intellectuel (DI) et
leurs familles*

SOINS

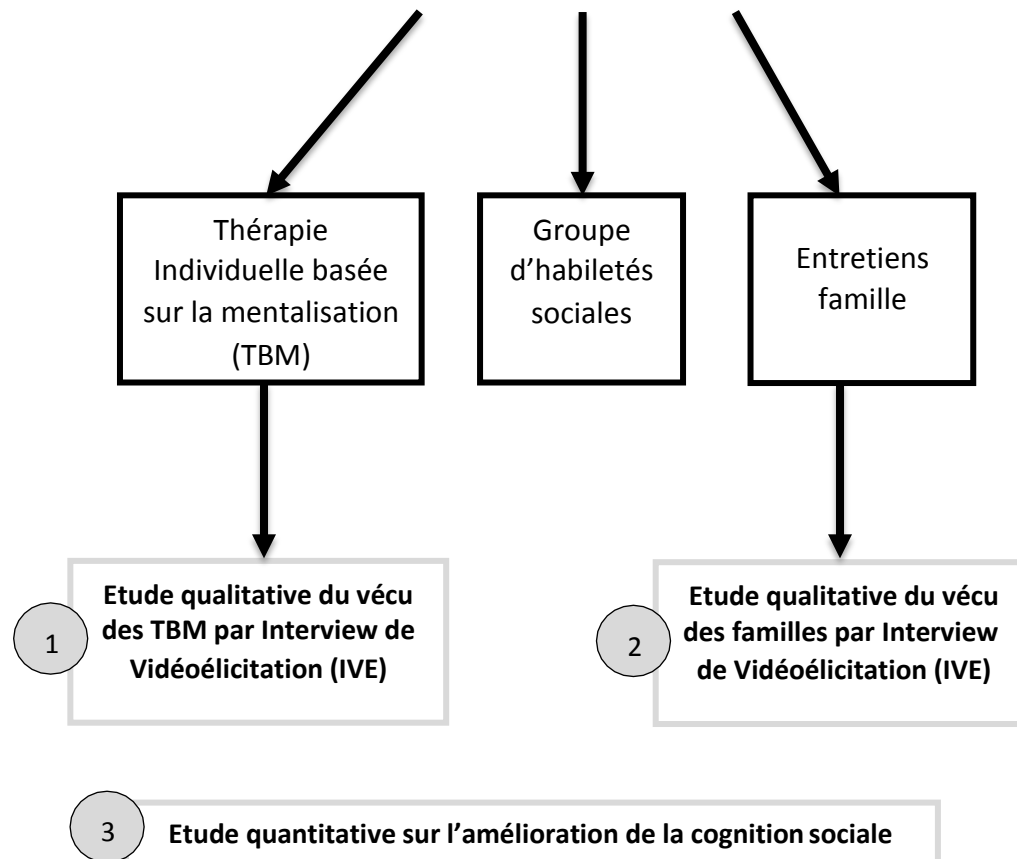
Intervenants :

- 2 médecins-thérapeutes formés aux TBM
- 1 psychologue
- 1 orthophoniste

RECHERCHES

Intervenants :

- 2 interviewers / chercheurs



Annexe 2 : Frise chronologique des interventions

