

Universidade Moderna de Lisboa

Mestrado em Psicopedagogia Perceptiva

Orientador: Professor Doutor Didier Austray

Co-Orientador: Professora Doutora Eve Berger

Corps sensible et autisme

***Propositions pour une approche psychopédagogique perceptive de
l'accompagnement thérapeutique de l'enfant autiste***

Mestrando : Philippe Rosier

Lisboa, Maio 2006

Sommaire

Sommaire	2
Remerciements	5
CONTEXTUALISATION	7
1. Pertinences personnelles par rapport à l'autisme	7
2. Pertinences pour la recherche	8
3. Questions de recherche	9
4. Objectifs de recherche	11
5. La Psychopédagogie Perceptive et l'autisme	12
PARTIE I : L' AUTISME	13
1. Introduction	13
1.1 Fascination pour l'autisme	14
1.2 L'autiste-sauvage	14
1.3 L'autiste-savant	16
1.4 L'autiste-machine	17
2. Historique	18
2.1 Autistic disturbances of affective contact, Leo Kanner	18
2.2 Affinement diagnostique	20
2.3 Spectre de troubles autistiques	21
2.4 Syndrome d'Asperger	22
2.5 DSM IV et diagnostique	22
2.6 Actualité	23
3. Comportement et développement	25
3.1 Socialisation	25
3.2 Communication	27
3.3 Imagination	29
3.4 Comportements répétitifs et stéréotypés	30
3.5 Empathie	32
3.5.1 Historique : « Einfühlung » de Husserl	32
3.5.2 L'empathie du point de vue de la psychologie cognitive	33
3.5.3 Empathie et autisme	34
3.5.4 Perspectives pour la Psychopédagogie Perceptive	35
PARTIE II : DEVELOPPEMENT THEORIQUE	36
4. Théories de la psychologie cognitive	38
4.1 Théorie de l'esprit : représentations du corps et de l'esprit	39
4.1.1 Le monde des objets	40
4.1.2 Le monde humain	41
4.1.3 Développement de la théorie de l'esprit	42
4.2 Théorie de la cohérence centrale	43
4.3 Executive Disfunctioning - L'absence de soi	46
5. Des théories non-cognitives	50
5.1 'The Embodiment of the Mind'	50
5.2 ...du développement de la cognition	52
5.2.1 Introduction et questionnement	52
5.2.2 Intelligence ?	53
5.2.3 Finalité ou potentialité ?	54

5.2.4	Couplage structurel	54
5.2.5	Le couplage structurel et l'enfant autiste	56
6.	Le point de vue de la phénoménologie.....	58
6.1	Introduction : La phénoménologie de Husserl à Merleau-Ponty	58
6.2	Pertinences pour l'autisme	59
6.3	Le corps sujet de Maurice Merleau-Ponty	61
6.4	Corps sujet comme accès au monde.....	63
6.5	Réalité subjective de l'autiste.....	66
6.6	Vers une thérapie du sensible.....	69
7.	La Psychopédagogie Perceptive.....	71
7.1	Historique : de l'ostéopathie à la Psychopédagogie Perceptive en passant par la fasciathérapie.....	71
7.2	Principaux concepts théoriques	74
7.2.1	Psychologie, Pédagogie et Perception.....	74
De quelle psychologie parle-t-on ?.....	74	
De quelle pédagogie parle-t-on ?.....	76	
De quelle perception parle-t-on ?.....	77	
7.2.2	La philosophie du sensible	80
Introduction	80	
Approche du sensible	82	
Le corps sensible et l'être.....	82	
De l'expérience à la signification.....	83	
7.2.3	La modifiabilité perceptivo-cognitive.....	84
7.3	Bilan – Problématique du mémoire.....	87
PARTIE III : TERRAIN ET ANALYSE.....		88
8.	Interventions « classiques ».....	88
8.1	Compétences communicatives	89
8.2	Compétences sociales.....	92
8.3	Comportement rituel et stéréotypé	93
8.4	Comportements problématiques non spécifique	94
8.5	Structuration	95
9.	Méthodologie et épistémologie	98
9.1	Introduction : posture épistémologique.....	98
9.2	Principes généraux	99
9.2.1	Vie quotidienne ou extra-quotidienne ?	99
9.2.2	Sa réalité ou notre réalité ?.....	99
9.2.3	Contexte pratique : le cabinet.....	100
9.2.4	Les parents et le milieu pédagogique	102
9.2.5	La relation à la nouveauté	104
9.2.6	Directivité et non-directivité	104
10.	Outils de la Psychopédagogie Perceptive.....	107
10.1	Relation d'aide manuelle.....	107
10.1.1	Introduction	107
10.1.2	Entretien tissulaire.....	107
10.1.3	Le dialogue tonique	108
10.2	Relation d'aide gestuelle	110
10.3	Introspection sensorielle.....	111
10.4	Entretien verbal	112
11.	Application pratique à l'enfant autiste	114

11.1	Thérapie manuelle	114
11.1.1	Toucher symptomatique	114
11.1.2	La relation au sensible	115
	Le point d'appui	115
	La relation au sensible	116
11.1.3	Structuration interne	117
11.1.4	Le travail sur les instruments internes	118
	Réception de l'information	118
	Relation au tact	119
	Relation au sens kinesthésique	120
	Relation au sensible	121
11.2	Thérapie gestuelle	121
11.2.1	De l'approche manuelle à l'approche gestuelle... ..	122
11.2.2	La lenteur des bras	124
11.2.3	Les mouvements linéaires	126
11.2.4	Mouvements à deux	126
11.3	Introspection	127
11.4	Entretien	128
CONCLUSION ET PERSPECTIVES		130
BIBLIOGRAPHIE		132
ANNEXES		137
Annexe 1 : Étiologie du comportement autistique		137
	1. Environnement	137
	2. Inné	137
Annexe 2 : La microgénèse : une théorie du développement de la conscience		139
	1. Introduction	139
	2. Historique	139
	3. De l'arrière-plan vers la conscience	141
	4. Quelle notion de pathologie ?	144
	5. Conscience de l'autiste et perspectives	145
Annexe 3 : Témoignages des parents		147
	1. F. un garçon de 9 ans	147
	2. T. Garçon de 10 ans	151
	3. P., garçon de 9 ans	154

Remerciements

En 1996, j'ai rencontré la « Méthode Danis Bois » et j'ai eu la chance, dès ma première année de formation, de pouvoir travailler en étroite collaboration avec le professeur Danis Bois. Son approche de la santé et la maladie ainsi que sa vision sur la vie et la non-vie ont non seulement élargi mes compétences professionnelles mais ont également enrichi ma vie personnelle. Je remercie Danis Bois pour la qualité de son enseignement que j'ai suivi tout au long de ces neuf années et plus particulièrement dans ce mestrado.

Je remercie également toute l'équipe enseignante de ce mestrado : Marc Humpich, Maria Leao et Didier Austray.

Ce mémoire n'aurait pas vu le jour sans l'aide précieuse, non-directive ou possible, directive ou nécessaire, de mon directeur Didier Austray et de ma co-directrice Eve Berger. Merci à eux, pour le temps qu'ils m'ont consacré et pour leurs connaissances.

Avant de commencer la formation en « Méthode Danis Bois », j'ai suivi pendant plusieurs années de manière très intensive les cours du professeur F.J.P. Hendrickx : « Accompagnement critique du développement ». Je suis toujours cet enseignement avec beaucoup de passion. En collaboration avec lui, j'ai pu traiter plusieurs enfants autistes profonds et ainsi enrichir ma pratique professionnelle. De plus, il m'a permis de rencontrer différentes théories telles que la phénoménologie de Merleau-Ponty, l'autopoièse de Maturana et Varela ainsi que la microgénèse de Jason Brown.

N'étant pas de langue maternelle française, les belgicisms utilisés dans la première version de ce mémoire écrite en « flamand traduit », ont nécessité des corrections linguistiques. Merci à ma sœur Catherine, à Stéphanie et à Corinne.

Merci à mes parents, pour tout.

Personne ne me connaît mieux qu'Ann. C'est un grand privilège pour moi de partager ma vie avec elle. Merci...

Contextualisation

1. *Pertinences personnelles par rapport à l'autisme*

Le choix de faire une recherche sur l'autisme dans ce projet de mestrado en Psychopédagogie Perceptive nécessite d'être argumenté.

Depuis plus de dix ans, je travaille dans un cabinet de kinésithérapie à Bruxelles où la majorité de mes patients sont des enfants qui viennent me consulter pour différents troubles : des troubles du développement, de l'apprentissage (dyscalculie, dyslexie, dysorthographe...), du comportement ainsi que pour différents syndromes (l'autisme, l'enfant hyperactif.).

Je travaille également au sein d'une équipe pluridisciplinaire au sein d'un centre de revalidation pour enfants présentant des problèmes de l'apprentissage. Dans ce centre, je participe à un groupe de recherche autour du thème de l'autisme. Ce groupe est constitué de thérapeutes et de chercheurs de différentes disciplines : une neuropsychologue, un pédopsychiatre, psychologues, orthophonistes et ergothérapeutes. Cette diversité de points de vue a enrichi mon processus de réflexion sur le sujet. Ma contribution à ce projet est de définir le rôle du corps et de la perception dans le traitement de l'enfant autiste.

Dans mon cabinet, je reçois de plus en plus d'enfants diagnostiqués comme « autistes » ou présentant un « spectre d'autisme », souvent ce diagnostic posé par des institutrices, des écoles, des accompagnateurs sociaux, des centres de santé intellectuelle, même parfois des médecins de familles. Trop souvent ces instances qui ne connaissent pas suffisamment le sujet, oublient qu'en posant un tel diagnostic ils vont inquiéter démesurément les parents. D'autant plus que la différence entre « autisme profond », « spectre d'autisme » et « enfant (sub)normal en difficulté » n'est pas toujours claire et rarement expliquée aux

parents. La motivation qui anime cette recherche sera donc différente selon le type d'autisme – autisme profond ou pseudo-autisme.

Bien que la Psychopédagogie Perceptive s'adresse en premier lieu à l'adulte, mon objectif est de mener une recherche sur l'application des principes méthodologiques à l'enfant, au vu de mon expérience pratique dans ce domaine. Le thème précis de l'autisme est venu ultérieurement, après avoir présenté deux conférences sur le sujet et avoir écrit un article sur le livre « Autistisch Gezelschap » (Communauté Autistique) de Ruud Hendriks (à ne pas confondre avec le Professeur F.J.P. Hendrickx), chercheur hollandais qui a reçu le « praemium award » pour sa thèse sur l'autisme. Je me suis appuyé sur ces recherches dans la première partie de ce mémoire.

2. Pertinences pour la recherche

Le diagnostic d'autisme profond porte en lui une forme de fatalité. Il porte avec lui l'idée d'irréversibilité ainsi qu'une perspective d'accompagnement et de progressions très limitée. Pour beaucoup ce diagnostic signifie qu'il faut se résigner aux contraintes de la pathologie et que la meilleure chose à faire est d'adapter le plus possible l'environnement à l'enfant. Dans cette perspective, l'objectif est de structurer l'environnement et les interactions avec l'enfant. L'enfant est alors souvent abandonné à lui-même.

L'objectif, dans ce mémoire, n'est pas de prendre position pour ou contre ce point de vue. Il est plutôt de démontrer que chaque enfant, même l'autiste le plus profond, porte en lui un potentiel lui permettant de développer ses compétences. Nous pourrions même prétendre que ce potentiel est bien plus grand que ce que l'on pourrait croire. Quand un enfant n'arrive pas à se développer, peut-être que la manière dont il est abordé n'est pas adéquate ou ajustée. L'objectif de notre accompagnement de l'enfant autiste est de trouver le chaînon manquant :

pour que l'enfant autiste puisse participer dans l'immédiateté à une réalité commune et pour qu'il puisse apprendre de cette immédiateté et des relations établies au sein de cette réalité, quelle information lui manque-t-il ?

Cette posture thérapeutique est « optimiste », mais pas naïve : nous n'allons pas « guérir » un autiste profond. Par contre, l'expérience nous montre que nous obtenons des résultats permettant d'améliorer considérablement la vie quotidienne de l'enfant autiste. Mais cet enfant restera toujours autiste.

Les « pseudo-autistes » sont des enfants qui présentent certains symptômes ressemblant à l'autisme, mais dont l'origine est différente. Le fait de cataloguer ces enfants avec un « spectre d'autisme », est pour moi une grande injustice. En effet, cataloguer un enfant comme autiste est lourd de conséquences sur son futur scolaire et relationnel. De plus, l'enfant n'est abordé plus que par ses contraintes et non dans ses potentialités. Souvent, j'explique aux parents que la personne qui a qualifié leur enfant d'autiste n'a probablement jamais rencontré un autiste profond. La perspective de développement de ces enfants est différente car nous pouvons obtenir avec eux des résultats permanents.

Faire connaître et mieux comprendre cette distinction est peut-être ma motivation la plus profonde pour mener cette recherche.

3. Questions de recherche

Cette étude a pour point de départ mon expérience pratique dans le traitement de l'autiste. A certains moments, dans ce cadre thérapeutique, il se passe quelque chose de « magique ». Tout à coup, l'enfant établit une relation empathique avec moi, un contact profond, d'organicité à organicité, même si quelques minutes auparavant il était enfermé dans sa réalité, sans aucun contact possible avec le monde extérieur dont je fais partie. Son bredouillement, son agitation, son auto-stimulation continue et répétitive, par exemple avec

des cubes, s'arrêtent progressivement et laissent place à une paix et un repos profond. J'attribue ce changement au contact que l'enfant établit avec le sensible de son corps, lieu qui lui permet de s'ouvrir à une relation empathique avec l'autre. Quelle signification l'enfant donne-t-il à ce moment ? Que peut-il apprendre dans ce vécu ?

La question centrale de cette recherche est la suivante : *La médiation du corps sensible peut-elle constituer une nouvelle voie de passage dans l'accompagnement de l'enfant autiste ?*

L'autisme est une maladie qui évoque beaucoup de questions, ou comme le décrit Oliver Sacks (1999 : 390) : « Pour la compréhension ultime de l'autisme, nous devons avancer plus loin dans nos conceptualisations et nos techniques d'évaluation. Il faudrait peut-être dépasser tout ce que l'on peut imaginer... » Ce mémoire sera l'occasion pour moi de poser beaucoup de questions. L'objectif de cette recherche ne sera pas de répondre à toutes ces questions. « Poser les bonnes questions est plus important et plus difficile que d'y répondre. Poser la bonne question signifie que notre esprit est ouvert dans la bonne direction. » (Hendrickx, 2004 : 21) « Une bonne question est une question inédite. » (Bois, 2004) Les questions permettent d'observer le phénomène de manière inédite, à partir d'un nouveau point de vue.

Ces questionnements se font autour de trois axes : l'expérience tirée de ma pratique, un cadre théorique philosophique sur la relation de l'individu à son environnement et à autrui, et ma passion pour les neurosciences.

4. Objectifs de recherche

Dans une première partie je présente le phénomène de l'autisme : l'historique, le diagnostic, et en quoi le comportement et le développement de l'enfant autiste diffèrent d'un enfant non autiste.

Le développement théorique, qui constitue la deuxième partie, s'appuie sur les théories de la psychologie cognitive appliquées à l'étiologie de la pathologie. Mais le corps sensible est absent de ces théories cognitivistes. Ainsi, pour mieux comprendre le rôle fondamental du corps sensible dans le traitement que propose la Psychopédagogie Perceptive de l'autiste, nous développons les théories philosophiques et neuroscientifiques de « the embodiment of the mind ». L'objectif est de mieux comprendre l'autisme en général et plus particulièrement l'enfant autiste, unique, qui se trouve sous nos mains. L'objectif est également de situer le travail sur le corps sensible que propose la Psychopédagogie Perceptive au sein d'un courant scientifique.

Mais la connaissance de toutes ces théories est-elle nécessaire pour offrir à l'autiste un rendez-vous inédit avec lui-même et avec l'autre ? La troisième partie est pratique et tente de répondre aux questions suivantes : *Par l'utilisation des outils de la Psychopédagogie Perceptive, comment transformer un rendez-vous thérapeutique en une situation extra-quotidienne où la nouveauté peut jaillir ? Et comment faire pour que l'enfant apprenne de ce moment et lui donne une signification concrète transférable dans sa vie quotidienne ?*

La pathologie est source d'enseignement, souvent pour la « normalité » elle-même. Cet argument justifie également notre recherche. Ne pouvons-nous pas dire, même si l'autiste profond est différent de celui présentant un spectre d'autisme, qu'à certains moments dans

notre vie, dans certaines situations, nous pouvons nous surprendre à adopter des comportements dit « autistes » ? Une étude sur les stratégies adoptées par l'autiste profond n'est-elle pas source de connaissance pour toute pathologie de non-être vécue par nous-même ou nos patients ?

5. La Psychopédagogie Perceptive et l'autisme

Nous pouvons nous poser la question de savoir si une recherche sur l'autisme profond a sa place dans une formation de « Psychopédagogie Perceptive ». Lors d'un cours, Eve Berger, psychomotricienne et professeur en Psychopédagogie Perceptive, s'est posée la question de savoir s'il ne faudrait pas élargir la définition de la Psychopédagogie Perceptive. En effet, cette pédagogie s'adresse à des personnes capables de communiquer par un langage verbal, capables de partager leur attention et leurs pensées avec autrui ; ce qui n'est pas le cas de l'autiste profond.

D'autre part, un des thèmes central abordé lors de la première année de ce mestrado était le développement d'un quotient d'intelligence sensorielle (QIS) défini par la capacité de l'individu à entrer en relation avec lui-même, les autres, les événements, et sa capacité à donner une signification à cette relation. Si le but de ce QIS est de donner une place à un individu dans un continuum bipolaire, ce continuum ne devrait-il pas inclure les deux pôles extrêmes ? Peut-on alors exclure l'autiste profond qui, comme je le développerai dans le premier chapitre de ce mémoire, est complètement privé d'intelligence sensorielle ? Néanmoins, il faudra admettre que tous les outils de la Psychopédagogie Perceptive ne sont pas utilisables directement avec l'autiste profond. L'application de la méthodologie de la Psychopédagogie Perceptive sera l'objet du chapitre onze.

PARTIE I : L'AUTISME

1. Introduction

« Pour la compréhension ultime de l'autisme, nous devons avancer plus loin dans nos conceptualisations et nos techniques d'évaluation. Il faudrait peut-être dépasser tout ce que l'on peut imaginer... » (Sacks, 1999 :390)

Le terme « autisme » – du grec *autos* « soi-même » – a pour origine l'impression donnée par l'autiste d'être complètement replié sur lui-même. La relation au monde extérieur des enfants présentant ce problème de développement est perturbée de manière singulière et immuable, dès leur plus jeune âge, avant 3 ans. Ils ont peu de conscience sociale, communiquent peu ou pas du tout, et ont des crises de colère inexplicables. « Leur développement n'est pas tellement retardé, il est d'une autre nature. » (Hendriks, 2000 : 11) Leur relation au monde, différente qualitativement, s'exprime dans au moins trois domaines différents : les interactions sociales ; les capacités imaginaires de communication et de comportements ; des intérêts et des activités répétitives, stéréotypes. (American Psychiatric Association, 1994).

La cause exacte de l'autisme n'est pas (encore) connue, même si des recherches auraient tendance à montrer une origine innée. La localisation corporelle exacte du problème reste inconnue à ce jour, mais on suppose, vu la grande différenciation des symptômes, qu'elle se trouverait à un niveau basal (et donc avec beaucoup d'influence) dans le cerveau. Cette hypothèse sera argumentée à partir d'un point de vue microgénétique, dans le chapitre sur le développement de la conscience situé en annexe.

Au sein du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (American Psychiatric Association, 1994), l'autisme est classifiée parmi les troubles envahissants du développement. Pour le DSM-IV, tout le développement de l'individu est atteint.

1.1 *Fascination pour l'autisme*

L'autisme est une maladie qui me fascine, tout comme elle fascine beaucoup de personnes. Cette curiosité a pour origine le mélange d'étrangeté et de familiarité dégagée par l'autiste (Hendriks, 2000 :11). D'une part, il nous est familier, car vu de l'extérieur il nous ressemble, il a un corps avec deux jambes, deux bras, un tronc, une tête et deux yeux. Mais malgré cette ressemblance, l'autiste semble différent de nous, il nous intrigue. En interaction avec lui, il semble être « une espèce étrange entre nous » (Sacks, 1999 : 295). Il lui manque tout ce qui est essentiellement humain : « L'autisme est une pathologie qui fascine car elle semble être une atteinte de la condition humaine. » (Happé, 1995 : 111)

1.2 *L'autiste-sauvage*

De tout temps, des personnes réagissent avec un mélange de curiosité et de consternation face à des autistes. Même s'il a fallu attendre les travaux de Kanner (1943) pour que « l'autisme infantile » soit décrit comme une maladie, l'histoire montre que la fascination de ce sentiment de « rareté » provoquée par l'autiste est très ancienne. Depuis toujours on raconte des histoires sur certains êtres humains qui ont des comportements montrant une lacune au niveau des compétences sociales, imaginaires ou communicatives, que nous pourrions aujourd'hui classifier sous le dénominateur d'autiste.

Uta Frith (1997) , professeur à l'Institut de neurologie cognitive de l'University College de Londres, a effectué des recherches sur l'origine de la force d'attraction exercées par les personnes autistes sur d'autres personnes, dans les mythes et les contes, et notamment dans l'histoire des « enfants échangés ». Elle raconte que la nuit, quand les étoiles brillent au firmament, des elfes apparaissent, se laissent éblouir par les enfants humains et les ramènent avec eux dans leur monde. Pour remplacer l'enfant qu'ils ont emmené, ils déposent un de leurs propres enfants dans le berceau, enfant qui se révèle réfractaire à toute éducation. Ces enfants ont le même physique que les hommes mais, au lieu de parler ou de rire, ils ne cessent de pleurer ou, au contraire, restent en arrière plan. Uta Frith a effectué un parallèle avec les enfants autistes. Ces enfants « échangés », contre toute attente, peuvent dire deux ou trois mots, donnant ainsi l'impression qu'ils peuvent parler, mais qu'ils ne le font pas parce qu'ils veulent pas, qu'ils sont de mauvaise volonté.

Plus récemment, nous retrouvons la même fascination pour le comportement autistique des « enfants loups », comme le montre le cas de Victor, garçon sauvage découvert dans les forêts de l'Aveyron et qui semblait, au vu de son caractère sauvage et de son comportement asocial, avoir été élevé en dehors de la civilisation. Nul ne savait si Victor était différent depuis sa naissance — raison pour laquelle il aurait été abandonné — ou si sa vie sauvage était la conséquence de son isolement social. Son maître, le médecin Jean-Marc Itard, a laissé un récit détaillé de son accompagnement de Victor. Après cinq années d'un travail intensif, pendant lesquelles Victor a appris quelques compétences pratiques et communicatives, Itard a abandonné son projet d'accompagnement. L'autiste-sauvage est différent des enfants influencés par notre culture, il a un accès direct à la nature, aux animaux et plantes.

1.3 L'autiste-savant

Bien que la plupart des autistes montrent un retard mental, le niveau des compétences intellectuelles reste très disparate au sein de la population autistique.

La question qui se pose est de savoir si l'autiste a effectivement un potentiel intellectuel inférieur à la moyenne, ou si ses capacités en relation avec le monde extérieur n'ont pas été développées, faute d'opportunité. Nous reviendrons sur cette question ultérieurement, en nous basant sur la notion de « structural coupling » de Maturana et Varela.

Certains autistes ont un QI normal, parfois même supérieur à la moyenne de la population non-autiste. « Ce n'est donc pas un manque d'intelligence dans le sens général du terme qui fait de l'autiste un étranger, mais un manque spécifique de notion, de feeling pour la signification qu'on donne à certaines choses sous-jacentes, liées au contexte. » (Hendriks, 2000 : 19)

L'autiste-savant se caractérise par un profil de développement dysharmonique : ses prestations sont faibles dans le domaine social et communicatif, tandis que ses compétences, dans les domaines où l'intersubjectivité ne joue pas de rôle significatif comme la mémoire mécanique ou la spatialisation, sont exceptionnelles. Dans ces domaines, ses compétences sont supérieures aux autres compétences et à la norme moyenne. On les nomme des « îlots de prestation » ou des « splinter-skills ». Il s'agit de « compétences savantes » qui peuvent se manifester dans différents domaines comme le dessin, la musique, le calendrier, la mécanique... L'exemple le plus connu est probablement celui de « Rain Man », personnage joué par Dustin Hoffmann dans le film du même nom.

1.4 L'autiste-machine

Une autre métaphore utilisée pour désigner les autistes a pour origine des mythes plus contemporains tels que les héros, presque humains, de Star Trek. Beaucoup d'autistes peuvent s'identifier à l'androïde Data, qui a une apparence humaine, mais constituée de mécanique sophistiquée. Sacks nous offre, après une conversation avec Temple Gradin, ingénieur et biologiste cette identification de l'autiste avec Data. « « Je me sens lié à Data », raconte Gradin en quittant la ferme. Elle aime Star Trek et son personnage préféré est Data, un androïde, qui malgré son manque d'émotions, est très curieux de savoir ce que veut dire « être humain » et qui observe de très près le comportement humain, l'imitant même parfois, mais surtout désirant ardemment être un homme. Beaucoup d'autistes s'identifient à Data ou à son prédécesseur Mr. Spock » (Sacks, 1999 : 392).

« Normalement l'homme semble avoir un sixième sens pour les règles implicites et les structures sous-jacentes de la société. Ceci est le plus grand manque de l'autiste : il agit au pied de la lettre, au lieu de s'appuyer sur les compréhensions implicites qui relient les hommes entre eux. De par sa rigidité, le comportement autistique fait penser à la régularité mécanique des machines. » (Hendriks, 2000 : 19).

L'autiste n'est pas un robot, mais le stéréotype de l'autiste-robot ou de l'autiste-machine est très parlant.

2. Historique

La connaissance scientifique a beaucoup progressé depuis les premiers articles publiés par les chercheurs ayant travaillé sur l'autisme. La littérature montre une multitude de théories concurrentes ou complémentaires qui expliquent différents niveaux de la de symptomatologie de l'autisme. Ces recherches permettent de mieux comprendre le développement déviant des enfants autistes et ont progressé dans l'accompagnement de la personne autiste. Mais il reste encore un long chemin à parcourir, car l'autisme ne peut toujours pas être prévenu ni guéri.

« Le terme 'autisme' a été utilisé pour la première fois à Nijmegen, aux Pays-Bas. Dans l'annuaire de l'année 1939-1940 l'autisme est pour la première fois une catégorie séparée, qui est caractérisée par une 'appréciation de soi démesurée' : 'se tenir exclusivement à une certaine direction, qui fait que l'individu est trop peu orienté envers l'extérieur et que son appréciation ne concerne que lui-même'. » (Hendriks, 2000 : 30) Ces symptômes ressemblent aux descriptions qui seront faite ultérieurement, notamment à celles de Kanner qui sont les plus connues.

2.1 Autistic disturbances of affective contact, Leo Kanner

Le pédopsychiatre Leo Kanner (1896-1981), autrichien de naissance, a vécu et travaillé aux Etats-Unis de 1924 jusqu'à sa mort.

Dans l'article novateur que Kanner a publié en 1943, il décrit onze enfants (huit garçons et trois filles) qu'il suit à l'hôpital John Hopkins. Ces enfants présentent des caractéristiques semblables qu'il a classifiées sous un dénominateur commun après une observation précise : « Autistic disturbances of affective contact ». Ces enfants présentent, dès leur plus jeune âge, des signes de ce que Kanner appelle une « extrême solitude autistique »,

c'est-à-dire une incapacité à développer des relations normales avec des personnes ou des situations. Ces enfants ont tendance à nier tout ce qui vient de l'extérieur.

Les parents, pour décrire leurs enfants, utilisent les termes suivants : « suffisance », « enfermé dans une coquille », « plus heureux quand on le laisse seul ». Leur manque affectif contraste avec leur mémoire mécanique très développée. Ils sont capables de mémoriser une grande quantité d'informations « sèches », comme le contenu d'une page d'encyclopédie ou des séries complexes. Trois des onze enfants ne communiquent pas du tout, les autres parlent mais de manière automatique, sans réellement communiquer : ils sont capables de mémoriser des mots, mais les répètent machinalement hors de leur contexte (écholalie).

Ces enfants sont hypersensibles à toutes les nuisances provenant de l'extérieur telles que les bruits d'aspirateur ou de papier froissé. Ils sont également paniqués à toute modification de leur environnement, montrant ainsi un répertoire très limité d'activités spontanées : leurs mouvements, langage et pôles d'intérêts sont au contraire très répétitifs.

Les enfants montrent une relation intelligente aux objets mais restent indifférents aux personnes humaines. Ce n'est pas qu'ils ne soient pas conscients de la présence des autres, mais si les personnes les laissent tranquilles, elles jouent le même rôle qu'une armoire, une chaise ou un bureau... Les enfants sont en extase quand ils ont du pouvoir sur un objet, par exemple en le faisant tourner, mais ne jouent jamais avec d'autres enfants. « Une solitude profonde envahit tout leur comportement. » (Kanner, 1956 : 558)

Ce manque affectif existe dès leur plus jeune âge. Les parents racontent que lorsqu'ils étaient bébés, ils n'anticipaient pas pour être pris dans les bras, ils ne reconnaissaient même pas cette action. « C'est comme si nous prenions une poupée dans nos bras. » Ce critère d'apparition dès le plus jeune âge est utilisé par Kanner pour les distinguer de la schizophrénie infantile.

« Vu la solitude des enfants à partir de leur naissance, il est peu probable que toute la problématique puisse être réduite à la nature des premières relations entre parents et enfants. On doit supposer que ces enfants sont nés avec une incapacité innée d'avoir un contact biologiquement affectif avec d'autres personnes. » (Kanner, 1943 cité par Hendriks, 2000 : 32)

2.2 Affinement diagnostique

La définition originale de l'« early infantile autisme » de Kanner a été modifiée à plusieurs reprises. Sur la base de nouveaux cas cliniques, Eisenberg et Kanner (1956) se sont focalisés sur deux caractéristiques essentielles : « l'extrême solitude autistique » et « le désir de ne rien changer, de tout garder comme avant ». La caractéristique du retard dans le développement du langage vient en arrière-plan et est considérée comme « issue de l'altération fondamentale dans la relation humaine » (Eisenberg & Kanner, 1956 : 558)

D'autres auteurs, comme Ornitz et Rivo (1968) ont mis l'accent, dans leur définition, sur un trouble des récepteurs de la perception, aspect ignoré par Kanner.

L'âge d'apparition de l'autisme a beaucoup été discuté par les différents chercheurs. Pour Kanner, un développement anormal à partir de la naissance est un des facteurs primordiaux permettant de poser le diagnostic d'autisme, même si ultérieurement cet aspect a pris moins d'importance pour lui. Certains enfants semblent se développer normalement jusqu'à l'âge de un ou de deux ans, avant l'apparition d'une perte de compétences. Certaines définitions n'indiquent aucun âge d'apparition de cette maladie.

Rutter (1966) a effectué une recherche sur 63 enfants psychotiques. Il a comparé ce groupe d'enfants psychotiques (qui ressemblent beaucoup aux enfants de Kanner) à un groupe

de contrôle d'enfants non psychotiques. Toute recherche scientifique et tout diagnostic demande de tenir compte de l'âge mental attribué à l'enfant. En effet, les compétences communicatives d'un enfant de quatre ans, avec un âge mental de six mois, n'aura pas les mêmes compétences communicatives. Le diagnostic de l'autisme se fait sur la base de manques qualitatifs qui n'ont pas de conséquence sur le fonctionnement mental. La définition proposée par Rutter a énormément influencé les chercheurs dans ce domaine.

« Voici les quatre critères : (1) début du phénomène avant l'âge de 30 mois, (2) développement social altéré, accompagné d'un certain nombre de caractéristiques spéciales, indépendantes du niveau intellectuel de l'enfant, (3) développement langagier retardé et déviant, accompagné de certaines caractéristiques définies, indépendant du niveau intellectuel de l'enfant, et (4) insistance sur la similitude, comme démontré par des modèles stéréotypés de jeu, préoccupations anormales ou résistance au changement » (Rutter, 1978: 156)

2.3 Spectre de troubles autistiques

Certains comportements retrouvés chez l'autiste apparaissent quelques fois de manière transitoire dans le développement d'enfants non autistes. Les contraintes de socialisation, d'imagination et de communication forment, selon Wing et Gold (1988), le noyau d'une série de phénomènes cliniques, que Wing a défini comme un « continuum ou spectre de troubles autistiques ». En plus des trois symptômes centraux (socialisation, communication, stéréotypies), Wing a signalé des caractéristiques liées à l'interaction des trois symptômes centraux. Les enfants se trouvant dans ce continuum montrent des comportements répétitifs et stéréotypiques. D'autres troubles psychiques sont rapportés, Wing note également des troubles du langage, de la coordination motrice, de réaction aux stimuli perceptifs et des altérations des compétences cognitives.

2.4 Syndrome d'Asperger

Dans cet historique des travaux sur l'autisme, nous ne pouvons oublier les recherches du médecin viennois Hans Asperger (1906-1980). Ses travaux ont souvent été mentionnés ces dernières années, car ils montrent des caractéristiques manquantes aux recherches de Kanner. « Aujourd'hui la description de Kanner est associée à l'autisme classique, de bas fonctionnement. Le rapport d'Asperger attire l'attention sur l'existence d'enfants autistiques plus âgés et bien développés, sans retard verbal. » (Frith, 1991)

Les observations effectuées de manière séparée par ces deux chercheurs montrent des similitudes. Kanner et Asperger décrivent tous deux des problèmes au niveau social (selon Asperger : un manque d'empathie et une pauvreté à établir des relations), et au niveau de la communication non verbale (gestes et langage corporel). Ils ont également observé une résistance au changement, un évitement du regard et des intérêts étranges et unilatéraux.

Par contre, les observations sur le plan moteur et verbal diffèrent selon les auteurs. Les enfants de Kanner montrent un retard, voire même une aberration de la communication verbale, là où les enfants de Asperger sont très bavards, presque comme des petits adultes. La plupart des enfants de Kanner présentent une motricité habile et semblent avoir une meilleure relation avec les objets qu'avec des personnes, là où les patients d'Asperger sont très maladroits et ont une relation au monde perturbée dans tous les secteurs.

2.5 DSM IV et diagnostique

Dans la quatrième édition du *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, le *DSM IV* (American Psychiatric Association, 1994), l'autisme est classifiée dans la catégorie des « troubles envahissants du développement ».

En plus de l'altération des interactions sociales, de la communication et de l'imagination, les autistes présentent souvent des troubles du comportement telle que l'hyperactivité ou la colère. Ils peuvent également avoir des réactions inhabituelles aux stimuli sensoriels telle que l'hypersensibilité ou la fascination pour des couleurs, des odeurs, des attouchements. De plus et indépendamment du niveau de développement général, on constate souvent un profil cognitif dysharmonieux : une bonne notion visuo-spatiale pour des compétences verbales très faibles. Toutes les combinaisons sont possibles, aucune règle fixe ne peut être appliquée. Des troubles de l'alimentation (ils n'aiment pas certains aliments ou ne mangent pas d'autres aliments de manière obsessionnelle) et des troubles du sommeil sont fréquents, alors que l'autodestruction est moins probable (mordre dans sa propre main, taper la tête contre le mur). Souvent, ils ne perçoivent pas le danger réel bien qu'ils puissent éprouver une peur excessive pour des choses banales, comme par exemple pour la couleur verte.

2.6 Actualité

Actuellement, en Belgique, les enfants présentant un trouble dans leur relation au monde, se retrouvent souvent avec un diagnostique de spectre d'autisme. Certains symptômes présentés par ces enfants se retrouvent dans d'autres troubles du comportement. Ces enfants, présentant ces symptômes indifférenciés, étaient auparavant classifiés dans le groupe ADHD (Attention Deficit Hyperactive Disorder) ou ADD. Actuellement, une « mode » fait que ces enfants sont diagnostiqués avec un spectre d'autisme.

Pour Hendrickx, l'origine de la symptomatologie est primordiale. Il ne parle d'autisme que lorsque les symptômes neurologiques sont structurels, quand l'infrastructure cérébrale est atteinte. Toute autre symptôme, où l'infrastructure cérébrale est sauvegardée, même quand elle présente un mauvais fonctionnement créant ainsi un trouble du comportement, ne fait pas

partie de l'autisme. Il dénomme ces symptômes des « troubles du contact », en Psychopédagogie Perceptive nous pourrions parler de « pathologie du non-être ».

Tout comme les enfants autistes, la relation à une réalité commune est difficile pour eux. A certains moments, quand le contact avec la réalité est trop menaçant, l'enfant hypersensible se retire dans sa réalité subjective. Contrairement aux enfants autistes profonds, cette réalité subjective n'est pas sans langage interne, sans signification, sans imagination... Au contraire, ces enfants ont souvent une vie interne très riche, où des insectes, des chevaliers, des dinosaures, des planètes sont acteurs d'histoires pleines de fantaisie. Ils peuvent orienter et maintenir leur attention dans une réalité, et utiliser des stratégies de pensées complexes, non stéréotypées ou rigides. Dans les situations où la réalité commune n'est pas menaçante, ils peuvent s'ouvrir et établir une relation avec elle. Mais leur difficulté à avoir une prise sur les événements fait qu'ils n'aiment pas trop le changement et la nouveauté. Ils veulent que les choses restent telles qu'elles sont. L'adaptabilité aux événements de la vie n'est pas leur point fort. Nous pouvons donc dire que l'interruption de leur relation au monde est temporaire et réversible...

3. Comportement et développement

« Ne vous hypnotisez pas sur le comportement problématique, ce n'est que la pointe de l'iceberg. » (Bogdashina, 2004 :137)

Que signifient les altérations des interactions sociales, de la communication et de l'imagination, et un caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités ? Comment les compétences de l'enfant non autiste se développent-elles ? En quoi et comment le développement de l'enfant autiste est-il différent ?

3.1 Socialisation

« Normalement, les premiers signes de reconnaissance sociale, comme la préférence pour la voix ou le visage humain parmi tous les stimuli, se manifestent dans les premières semaines de vie. D'autres événements marquent un développement social normal : apprendre à lire des significations et des émotions sur le visage des parents (ou du soigneur), commencer à communiquer avec les yeux et la voix, apprendre à distinguer les parents des autres personnes, à partir duquel le reste du monde peut être découvert, l'intersubjectivité peut être atteinte et le développement des compétences sociales peut être diversifiées suivant les contacts avec les enfants du même âge. » (Hendriks, 2000 : 41).

Sur le plan de cette intersubjectivité, l'autiste échoue. Des troubles de la reconnaissance sociale se manifestent très tôt dans le développement des enfants autistes. Certains nouveau-nés ne semblent pas apprécier le fait d'être soulevé de leur berceau et donnent l'impression d'une poupée inerte quand ils se retrouvent dans les bras d'un adulte. Ils n'établissent pas de contact visuel et n'imitent pas les expressions du visage : ils ne sourient

pas quand l'autre le fait. Parfois, le bambin peut s'attacher plus particulièrement à une personne et même être très lié à celle-ci, mais plus par habitude que par lien affectif. « En général, l'enfant ne semble pas être attiré par les personnes se trouvant autour de lui. Il ne manifeste pas l'intention de partager ses intérêts, sa joie, sa surprise ou sa fierté avec d'autres. » (Hendriks, 2000 : 42)

Baron-Cohen et Bolton (1997) décrivent le cas d'un enfant autiste qui n'allait jamais vers ses parents après une chute pour montrer où il s'était fait mal, car il était trop occupé à mettre des briques en ligne pour partager sa souffrance avec des personnes « importantes » de sa vie. L'autiste ne recherche pas les contacts sociaux par lui-même.

Wing et Gould ont proposé en 1979 une typologie qui couvre l'entièreté de l'altération des interactions sociales. Le premier groupe décrit par ces auteurs, est constitué d'enfants se tenant à l'écart et présentant de sérieuses altérations de l'interaction sociale. Certaines personnes restent indifférentes à chaque tentative de rapprochement. Leur solitude est extrême. Un deuxième groupe développe un style passif d'interaction. Spontanément, ils ne cherchent pas de contact, mais acceptent d'être approchés par d'autres et n'opposent pas de résistance aux activités proposées par le groupe. Un troisième groupe est constitué de sujets qui prennent l'initiative du contact social (surtout avec des adultes), mais de manière inadéquate. Ils n'arrivent pas à se mettre à la place de l'autre, à comprendre ses désirs et ses besoins. Ils sont trop préoccupés avec leurs stéréotypies, comme par exemple ne parler que de nombres premiers, parler à tort et à travers, et aucun événement ni aucune personne ne peut les arrêter. Ces comportements font que ce groupe est actif mais perçu de manière étrange, ce qui fait que ces enfants sont plus difficilement acceptés que ceux du groupe passif. Quelques-uns changent de catégorie pendant leur développement.

3.2 Communication

« Les troubles du langage et de la communication font probablement suite à un manque fondamental de relations humaines. L'autiste semble ne pas posséder les outils ou le désir d'atteindre une compréhension partagée du monde. » (Lord & Paul, 1997)

En situation de normalité, les premières compétences communicatives se développent très tôt. Par des gestes simples, puis plus complexes, et une lecture des outils de communication non verbale (postures corporelles et expressions du visage), l'enfant exprime ses désirs et ses sentiments et peut ainsi interagir avec les objets et les personnes. Ce processus s'accompagne progressivement de sons que les parents apprennent à décoder.

« L'enfant apprend à participer à la communication en riant spontanément ou en réponse à des sourires, et en regardant l'autre dans les yeux. L'utilisation d'une référence (pré-verbale) se développe en regardant ensemble quelque chose qui attire notre attention. Autour de son premier anniversaire, le bredouillement et l'imitation de sons laissent place à des phrases constituées d'un mot. Les premières commandes sont comprises. Si l'enfant apprend qu'il est capable de communiquer avec le langage, le vocabulaire augmente très rapidement jusqu'à environ trois cents mots vers l'âge de deux ans. » (Hendriks, 2000 : 44)

Le développement de la communication de l'enfant autiste est perturbé dès le plus jeune âge. Nourrisson, il semble sourd à tous les sons et à toutes les paroles émis qui tentent de communiquer avec lui. Par contre, il peut réagir violemment sur d'autres bruits. Quand il pleure, on ne peut le consoler, il babille peu et quand il le fait, c'est avec peu de variation. « L'attention partagée, le fait que l'enfant communique ses intérêts ou ses désirs, reste remarquablement absent, ce qui est le prédécesseur le plus important du langage symbolique ou défermé. Quelqu'un qui n'a pas de notion de 'joint attention' n'ira pas plus loin que l'expression de besoins primaires. Celui qui ne recherche pas après des références communes,

ne va jamais réagir de manière spontanée quand il est sollicité par d'autres. » (Hendriks, 2000 : 44)

Si néanmoins le langage se développe, la compréhension et la production active du langage sont retardées. De manière très spécifique, ces enfants présentent une perturbation de la sémantique, c'est-à-dire de la représentation symbolique d'un événement ou d'un objet en langage significatif. Ils comprennent difficilement les expressions abstraites ou figurées et prennent au pied de la lettre la signification du langage. Une question comme « as-tu perdu ta langue ? » peut les entraîner dans une quête.

Les autistes ont un problème de conceptualisation. Au lieu de se laisser guider par la signification des mots, en appelant un verre « gobelet » comme le font beaucoup d'enfants, les autistes font l'inverse : ils emploient le mot gobelet pour un verre en particulier, pour celui qu'ils ont nommé pour la première fois « gobelet ». « Si un autiste a mémorisé une pomme rouge, on ne pourra pas le persuader qu'une pomme verte est une pomme. » (M. Naulaerts, 2005)

Les problèmes de langage chez l'autiste ne sont pas premiers, ils résultent d'une altération de la communication, car l'autiste ne compense pas par des moyens de communication alternatifs comme le langage des gestes. Ils ont surtout des problèmes à comprendre des gestes symboliques qui, à première vue, n'ont rien à faire avec la signification.

« Même l'autiste a besoin d'un contact significatif au monde. Mais comment établir ce contact quand le langage ne fonctionne pas ? » (Wing & Gold, 1979 : 111). Dans les études effectuées sur l'autisme, la communication et le contact sont trop souvent réduits au langage verbal. Comme la communication ne se développe pas chez l'enfant autiste profond, les parents et accompagnateurs se retrouvent souvent à bout et désespérés. Mais serait-il possible d'envisager des moyens alternatifs pour pénétrer le cocon de l'autiste, pour établir un contact

et une communication ? Le « dialogue tonique », tel que décrit par Julian de Ajuriaguerra, est une alternative qui mériterait d'être étudiée de plus près. Le Professeur Danis Bois a également développé des techniques basées sur cette modulation tonique pour amorcer une communication avec l'individu. Dans la partie pratique de ce mémoire, nous décrirons cette méthodologie en détail ainsi que les outils proposés qui constituent la base de notre travail avec les enfants autistes.

3.3 *Imagination*

Associé aux altérations de la communication, un manque d'imagination est également présent chez l'enfant autiste. Son manque d'imagination peut être observé dans la pauvreté de variations des jeux, dans l'absence de jeux spontanés imaginaires ou de jeux d'imitations sociales. « Les capacités communicatives et imaginatives supposent toutes deux la formation d'un espace cognitif, d'un langage interne ou des mots représentant la réalité. » (Hendriks, 2000 : 46) Cette distinction entre « ce qui est moi » et « ce qui n'est pas moi », entre moi et le monde, est à la base de cet espace cognitif qui fait défaut à l'enfant autiste.

Chez un enfant non pathologique, le jeu se développe dans les premières années par la manipulation des jouets, en les prenant dans la bouche et plus tard en combinant plusieurs objets (par exemple en les empilant).

Le jeu fonctionnel, comme l'utilisation d'une tasse pour faire boire une poupée, se développe vers la fin de la première année. Dans le jeu symbolique – entrevu comme un signe externe de langage interne – qui apparaît vers 18 mois, l'activité n'est plus restreinte à la qualité physique de l'objet. Puis, vers deux ans, le jeu d'imitation sociale prend forme, jeu où l'enfant se met dans la peau d'une autre personne (réelle ou fictive) et prétend réellement être cette personne.

Chez les enfants autistes le développement des capacités imaginatives s'effectue de manière radicalement différente. Le jeu de l'enfant autiste est déterminé par la recherche de stimuli sensoriels tels que le goût, l'odorat, la couleur ou la propriété tactile d'un objet, que par sa fonction, ce qui contraste violemment avec le jeu d'un enfant qui se développe de manière normale. Ainsi, l'autiste peut s'intéresser à une petite voiture, non pas pour sa signification, mais pour ses roues qui tournent. D'autres enfants autistes jouent de manière stéréotypée, par exemple avec une poupée : ils bougent systématiquement les bras de haut en bas, mais ne peuvent jouer avec leur poupée comme si c'était un bébé, il vont ni la laver, ni la nourrir, ni la consoler Et le jeu imaginaire, où le morceau de bois représente un fusil, reste absent. Un enfant autiste semble préférer mettre les objets en ligne.

De plus, l'imitation des expressions du visage et d'autres signaux non verbaux semble difficile. Quelques enfants apprennent à imiter, mais de manière très superficielle, ils reproduisent une copie « vide » des actes humains, sans compréhension de la signification sous-jacente, sans éprouvé de l'expérience interne.

3.4 Comportements répétitifs et stéréotypés

Le dernier symptôme décrit dans le DSM IV est le « caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités ». Le comportement autistique est caractérisé par une rigidité qui contraste avec la manière des enfants normaux de s'approprier l'espace. Malgré leur besoin de structure et de répétition, les enfants non-autistes se lancent dans la vie comme dans une aventure incertaine. Ils montrent une curiosité pour la nouveauté, ils désirent grandir et faire tout de suite ce qu'ils ne sont pas encore capables de faire. (Van Berckelaer-Onnes & Van Engeland, 1992 cité par Hendriks, 2000 : 48).

Les autistes ne sont pas pareils. Ils sont anxieux, ils tiennent à leurs habitudes, aux règles, aux routines, aux rituels et à l'ordre, comme si à chaque petit changement, le monde

qu'ils se sont construits avec beaucoup de peine se morcelait. Au vu de leur manque de globalité, de vision panoramique et de cohérence symbolique, cette manière de faire est apparemment leur seule possibilité pour atteindre un minimum d'ordre et de sécurité. « Leur cerveau ne fonctionne peut-être que de cette manière. Pour l'autiste, quelle que soit la situation, tout doit être à sa place. » (Hendriks, 2000 : 48)

Cette résistance au changement peut se manifester dans de multiples lieux : une surprise pendant un dîner comme un nouveau goût (ce qui rend difficile la prise de médicaments), une inégalité par terre, une pièce de puzzle manquante, le plus petit détail peut venir troubler l'autiste.

Le comportement répétitif se manifeste de plusieurs manières : par des mouvements corporels stéréotypés, chiffonner des petits pluches, tourner inlassablement les objets ronds, jusqu'aux préoccupations plus spécifiques comme allumer et éteindre la lumière, les départs et les arrêts des trains, etc.

Axel, un petit garçon que je suis depuis plusieurs mois, vit dans l'histoire de Blanche Neige, il imite constamment les personnages du film et un des seuls mots qu'il sait dire est « nain ». Quand la télévision est allumée, elle doit être branchée sur le film de Walt Disney, sinon il s'agite et court avec beaucoup de violence autour de la table en criant très fort « nain, nain, nain... » L'activité préférée de Joli, autre enfant autiste de 4 ans, est de frapper à avec une main contre les feuilles d'une plante se trouvant dans mon cabinet.

Selon Wing (1988), cette nécessité de répétition, qui est très liée au manque d'imagination, se produit aussi chez des enfants non autistes. La grande différence se trouve dans l'intensité du comportement. Chez l'autiste, le besoin de répétitions domine totalement l'activité spontanée. Une personne autiste est tellement attachée à ses habitudes que ces dernières vont dominer sa vie. Des changements dans son environnement peuvent causer des

paniques, des affolements, comme la crise de panique de *Rain man* provoquée par le déplacement de son lit.

3.5 Empathie

Une dernière restriction importante de l'autiste est le manque l'empathie. L'empathie désigne classiquement la capacité à se mettre à la place d'autrui afin de comprendre ce qu'il éprouve. « Les phénomènes d'empathie comprennent une composante affective et une composante cognitive et reflètent la capacité de partager et de comprendre les états mentaux et physiques d'autrui en se mettant à sa place de façon intuitive et non consciente. » (Leao, 2002 : 57)

« On prête à Lipps, psychologue de la fin du XIXème siècle, la paternité du terme 'empathie'. Lipps définit l'empathie comme 'le fait de participer à l'activité interne de celui dont on perçoit un certain mouvement expressif, et de la faire dans une totale harmonie avec lui.' » (Leao, 2002 : 58)

3.5.1 Historique : « Einfühlung » de Husserl

Edmund Husserl (1859-1938), père du mouvement phénoménologique allemand, a élaboré la notion d'empathie (*Einfühlung*) comme la faculté d'inclure dans son propre environnement celui d'autrui, ce qui permet d'élargir son champ d'expérience aux dimensions du monde. « Mais pour autant que toute subjectivité est constitutive de son champ d'expérience, si je suis constitutif de mon champ d'expérience, la subjectivité d'autrui ne cesse jamais d'être constitutif du sien, de sorte que lorsque j'étends mon champ d'expérience pour y englober celui d'autrui dont je peux me représenter par empathie comment sa subjectivité lui constitue, mon champ d'expérience élargi n'est plus subjectif mais

intersubjectif puisqu'une partie au moins en est constitué à la fois par ma subjectivité et par celle d'autrui. » (Berthoz & Jorland, 2004 : 11). « Husserl a fait de l'intersubjectivité le point de départ d'une intelligence de l'empathie. » (Petit, cité par Berthoz & Jorland, 2004 : 12)

3.5.2 L'empathie du point de vue de la psychologie cognitive

Nous pouvons observer des recherches effectuées en psychologie cognitive l'absence de deux notions importantes sont absentes : l'empathie est réduite à un acte mental, où le corps n'a pas de fonction, et dans les processus empathiques, il s'agit toujours de se mettre à la place d'autrui – disons plutôt dans le point de vue d'autrui – mais jamais de laisser venir l'autrui à soi.

Jean Decety, professeur de neurosciences sociales à l'Université de Washington, effectue une véritable anatomie de l'empathie qu'il définit comme une simulation mentale de la subjectivité d'autrui. « Il la décompose en deux, d'une part une résonance motrice non intentionnelle, d'autre part l'adoption intentionnelle du point de vue d'autrui. » (Jorland dans Berthoz & Jorland, 2004 : 20)

« La résonance motrice est produite par les neurones miroirs [...] qui déchargent aussi bien quand le sujet agit que lorsqu'il observe un autre sujet accomplir l'action. » (Jorland, dans Berthoz & Jorland, 2004 : 22) Mais cette résonance motrice est-elle produite uniquement au niveau cérébral, au niveau des neurones ? Le corps ne participe-t-il pas à ce processus ? Des recherches montrent que les neurones miroirs ne sont activés que lorsque le sujet reconnaît l'action qu'il perçoit. Il doit donc posséder, quelque part stocké en lui, une référence de ce qu'il voit. Cette connaissance pratique, cette practognosie de Merleau-Ponty¹, a pour origine la capacité corporelle du sujet à manipuler le monde.

¹ Pour une explicitation de cette notion, voir chapitre 6

3.5.3 Empathie et autisme

Dans les recherches sur l'autisme, l'adoption intentionnelle du point de vue d'autrui est également réduite à un acte mental. Au lieu de se mettre dans la peau de l'autre, on se met à sa place. Les recherches sur les capacités empathiques de l'enfant autiste sont un bon exemple de cette proposition. Les chercheurs font l'hypothèse que l'enfant autiste ne développe pas de relation empathique au monde. Cette hypothèse a été vérifiée par Baron-Cohen, en s'appuyant sur le modèle d'une expérience de Wimmer et Perner, lors d'une expérimentation très simple mais parlante : le « Sally-Anne test ».

Sally a une bille qu'elle cache dans un panier avant de sortir de la chambre. Pendant que Sally reste à l'extérieur de la chambre, Anne déplace cette bille. Quand Sally entre à nouveau dans la chambre, où pense-t-elle retrouver sa bille ? Quand cette situation est présentée lors d'un jeu de théâtre de marionnettes à des enfants normaux de quatre ans ou plus, ces enfants peuvent prédire où Sally regardera, bien qu'ils sachent que la bille se trouve ailleurs. Ainsi, ils montrent qu'ils sont capables d'être conscients et, en même temps, ils peuvent comparer la (fausse) conviction de Sally (un état mental) et la situation réelle (un état physique). Des enfants de quatre ans présentant un retard mental ont cette capacité de méta-représentation, à l'exception des enfants autistes. Dans la recherche produite par Baron-Cohen, 16 des 20 enfants autistes avec un âge mental de 9 ans donnent la mauvaise réponse, même s'ils peuvent répondre correctement aux questions posées sur les faits. C'est sur la base de cette expérience que la « théorie de l'esprit »² a été formulée.

« Bien que les mécanismes exacts utilisés par les autistes à haut fonctionnement dans l'obtention d'une vie pseudo-normale restent inconnus, la manière empathique de se mettre dans la peau de l'autre et la liberté imaginative d'enfants normaux restent hors de leur portée.

² Voir chapitre 4.1 pour une présentation de la théorie de l'esprit

Quelques enfants se rapprochent et peuvent presque toucher la vie normale, mais ils en demeurent séparés par une faille insondable... » (Hendriks, 2000 : 110)

3.5.4 Perspectives pour la Psychopédagogie Perceptive

L'empathie est une donnée centrale dans l'approche de la Psychopédagogie Perceptive, donnée qui sera traitée dans la présentation de la méthodologie. Les questions suivantes seront abordées : Quel est le rôle du corps sensible dans le processus d'empathie ? Ce processus est-il uniquement intuitif et non-conscient ou est-il possible de l'influencer avec une volonté consciente ? L'empathie est définie comme un processus consistant à se mettre à la place de l'autre, mais est-il possible de l'envisager dans une interactivité à double sens : aller vers l'autre et accueillir l'autre en soi ?

Nous formulons l'hypothèse que proposer une approche du corps sensible à l'autiste permet d'envisager une nouvelle perspective de développement de sa capacité empathique. Cette hypothèse sera argumentée dans la partie théorique sur la Psychopédagogie Perceptive (chapitre 7.2.1) et les outils pour y accéder seront décrits dans la partie pratique.

PARTIE II : DEVELOPPEMENT THEORIQUE

Dans cette partie du mémoire, nous présenterons plusieurs grandes théories en relation avec l'autisme. Toute théorie du fonctionnement de l'homme est intéressante, dans la mesure où elle aide à mieux comprendre la réalité complexe, dans ces aspects pratiques. « Car, dès la fin du 19^{ième} siècle, les savants se sont habitués à considérer leurs lois et leurs théories non plus comme l'image exacte de ce qui se passe dans la Nature, mais comme des schémas toujours plus simples que l'événement naturel, destinés à être corrigés par une recherche plus précise, en un mot comme des connaissances approchées. » (Maurice Merleau-Ponty, 1948 : 15) Par conséquent, toute théorie ne peut être jugée comme « vraie » ou « fausse ». Sa vraie valeur réside dans la compréhension qu'elle peut offrir d'une réalité complexe.

L'autiste porte en lui quelque chose de mystérieux. Jusqu'à présent « la science » n'a pas encore trouvé de cause, ni de solution ou de remède adéquat. Le syndrome est étudié en partant de différents points de vue : la génétique, la biologie, la neurologie, les sciences cognitives, la sociologie... Chaque discipline ayant sa propre théorie, ses hypothèses, ses perspectives... Les tendances actuelles montrent donc une diversité de théories autour du sujet.

« A theory, like an organism, needs an environment to survive, to be challenged, and, perhaps to flourish. The environment of a theory is the zeitgeist into which it is borne. This environment includes not just the problems at the leading edge of the field and thus the questions considered to be important, but also the form of the research and the solutions that will satisfy the needs of the science. » (J. Brown, 2002 : 11) Tant que « la réponse » n'est pas trouvée, toutes ces théories demeurent à un stade hypothétique. Peut-être que dans un

« zeitgeist » (esprit du siècle) où les connaissances scientifiques sur l'autisme seront plus poussées, certaines d'entre elles seront confirmées ou d'autres dépassées. Mais cette quête pour trouver la cause ultime de l'autisme (« the holy grail ») va-t-elle offrir des solutions pratiques dans la vie quotidienne des personnes atteintes ? Si les scientifiques découvrent des facteurs biologiques provoquant la pathologie, ils pourront créer un médicament qui va aider les autistes. Par contre, si l'hypothèse que l'autisme est un accident qui survient dans l'auto-construction de l'individu se confirme, hypothèse que de nombreux chercheurs approuvent, la recherche d'outils permettant un développement du potentiel de l'enfant autiste devient primordiale. L'objectif de ce mémoire doit être compris dans ce contexte.

Dans un premier temps, nous présentons les théories issues de la recherche en psychologie cognitive. Ces recherches effectuées dans le domaine de l'autisme sont mondialement reconnues par la communauté scientifique. Puis, nous prenons la liberté de proposer deux théories plus expérimentales, la première sur le développement de l'intelligence et de la vie sociale, et la deuxième sur le fonctionnement de la conscience (en annexe). Au vu de ma passion pour les neurosciences, ces théories me tiennent au cœur. Enfin, par un détour dans la philosophie phénoménologique, nous présenterons les contours de la Psychopédagogie Perceptive et de la philosophie du sensible, cadres de références de notre pratique.

4. Théories de la psychologie cognitive

Selon les théories biologiques une ou plusieurs lésions cérébrales sont à l'origine de l'autisme. La localisation exacte de la lésion cérébrale n'est pas connue à ce jour. C'est la raison pour laquelle les recherches contemporaines se focalisent sur les fonctions psychologiques qui ont été perturbées. Rimland (1964) a fait avancer cette recherche en développant une théorie montrant qu'un trouble dans le traitement des stimuli est à l'origine de l'autisme. Il met l'accent sur la difficulté de l'enfant à intégrer de nouvelles expériences à ces anciennes expériences.

Les travaux d'Anthony (cité par Hendriks, 2000 : 54) sont tout aussi importants. Il considère que l'impact de cette perturbation de la perception de stimuli sensoriels sur les mécanismes centraux d'intégration et de coordination est primordial.

Pour Hutt (cité par Hendriks, 2000 : 54) l'autisme est la conséquence d'un état chronique de sur-sollicitation, probablement du système réticulaire, ce qui expliquerait les stéréotypes comme un mécanisme de défense. Le manque affectif et les autres problèmes de comportement émaneraient de la peur, de la frustration et de la confusion de l'enfant, parce son manque total de compréhension du monde.

Ce sont les travaux de Hermelin & O'Conner en 1970 qui ont permis à ce courant cognitif de réellement prendre forme. Leur recherche a démontré que ces enfants, dans leur contact avec la réalité, emploient toujours les mêmes stratégies opérationnelles, simples et rigides, au lieu de se laisser guider par la signification de la situation.

« Rick et Wings (1976) ont élaboré l'hypothèse que la difficulté dans le traitement de l'information sémantique provenait d'un problème basique de manipulation d'informations symboliques (comme le langage interne). Même si le développement anormal ne peut être

complètement expliqué, la difficulté à former des concepts sur un niveau d'abstraction plus élevé et de faire des liens significatifs peut être expliqué. Cette théorie permet d'éclaircir la problématique de la manipulation des émotions d'autrui. Il faut savoir lire les signaux subtils, non-verbaux, pour ensuite les interpréter et les intégrer dans un contexte d'expériences précédentes sociales.» (Hendriks, 2000 : 55)

4.1 Théorie de l'esprit : représentations du corps et de l'esprit

Plus argumentée est l'hypothèse de la « théorie de l'esprit » (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985).

Avec la question « Est-ce que les autistes ont une théorie de l'esprit ? », les chercheurs britanniques Baron-Cohen, Leslie & Frith (1985) ont donné une nouvelle impulsion à la recherche de la psychologie cognitive sur l'autisme. Ces auteurs émettent l'hypothèse que l'autiste a un handicap cognitif spécifique. Selon cette hypothèse, tous les symptômes de l'autiste peuvent être réduits à une altération du mécanisme cognitif, altération qui ne permettrait plus à l'homme de se représenter ses actes mentaux.

Cette capacité de l'homme à se former une image mentale des sentiments, des désirs, des idées, des motivations, des projets et des pensées de l'autre (« theory of mind » ou théorie de l'esprit), joue un rôle crucial dans la communication sociale. « Celui qui n'est pas capable d'imaginer et de raisonner sur ce qui se passe, sur ce qui est caché derrière l'ambiguïté des signes externes et dans la tête des autres, ne peut pas anticiper de manière souple les actions de l'autre. Le mécanisme hypothétique, qui donne accès au monde caché de l'information psychologique, semble être atteint chez l'autiste. » (Hendriks, 2000 : 97) « Pour lui, les courants sous-tendus de la vie réelle demeurent un livre fermé. 'Les gens se parlent avec les yeux' disait un jeune autiste observateur. 'Que se disent-ils ?' » (Frith, 1993 : 93)

« On pourrait dire que les autistes sont aveugles en voyant : ils souffrent d'une forme de 'mindblindness'. » (Baron-Cohen, 1995)

4.1.1 Le monde des objets

Le monde des objets semble particulièrement attirer l'autiste. McDonnell (1991) décrit comment son fils a développé une fascination pour l'interrupteur qu'il allumait et éteignait pendant des heures et des heures. Puis, son fils s'est passionné pour les tournevis, puis pour les extincteurs, les fils électriques, les silos à grains, les tuyaux d'évacuation, les balances, les thermomètres, le temps et finalement la météo. Mais au lieu de jouer, son enfant semblait se perdre dans les caractéristiques mécaniques et sensorielles des objets. « Plus que sa fascination pour le monde des objets, il est déconcertant de voir que le monde de l'espèce humaine ne semble pas le toucher. » (Hendriks, 2000 : 97)

Ce cri de détresse est souvent prononcé par les parents : « Il nous passe littéralement dessus, comme si on était un objet mort ». L'enfant autiste semble mettre l'homme et l'objet dans le même sac. Il ne semble pas comprendre que l'homme – parce qu'il peut se représenter dans ses pensées invisibles et insaisissables toutes choses sur le monde – occupe une place différente du monde des objets.

La préoccupation qu'éprouve l'enfant autiste pour les objets est un aspect troublant de son comportement. Il ne joue pas comme les autres enfants, il ne peut pas simuler, il manipule les objets de manière pratique, fonctionnelle et sans fantaisie (Wing & Gold, 1979, cité par Hendriks, 2000 : 99). « Le jeu de fantaisie et la capacité à simuler supposent une même capacité de méta-représentation orientée vers la compréhension et l'imagination sociale. Par exemple, pour faire semblant qu'une poupée est malade, l'enfant doit être capable de dissocier la réalité de la représentation de cette réalité – plus encore : ce que tu sais et le détournement de ce que tu sais. Ce mécanisme de dissociation est à l'origine de la notion que l'autre peut penser de manière différente de soi. » (Hendriks, 2000 : 100)

4.1.2 Le monde humain

Comme nous venons de le voir, l'autiste ne peut pas se faire une représentation de ce qu'il se passe dans la tête de l'autre. L'homme est une espèce mentale, capable d'avoir des pensées sur ce qui se passe dans le monde, d'avoir des représentations avec lesquelles il peut connaître le monde.

Si nous considérons son excellente mémoire pour certains faits ou sa connaissance du fonctionnement d'un interrupteur, l'autiste est bien une espèce pensante normale, tout au moins en ce qui concerne la représentation symbolique des objets physiques ou des événements. « Le monde n'est cependant pas seulement fait de corps, d'interrupteurs et d'horaires, mais il est aussi peuplé par des êtres connaissants, représentants, qui donnent de la signification, par des humains qui ont des capacités mentales invisibles. » (Hendriks, 2000 : 101) C'est cette incapacité à faire la distinction entre un objet et un sujet qui fait la différence entre un autiste et un non autiste pour le psychologue cognitif.

Une personne normale est capable de se voir et de voir les autres comme des êtres mentaux — des entités qui, contrairement aux objets, ont la capacité de se représenter le monde. Pouvoir se représenter l'état d'esprit d'autres personnes offre la possibilité d'anticiper de manière souple les attentes et les actes de l'autre et donc de développer des « social skills » (compétences sociales). Toute personne, qui n'a pas pu ou qui n'a pas assez développé ces compétences, a une communication sociale très restreinte. Elle éprouve des difficultés à reconnaître les sentiments et les objectifs d'autrui, la tromperie ou la fraude, les attentes réciproques, etc.

Baron-Cohen (1995) soupçonne une perturbation innée de cette capacité de méta-représentation chez l'autiste, perturbation qui va entraîner un retard du développement ou perturber le développement de la théorie de l'esprit, entraînant ainsi de nombreuses

conséquences au niveau de la communication sociale. Une méta-représentation perturbée peut expliquer le manque d'imagination présent chez l'autiste.

4.1.3 Développement de la théorie de l'esprit

Baron-Cohen (1995) émet l'hypothèse que la théorie de l'esprit se développe en quatre étapes. La première étape est le détecteur intentionnel (*intentionality detector*). Il permet aux enfants d'interpréter les stimuli entrants, et de reconnaître les objectifs et les souhaits d'un acteur. Cette compétence se développe dans les premiers mois de vie et semble être intacte chez les autistes. La deuxième étape est le détecteur de la direction du regard (*eye direction detector*) qui permet aux enfants, dès leur plus jeune âge, d'être conscients de la présence des yeux dans le visage des parents et des mouvements des yeux. Cette compétence semble également fonctionner correctement chez les enfants autistes.

L'étape suivante, le développement du mécanisme d'attention partagée (*shared attention mechanism*), située entre le neuvième et le dix-huitième mois, semble au contraire déviant chez l'enfant autiste. Ce mécanisme cognitif donne la capacité aux enfants de construire des relations en triangle : ils apprennent qu'ils peuvent voir et penser au même objet que quelqu'un d'autre. Le fonctionnement ou non de l'attention partagée est un bon pronostic de la présence d'un trouble situé dans la dernière étape : le mécanisme de la théorie de l'esprit (*Theory of Mind Mechanism*) (ToMM) en propre, qui commence à se développer autour des quatre ans et qui est constitué d'informations des autres composantes. « Le ToMM fait que les enfants normaux sont capables non seulement de se représenter ce qu'un autre voit ou veut mais aussi ce qu'il croit, rêve, sait, pense, ou suppose (il peut ainsi voir si ce qu'il mentalise est vrai). » (Hendriks, 2000 :101)

Une petite partie des enfants autistes semble néanmoins développer un ToMM équivalent à celui d'un enfant normal de quatre ans, quelque fois même celui d'un enfant de

sept ans. Wing (1988) signale que des autistes doués sont quelquefois capables de reconnaître les sentiments d'autres personnes, mais elle soupçonne un abîme qui ne peut pas être comblé de manière naturelle, en effet : « la capacité existe à un niveau intellectuel sans partage empathique des émotions » (Wing, 1988 : 94).

4.2 Théorie de la cohérence centrale

Une autre théorie explicative est présentée par Uta Frith (1996). Normalement, c'est par la recherche d'une cohérence dans la multitude d'informations qu'il rencontre, que l'homme peut mémoriser dans un contexte la signification sur un niveau d'abstraction plus élevé. Cette préférence de l'homme pour une « cohérence centrale » s'expliquerait par le fait que la partie la plus importante de l'histoire est plus facilement retenue que les détails qui sont souvent oubliés. Selon l'hypothèse de Frith, ce mécanisme de traitement d'information est profondément perturbé chez l'autiste qui porte trop d'attention aux faits isolés et qui est obsédé par des « figures d'ordre » qui normalement échappent à notre attention. Cette forme d'attention fait que les autistes perçoivent le monde en fragments, qu'ils ne découvrent pas de structure dans l'information significative pour le commun des hommes qui la comprend grâce au contexte.

Comme le monde perçu par l'autiste n'est pas « cohérent » pour lui, sa relation au monde extérieur est perturbée dans son origine. Toute relation avec ce monde est vécue de manière tellement menaçante, que l'autiste est dans une situation permanente de stress dépassé. La capacité de l'homme à trouver une cohérence dans sa vie – à considérer soi-même et ses relations comme cohérentes – est directement proportionnel à sa capacité à résister au stress de la vie.

Cette notion se retrouve dans la théorie du sens de cohérence (*Sense Of Coherence*) du sociologue de santé Aaron Antonovsky. Sa recherche scientifique se situe après la deuxième guerre mondiale. Il recherche en quoi les personnes qui ont survécu aux déportations, aux tortures, et aux autres situations inhumaines sont différentes des personnes qui sombrent dans des circonstances comparables. Qu'est ce qui fait qu'une personne, après avoir vécu un stress très intense ou répétitif, arrive à se reconstruire et même à devenir plus forte, à vivre une vie pleine de sens, alors que d'autres abandonnent et meurent ?

Selon Antonovsky la réponse à cette question peut être trouvée dans la solidité ou la faiblesse du sens de cohérence de l'individu. L'individu qui possède un fort sens de cohérence, c'est-à-dire un fort éprouvé de soi et de son environnement, va renforcer le sens de cohérence et la confiance en soi quand il est soumis à des événements stressants. Par contre, une personne avec un faible sens de cohérence perd de plus en plus le contrôle de la situation stressante et se décourage de plus en plus.

Antonovsky décrit trois composantes indissociables et interactives formant le sens de cohérence. Ces trois composantes se retrouvent dans la description de la réalité subjective du « modèle de tétraèdre du système comportemental humain » de Hendrickx.

Les trois composantes du sens de cohérence sont les suivantes.

La première est la faculté de compréhension (*comprehensibility*) (cognitif). C'est la capacité de l'individu à comprendre la situation qu'il est en train de vivre. « La personne éprouve le monde intérieur et extérieur comme une unité ordonnée de manière claire et pleine de sens. Même dans des situations qui se présentent de manière aléatoire, chaotique ou sans ordre, l'individu a confiance dans ses capacités à pouvoir découvrir la cohérence qui lui permettra de comprendre la situation. » (Hendrickx, 1997 : 10).

La deuxième composante est la capacité de maîtrise (*manageability*) (pragmatique) qui est la capacité de l'individu à influencer son environnement. « L'individu est persuadé qu'il dispose, ou qu'il disposera en cas de nécessité, de compétences nécessaires, d'outils convenables ou d'aides sociales lui permettant d'affronter un problème, peu importe sa nature. La personne créative croit qu'elle pourra mobiliser les outils disponibles de manière adéquate pour se sauver de toutes les situations pouvant survenir. » (Hendrickx, 1997 :10).

La dernière composante est celle de la faculté à donner un sens (*meaningfulness*) (émotionnel-motivationnel) qui est la capacité à trouver du sens à ses actions. « La sensation que la situation imposée est pleine de sens et qu'elle vaut, par conséquent, la peine de s'y engager pour l'affronter. Les tâches stressantes sont perçues comme un challenge et comme une opportunité à grandir. » (Hendrickx, 1997 :10)

Dans ce contexte notre hypothèse est que les autistes montrent un faible sens de cohérence et ceci au niveau de ces trois composantes. Sa faculté de compréhension est très faible, en effet, il vit dans un monde qu'il ne comprend pas et dans lequel il ne se sent pas compris. De plus, il n'a pas le désir, ni la capacité si vraiment il le désirait, de changer quelque chose à cette situation. Enfin, il ne sait pas donner un sens aux relations qu'il établit avec les objets et les personnes humaines. Comme nous l'avons précédemment décrit, il est incapable de donner un sens à ses jouets : une petite voiture n'est intéressante que dans ses aspects mécaniques – les portes qui s'ouvrent, les roues qui tournent – mais pas dans sa signification (être une voiture).

L'objectif de l'approche proposée par la Psychopédagogie Perceptive est de développer une cohérence interne, c'est-à-dire un indicateur interne corporel de stabilité qui ne dépend pas des événements externes. Cette cohérence interne permet ainsi, quand la

cohérence externe est bousculée ou confuse, de maintenir, grâce au contact établi à ses indicateurs internes, une stabilité et un bon sens de cohérence. Nous émettons l'idée que la stabilité de cette cohérence interne dépend de la qualité de la relation sensible établie au corps.

4.3 *Executive Disfunctioning - L'absence de soi*

La plus importante référence dans la recherche menée sur l'autisme est sans doute Uta Frith. En tant que directrice du jeune chercheur Baron-Cohen, elle est également à la base de la théorie de l'esprit (1985) et, ultérieurement, de la théorie de la cohérence centrale (1996). En décembre 2005, j'ai eu la chance d'assister à une de ses conférences où elle dévoile sa nouvelle hypothèse d'une théorie intégrale du spectre d'autisme : la théorie de l'absence du soi.

Pour elle, l'autisme contient en son sein une dualité, une ambiguïté : d'une part le terme se réfère au fait que l'enfant est trop replié sur lui, qu'il n'entre pas en relation avec autrui (un égocentrisme naïf et extrême) et, d'autre part, l'autiste n'a pas de soi (purement allocentré).

Bien que plusieurs formes de « soi » (le soi social, narratif, culturel, etc...) se retrouvent dans la littérature, Uta Frith désigne par « soi », le soi qui est en amont de tous les autres soi et qui est l'ultime responsable de toutes nos actions. Il se trouve à l'arrière plan et ne participe à notre comportement que dans les situations où son intervention est indispensable. Elle compare l'être humain à une grande entreprise : le directeur général (le soi) ne participe pas à tous les processus de l'entreprise, il a une fonction de contrôle et n'apparaît à l'avant plan que dans des situations critiques, quand les priorités doivent être définies.

Dans la pathologie de l'autisme, quand le « soi » est faible ou absent, des processus de routine peuvent se mettre en place comme des actions répétitives qui ne posent pas de problèmes, situations où le développement de certaines compétences est pris en charge. Mais dans des situations où le contrôle supérieur est nécessaire, par exemple quand l'enfant est envahi par des stimuli perceptifs et qu'il doit tenir compte simultanément des détails et du contexte, il « court-circuite ».

Dans la communication sociale, notre propre soi devient une représentation de soi chez l'autre. « On peut entrevoir le soi comme notre corps, ou le schéma de notre corps, comme notre esprit, ou le schéma de notre esprit ou de celui de l'autre, ou enfin on peut l'entrevoir comme le soi qui s'observe soi-même, en introspection. » (Frith, 2005b)

Plusieurs expérimentations illustrent que l'enfant autiste n'utilise pas son corps comme une représentation, comme référence du corps de quelqu'un d'autre. Dans un test avec des autocollants (Sticker-test de Frith, Hobson & Maior, 2005, cité par Frith, 2005b) les expérimentateurs demandent à l'enfant de montrer où le chercheur doit coller l'autocollant sur son corps. L'enfant non-autiste utilise son propre corps comme référence et indique par exemple son ventre ou son bras. Par contre, l'enfant autiste se réfère toujours au corps du chercheur. Même quand la distance entre les deux est trop grande, il se déplace pour aller indiquer le ventre du chercheur, s'il veut placer l'autocollant sur son ventre.

Dans une autre recherche (Beep-test de Hurlburt, Happé & Frith, 1995, Frith, 2005a), l'outil utilisé est l'introspection. Le sujet porte avec lui un beeper qui donne un signal à des moments imprévus. A ce moment il doit arrêter le temps et noter la pensée du moment et son état intérieur. Les seules informations que note l'autiste sont des images visuelles. De plus, à aucun moment il ne demande si ses réponses sont correctes ou si elles s'accordent avec les réponses des autres sujets. Quand le soi est absent, l'individu n'est pas capable de réfléchir sur ses propres sentiments, la conscience de soi ne se développe pas.

Uta Frith émet l'hypothèse que le soi est situé dans le cerveau. Ainsi, elle donne une nouvelle impulsion à l'idée d'homunculus, celle du petit homme qui se trouve dans le cerveau. Même si des neuroscientifiques sont persuadés qu'il existe des mécanismes descendants de l'homunculus permettant le contrôle de l'attention, l'hypothèse générale de l'existence d'un homunculus a été rejetée par la philosophie et la psychologie en avançant l'argument qu'un autre homunculus devrait toujours exister en amont, permettant ainsi de repousser à chaque fois la responsabilité.

« Mais supposons qu'il existe un homunculus qui ne permettrait plus de repousser cette responsabilité, comme le dernier d'une série de marottes qui ne s'ouvre plus. » (Frith, 2003 : 259) Nous retrouvons dans son hypothèse le principe du premier mobile d'Aristote : une immobilité qui porte en elle une mobilité. « Et si nous supposons que seul l'homunculus porte en lui une conscience de soi ? » (Frith, 2003 : 259)

Des recherches en résonance magnétique indiqueraient que la localisation de l'homunculus serait située au niveau de l'aire médiale, préfrontale.

Nous allons tenter une comparaison entre l'hypothèse novatrice d'Uta Frith sur l'absence d'un soi chez l'autiste et celle de la théorie du sensible que le soi de l'enfant autiste peut être développé par une relation sensible au corps, même si dans d'autres aspects, comme par exemple le statut du corps et la relation corps/esprit, les théories diffèrent.

Uta Frith utilise le corps (et l'esprit), ou l'image du corps (et de l'esprit), comme une illustration à la non utilisation du corps (de l'esprit) par l'enfant autiste comme un référent de soi-même en relation à autrui. Mais de quel corps parle-t-elle ? Et elle ne prend pas en compte le fait que la relation établie au sensible du corps offre une opportunité à faire l'expérience de soi, que le corps sensible c'est moi. Elle situe le « soi » dans un homunculus, situé dans le cerveau, et non pas dans la relation au sensible de la matière du corps.

Comme l'autiste n'a pas de relation sensible à son propre corps, il est donc évident pour la théorie du sensible, que le corps de l'autiste ne peut lui servir de référence. Bien que chaque une de nos approches ait sa propre conception du soi, des expérimentations communes pourraient offrir de nouvelles perspectives. L'équipe de Uta Frith a le mérite de disposer d'un arsenal d'évaluation très élaboré, constitué d'imagerie médicale, de testes cognitifs, sociaux etc. Le point fort de notre approche en Psychopédagogie Perceptive est le fait de posséder des outils permettant d'établir une relation au sensible, pour enrichir la relation à soi. Le développement de ces outils sera le thème du chapitre 10 de ce mémoire. J'espère de un jour pouvoir réunir nos forces, pour évaluer et quantifier les effets de notre pédagogie. Qu'est ce qui se passe au niveau cérébrale au moment que l'enfant autiste entre en relation à son corps sensible ? Serait-il possible de mesurer les effets de notre accompagnement sur les capacités cognitives et sociales de l'enfant autiste ?

5. Des théories non-cognitives ...

5.1 'The Embodiment of the Mind'

Dans le chapitre précédent, une large place a été consacrée aux concepts de la psychologie cognitive. Pour le cognitivisme, courant actuellement dominant de la psychologie, les processus mentaux sont comparés aux processus d'un ordinateur. La cognition peut être définie comme une computation de représentations symboliques. Ainsi, tous nos actes se basent sur des représentations qui ont un substrat physique concret sous la forme d'un codage symbolique dans le cerveau.

La thèse centrale de la théorie de l'esprit concernant l'autisme est qu'un enfant autiste ne peut pas se représenter autrui avec un esprit qui lui donne l'opportunité d'avoir des idées, des intentions, des désirs, des projets, des émotions...

Dans ce concept cognitiviste, le corps sensible est absent. Seul les sens extéroceptifs jouent un rôle dans la construction des représentations du monde externe, dans le développement de l'esprit.

Cependant, une théorie motrice de la conscience et de l'esprit émerge du monde scientifique et prend de l'ampleur. Des chercheurs renommés, qui considèrent la personnalité humaine comme un système, donnent le ton à cette recherche sur la conscience. Cette vision prend ses racines dans la phénoménologie du philosophe français Merleau-Ponty et, à sa suite, dans la « théorie motrice de l'esprit » de Weimer. La cognition incarnée (« *embodied cognition* ») est un vaste courant qui inclue les philosophes et les chercheurs suivants : Heidegger, Maturana et Varela, Lakoff et Johnson, Clark, Hendrickx ; les psychologues du

développement tels que Piaget et Vygotsky et les neuroscientifiques tels que Damasio, Edelman, Gallese et Jason Brown.

« La cognition incarnée signifie que notre cognition naît d'une interaction avec le monde extérieur et ne repose pas sur une représentation préalable fixe. » (Den Boer, 2003 : 192)

La conscience de la personne est entrelacée au corps, elle est incarnée, incorporée, « embodied ». L'esprit est déterminé par le corps. Sans sa structure corporelle fondamentale, la conscience de la personne n'existerait pas. Le corps même est « embedded », encastré dans le monde. Par conséquent, la conscience de la personne est située et ancrée dans le monde par son ancrage corporel. Le corps, les processus mentaux et le monde environnant sont entrelacés.

La manière dont le monde nous apparaît et la manière dont le sujet interagit avec ce monde est déterminée par la manière dont l'organisme est incarné.

La pensée est le résultat de la capacité du sujet à agir sur son environnement. « En apprenant à contrôler ses propres mouvements et à exécuter certaines actions, le sujet développe une compréhension de ses propres capacités motrices et perceptives, première étape dans l'acquisition de processus cognitifs plus complexes, tel que le langage. » (Cowart, 2004) La cognition, la connaissance du monde, est donc construite à partir de l'expérience du sujet qui est déterminée par différents types de modalités sensorimotrices. Quand une modalité est limitée, toute l'expérience du monde est atteinte sur plusieurs niveaux, par inter-influence des différentes modalités.

L'incarnation de l'organisme limite et détermine donc les types de processus cognitifs disponibles. « La manière particulière dont l'organisme est incarné va influencer la manière intentionnelle d'agir sur le monde. Les expériences sensorimotrices qui accompagnent ces actions sont à la base de la catégorisation et de la conceptualisation. » (Cowart, 2004)

Cette vision rompt donc avec l'idée cartésienne que le corps et l'esprit sont deux entités séparées. « Déjà chez Aristote, la structure du corps se réfère à une « maniabilité », donc à une orientation et une application de l'esprit. » (Van Peursen, 1976, cité par Den Boer, 2003 : 191)

En résumé, dans la théorie de l'incarnation de l'esprit, la conscience, le corps et le monde forment une unité où le corps a une fonction primordiale dans la relation entre l'esprit et l'environnement. Pour cette raison, cette conception est importante pour notre argumentation d'une approche thérapeutique corporelle de l'autisme.

5.2. ...du développement de la cognition

5.2.1 Introduction et questionnement

« Dans la plupart des cas, l'autisme profond va de pair avec un retard intellectuel. »
(Hendriks, 2000 : 17)

Que signifie retard intellectuel ou être intelligent ? D'où vient ce retard ? Le retard intellectuel est-il la cause des symptômes autistiques ou inversement, la pathologie de l'autisme fait-elle obstacle au développement intellectuel de l'enfant ? Comment se développe la connaissance chez un enfant normale et pourquoi ne semble-t-elle pas se développer chez l'enfant autiste ? Existe-t-il une différence entre le potentiel d'intelligence et l'utilisation faite par le sujet ? Quelles sont les conditions nécessaires à l'actualisation d'un potentiel ? Le potentiel intellectuel de l'enfant autiste est-il limité ou n'arrive-t-il pas à l'actualiser, à le mettre en service ?

5.2.2 Intelligence ?

Le concept de l'intelligence a plusieurs significations. « Pour moi, l'intelligence signifie l'efficacité du cerveau à traiter des informations. [...] Plus le cerveau est efficace, plus sa capacité à analyser l'information entrante et à y réagir est grande, donc plus l'intelligence est développée. » (Frith, 2002 : 173)

« Ce que signifie 'être intelligent' est une question philosophique prégnante qui nécessite une connaissance sur le plan physiologique, biologique et mathématique. » (Gardner, 2000 : 28). Gardner, psychologue cognitiviste et développementaliste américain, propose en 1983 son modèle de l'intelligence multiple. Il distingue sept formes différentes d'intelligence : l'intelligence corpo-kinesthésique — capacité à utiliser son corps d'une manière fine et élaborée, à s'exprimer à travers le mouvement, à être habile avec les objets, à « in-corp-er » la pensée —, l'intelligence intrapersonnelle — capacité à avoir une bonne connaissance de soi-même —, l'intelligence interpersonnelle — capacité à entrer en relation avec les autres —, l'intelligence musicale — capacité à être sensible aux structures rythmiques et musicales —, l'intelligence visuo-spatiale — capacité à créer des images mentales et à percevoir le monde avec précision dans ces trois dimensions —, l'intelligence logico-mathématique — capacité à raisonner, à calculer, à tenir un raisonnement logique, à compter — et enfin l'intelligence linguistique — sensibilité aux structures linguistiques sous toutes ses formes. En 1996, il rajoute l'intelligence naturaliste — capacité à identifier, reconnaître, classer les formes et les structures de la nature — comme huitième forme d'intelligence.

C'est en partant de la théorie de Gardner, que Danis Bois émet l'hypothèse que l'intelligence corpo-kinesthésique et l'intelligence intra-personnelle sont primaires aux autres formes d'intelligence. Les autres formes se construisent à partir des deux formes primaires. Cette hypothèse sera illustrée dans le chapitre sur l'empathie (chapitre 7.2.1) dans l'analyse théorique sur la Psychopédagogie Perceptive,

5.2.3 Finalité ou potentialité ?

« La manière dont est abordée l'intelligence peut donner l'impression qu'il s'agit d'un don, qu'on a ou qu'on n'a pas, comme on a des yeux bleus ou des cheveux noirs. » (Hendrickx, 2002 : 6) J.S. Renzulli (1998), directeur du « The National Research Center on the Gifted and the Talented », University of Connecticut Storrs, met en avant que les résultats des recherches dans le domaine de l'intelligence font la différence entre « le fait d'être doué » et la « potentialité d'être doué ». Des recherches montrent qu'on ne doit pas seulement tenir compte du talent qui s'est déjà exprimé en un comportement doué, mais qu'on doit également considérer cette intelligence comme quelque chose d'inné à l'individu, qui pourrait se développer, comme une intelligence en devenir.

« Pour que cette intelligence en devenir puisse se développer, il faut une interaction adéquate entre la personne, son environnement et un certain domaine de prestation. » (Hendrickx, 2002 : 6) Ce concept dynamique d'intelligence a pour conséquence le fait que le talent peut ainsi rester dissimulé pendant un certain temps, qu'il peut se révéler à un moment donné, sous certaines conditions et dans un domaine spécifique du développement.

5.2.4 Couplage structurel

Les neuroscientifiques et biologistes H. Maturana & F. Varela, dans leur recherche sur l'auto-organisation de l'humain comme système vivant, concluent que la cognition humaine a des racines biologiques (*The biological roots of human understanding*, 1998). Leur objectif est de comprendre le comportement et la cognition humaine de manière naturaliste. Pour Maturana et Varela, la caractéristique principale d'un système vivant est le fait qu'il se produit par lui-même. Ainsi, tout système vivant a la capacité de se maintenir et de se développer dans le monde dans lequel il vit. La propriété de base d'un système vivant est l'organisation invariable, alignée aux caractéristiques de l'espace physique, du lieu de sa

naissance et de sa vie. « Pour comprendre le comportement de l'homme comme un système vivant, nous devons toujours tenir compte de trois facteurs qui s'inter-influencent : l'organisation universelle du système humain, les structures fonctionnelles actuelles du système qui permettent l'action et un 'médium' et le monde environnant dans lequel le système vit et agit. » (Hendrickx, 2004 : 14)

Les recherches de Maturana et Varela effectuées dans un cadre biologique, sont à la base d'une réflexion de Hendrickx sur la relation du sujet à son environnement et, sur le développement de sa cognition en partant de cette relation. Ce modèle, issu de la théorie de Maturana et Varela, est une aide précieuse pour expliciter mon approche pratique de l'enfant autiste et un cadre théorique permettant d'éclaircir les questions posées sur l'intelligence de l'autiste.

Pour Maturana et Varela (1998), l'intelligence humaine, comme capacité de connaître, ou la cognition est une caractéristique de la vie. « Ce nouveau concept de 'cognition comme processus de connaissance' est une extension radicale du concept classique de 'l'esprit qui pense'. La 'cognition' appartient à chaque espèce vivante et est un concept plus large que celui de la 'pensée'. Elle inclut tout les processus de vie : vitaux, émotionnels, perceptifs et moteurs. » (Hendrickx, 2004 : 7)

Toutes connaissances et savoir-faire sont l'expression d'un « couplage structurel » entre la structure interne du système vivant et la structure externe du milieu. « Ce couplage structurel entre système vivant et milieu caractérise l'essence du système vivant : 'savoir faire signifie connaître, connaître signifie vivre' » (Maturana, cité par Hendrickx, 2004 : 20).

“Nous parlons de couplage structural, lorsque le passé médical montre une série d'interactions

récurrentes qui mènent à une congruence structurale entre deux (ou plusieurs) systèmes.”

(Maturana et Varela, 1998 : 75)

Leur concept biologique de la connaissance humaine suit la trace de la practognosie de Merleau-Ponty, pour qui le corps a une structure expérientielle vécue. « Celui qui manie bien le monde, connaît le monde. Celui qui le manie moins bien, ne connaît pas assez ou moins bien le monde. » (Hendrickx, 2004 : 20) .

Pour Maturana le « couplage structurel » signifie que le comportement du système vivant est réussi. Le comportement réussi, pour sa part, unifie le système vivant interne à son milieu externe dans une intégration fonctionnelle. Dans ce cas, la partie du milieu, du monde, la niche avec laquelle on a effectué le couplage structurel est « connue ». « La cognition est un couplage structurel et le couplage structurel est une cognition. » (Hendrickx, 2004 :20)

5.2.5 Le couplage structurel et l'enfant autiste

Sur le plan biologique de **l'homéostasie**, l'enfant autiste « couple » avec la structure de sa niche dans laquelle il vit. Dans ce lieu, il « sait » ce qu'il doit « faire » pour survivre : il a réussi à survivre à la gravité, il respire, il mange...

Par contre, sur le plan de **l'allostasie**, de la relation à l'autre, l'enfant autiste n'arrive pas à se « coupler » avec le monde extérieur, avec la réalité. Pourquoi ce couplage ne se fait-il pas ? Est-ce le principe du couplage même qui est perturbé ? Ou est-ce par méconnaissance des techniques d'approche de la structure interne ? Est-ce parce que les « questions » de la structure externe ne sont pas accordées au niveau de développement de la structure interne ?

J'é mets l'idée, que j'argumenterai dans la partie pratique de ce mémoire, que l'approche du sensible proposée par la Psychopédagogie Perceptive, permet d'effectuer ce couplage entre la structure interne de l'enfant autiste et une structure externe.

Toute pédagogie formatrice a pour objectif de s'accorder au mieux aux compétences de l'élève. En termes de « couplage structurel » cela signifie que le pédagogue doit mouler la question – la structure externe – de manière à ce qu'elle puisse s'emboîter, d'une manière adéquate, à la structure interne. Comme décrit dans le chapitre 4.2 sur la cohérence, le sujet doit être persuadé que la question posée est maniable, compréhensible et plein de sens. Le Professeur Hendrickx parle d'une 'question critique'. Quand ces conditions sont remplies, le sujet peut réceptionner l'information et le processus du couplage structurel s'engager. Si la question posée dépasse la capacité réceptive de l'élève, le couplage ne se fait pas, l'élève n'apprend rien de la situation et la cognition ne se développe pas.

Il faut toutefois préciser qu'une question n'est pas seulement verbale. Toutes les interactions avec l'enfant autiste portent en elles une question d'attitude réceptive à cette interaction. Par question est entendu toute information verbale, tout contact manuel – par exemple un point d'appui en relation d'aide manuelle, (cfr. chapitre 10.1), un regard... Les autistes à haut fonctionnement témoignent, dans leurs écrits autobiographiques, qu'ils peuvent être touchés par le regard, que le regard de certaines personnes peut également être douloureux comme un contact physique. « Le docteur me touche avec ses yeux [...] j'ai peur [...] ça fait mal. » (Williams, 1994 : 21)

Certains d'entre eux réussissent malgré tout à se coupler avec une partie très délimitée de cette réalité (une « niche ») et, grâce à leur rigidité, ils persévèrent et peuvent même acquérir compétences savantes.

Notre approche pratique développée dans la prochaine partie de ce mémoire, peut être comprise dans ce contexte de « couplage structurel ». Les outils de la Psychopédagogie Perceptive permettent-ils à l'enfant autiste de « coupler » avec le vécu de son intériorité corporelle puis avec celui de l'immédiateté de la réalité ?

6. Le point de vue de la phénoménologie

6.1 Introduction : La phénoménologie de Husserl à Merleau-Ponty

La question de la relation entre le « sujet » et le « monde » environnant fait partie des grandes questions philosophiques étudiées de tout temps. La phénoménologie de Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) attribue au corps du sujet un rôle déterminant dans son intentionnalité de son accès au monde. Nous pourrions donc lui attribuer la paternité du courant de pensée de « la cognition incarnée » (*embodied cognition*).

La phénoménologie est née en 1900 avec la publication de « *Logische Untersuchungen* » de Husserl qui donne comme objectif à sa philosophie de retourner à « la chose telle qu'elle est ». « 'La chose telle qu'elle est' ne doit pas être comprise comme le 'ding and sich' de Kant. En fait, on pourrait même dire que c'est l'inverse. » (Slatmann, 2003 : 10) Pour Husserl, « la chose telle qu'elle est » signifie la chose telle qu'elle nous apparaît, comme un phénomène. La phénoménologie ne recherche pas l'existence et la réalité objective des choses, mais se focalise sur la signification de ce qui apparaît.

La thèse de base de la phénoménologie n'est pas d'expérimenter le monde objectif tel qu'il est, mais la manière dont il se présente à nous, comme « présentation » ou « phénomène ».

Merleau-Ponty, un des principaux représentants de la phénoménologie en France, se base sur les travaux écrits à la fin de la vie de son maître, Husserl. A l'époque de sa formation, le « cartésianisme » était la principale tendance de la philosophie française. « Dans

toute son œuvre, la philosophie ‘intellectualiste’ et ‘réflexive’ de Descartes est entrevue comme un ‘adversaire’. » (Slatmann, 2003 : 19) Merleau-Ponty a également été influencé par Henri Bergson, philosophe qui rejette la notion de « conscience pure » pour revaloriser le rôle du corps dans la perception.

Retourner vers « la chose tel qu’elle est » aboutit, chez Husserl, à une théorie de la conscience. Par contre, pour Merleau-Ponty, le fondement de la phénoménologie n’est pas la conscience, mais plutôt « l’existence ». Nous retrouvons là l’influence de la philosophie existentielle de Heidegger. En effet, pour Merleau-Ponty, « exister » signifie être au monde, appartenir au monde, être présent au monde, avoir une relation au monde, être orienté vers le monde...

6.2 Pertinences pour l’autisme

Dans la question plus générale de l’autisme, les travaux de Merleau-Ponty nous apparaissent importants pour plusieurs raisons. En effet, les questions suivantes nous paraissent intéressantes à soulever en regard de la phénoménologie. Peut-on émettre l’hypothèse que l’autiste n’a pas de « corps sujet » et donc, par conséquent, n’a pas « accès au monde » ? L’idée développée par Merleau-Ponty d’une connaissance « practognosique », c’est-à-dire pratique et pré-réflexive du monde, peut-elle être considérée comme base à toute formation expérientielle ?

La « théorie cognitive de l’action » de Hendrickx trouve également ses racines dans cette practognosie de Merleau-Ponty. Avec « *handelend denken en denkend handelen* »³,

³ Ce jeu de mots en néerlandais est difficile à traduire. Il veut dire qu’action et pensée sont indissociables. Mon action est dirigée par ma pensée et donc en agissant je dévoile ma pensée (langage corporel cognitif). En même temps, ma pensée est une action : avant d’effectuer l’action, elle est construite préalablement dans ma pensée.

Hendrickx soulève la distinction entre pensée et action. La Psychopédagogie Perceptive s'inscrit dans ce même courant de formation de l'esprit par l'expérience de l'action qu'elle propose. « Il faut faire pour connaître et connaître pour faire. » (Bois, 2004)

Enfin nous allons nous appuyer sur les travaux que Merleau-Ponty a effectués sur la notion de signification. Développer la capacité à donner une signification, un sens à ses actes est un des objectifs de la Psychopédagogie Perceptive. Comme décrit dans le chapitre sur l'autisme (chapitre 1), l'enfant autiste n'a pas cette capacité. Dans de nombreuses théories cognitives la notion de signification est conceptualisée en omettant la présence du corps. Cette notion est basée sur l'idée qu'il existe une vérité objective, détachée de l'humain et indépendante de toute compréhension humaine. « Si des significations objectives existent et si elles nous attendent dans le monde extérieur, il suffit de dénommer ce que nous voyons pour faire une représentation. » (Den Boer, 2000 : 204)

Pour Merleau-Ponty, la signification de la réalité pour le sujet n'est pas inhérente au sens, elle n'est pas incluse dans le monde extérieur. La signification n'est pas donnée d'avance, elle naît de la relation que le sujet établit avec cette réalité. La base pré-réflexive de chaque signification est constituée par la perception. Cette forme de signification n'est pas nécessairement consciente. Avant que la chose ne reçoive une signification de l'intentionnalité de la conscience, elle possède déjà une signification qui est née de notre rapport à la chose dans la vie quotidienne. En parlant de la philosophie de Merleau-Ponty, Jenny Slatmann (2003 : 18) dit qu' « avant d'avoir une relation consciente et réflexive au monde, ce monde a déjà une signification pour nous, parce que notre corps a déjà une relation pré-réflexive avec lui. »

Comme l'enfant autiste « n'est pas au monde » – il n'établit pas de relation pré-réflexive –, il ne peut développer cette connaissance pratique du monde qui lui donne une signification par l'action. Les objets et les personnes n'ont pas de signification pour lui.

6.3 Le corps sujet de Maurice Merleau-Ponty

Dans son livre, *Phénoménologie de la perception* (1945), Merleau-Ponty montre qu'il n'y a pas de distinction entre les processus mentaux et notre corps, ni entre notre corps et l'espace environnant.

L'espace dans lequel nous nous trouvons en permanence est lié à la structure et aux possibilités de mouvement de notre corps. Le fait que notre corps occupe le monde en permanence dans tous ces aspects, avant toute prise de conscience, accentue le rôle de notre corporéité dans l'émergence des processus mentaux. « L'expérience motrice de notre corps n'est pas un cas particulier de connaissance ; elle nous fournit une manière d'accéder au monde et à l'objet, une 'practognosie' qui doit être reconnue comme originale et peut-être originaire. Mon corps a son monde ou comprend son monde sans avoir à passer par des 'représentations', sans se subordonner à une fonction 'symbolique' ou 'objectivante' » (Merleau-Ponty, 1945 : 164).

« L'accent est mis sur la manière dont le corps comme sujet donne forme, en structurant et ordonnant le vécu de la réalité, à sa manière, à sa taille, à sa forme et à sa dynamique, lors de son développement practognosique. En même temps il imprime ce monde avec ses expériences vécues, ses valeurs, ses significations, positives et négatives. Le vécu conscient et réel du monde est enraciné dans le contact corporel direct avec ce monde.» (Hendrickx, 2000 : 5)

« Pour Merleau-Ponty notre corps même est un sujet – le corps sujet – et ce caractère subjectif n’est pas emprunté d’un principe dont il est distingué. » (Den Boer, 2003 : 212)

Le statut de sujet attribué au corps est particulier parce qu’une longue tradition a attribué au corps la notion d’étendue, pendant longtemps le corps était entrevu comme un objet parmi les autres objets (Descartes). Ce corps sujet est constitué par les expériences sensorielles vécues dans son propre corps.

Merleau-Ponty parle d’un corps vécu, d’un corps tel qu’il est expérimenté et tel qu’il est vécu. Ce corps vécu n’est pas seulement le corps que « j’ai » (ou corps étendue de Descartes), mais également le corps que « je suis » : le corps propre. Cette relation établie en première personne avec son corps – je suis mon corps et mon corps est moi – contraste avec la relation mécanique établie en troisième personne – j’ai un corps que je peux manipuler et à qui je peux donner des ordres à exécuter.

Comment l’autiste vit-il son corps ? Au vu des restrictions du langage vécues par les autistes, nous en sommes réduits aux livres écrits par quelques autistes à haut potentiel. Les plus connus sont : Donna Williams, Gunilla Gerland, Rose Blackburn et Temple Grandin. Ces auteurs comprennent l’autisme de l’intérieur et peuvent en témoigner à la première personne. Ces témoignages sont très riches d’informations que ne peuvent offrir une observation à la troisième personne effectuée par les scientifiques.

Gerland, auteur de *A real person – life on the outside* (1997) témoigne que les professionnels s’occupent de manière trop exclusive de la triade composée par la communication, la socialisation et la rigidité. « Ce que les professionnels voient comme ‘comportement autistique’ est ce qu’ils peuvent en observer, mais pas ce que la personne autiste vit. Beaucoup de personnes vivant avec un syndrome d’Asperger sont plus gênés par

leurs problèmes sensoriels que par le manque de comportement communicatif et social... » (Gerland cité par Bogdashina, 2004 : 39).

Le psychopédagogue perceptif a l'avantage de pouvoir approcher l'enfant autiste en deuxième personne. Il peut observer et tenir compte des effets créés par son approche sur le corps de l'enfant en temps réel. Cette approche sera présentée ultérieurement dans la présentations de nos outils méthodologiques (voir chapitre 10).

Donna Williams décrit dans son livre *Somebody, Somewhere* (1994) l'expérience qu'elle a de son propre corps. Quand elle touche sa jambe, elle perçoit soit sa main, soit sa jambe, mais jamais les deux en même temps. Sa capacité à traiter simultanée une information provenant de l'intérieur et une information provenant de l'extérieur, est également réduite. Quand elle touche un meuble, elle sent la surface du bois, mais elle ne sent pas sa main. Elle peut changer de canal perceptif et sentir sa propre main, mais dans ce cas elle perd le contact avec l'objet touché par sa main. Elle n'est pas capable de traiter son propre vécu corporel en relation avec les objets qu'elle touche. « De ce fait, il semblerait que dans sa perception, soit existent les choses autour d'elle mais elle n'existe pas, soit elle existe mais pas les choses autour d'elle. » (Bogdashina, 2004 : 78) Le manque d'unité corporelle, l'aspect d'un corps morcelé est présent dans ce témoignage, tout comme l'est l'absence d'un corps sujet, d'un corps qui donne la sensation de vivre un « soi organique ». « La pulpe même du sensible, son indéfinissable, n'est pas autre chose que l'union en lui du 'dedans' et du 'dehors', le contact en épaisseur de soi à soi. » (Merleau-Ponty, 1945)

6.4 Corps sujet comme accès au monde

L'idée centrale de la phénoménologie de Merleau-Ponty réside dans le fait que toute personne accède au monde grâce à et à travers son corps. « Notre compréhension du monde provient de cette incarnation dans le monde extérieur, dans ce corps comme sujet de la perception. Ainsi, l'ancrage dans le vécu se fait par le corps, un corps foyer des sens, un corps ensemble de significations vécues, que Merleau-Ponty nomme corps propre. » (Arni, 2005 : 19) « Le corps vécu est l'accès au monde. » (Merleau-Ponty, 1945) Cette citation de Merleau-Ponty soulève plusieurs questions.

Comment est vécue la relation entre corps sujet et corps objet ? Sommes-nous soit dans le corps sujet, soit dans le corps objet, ou existe-t-il une graduation progressive nous permettant de passer de l'un à l'autre ? Pourrait-on définir un continuum bipolaire entre un pôle sujet (99% sujet, 1% objet) et un pôle objet (1% sujet, 99% objet) par une courbe de Gauss ? Peut-on situer l'autiste profond sur l'extrémité du pôle objet ? Peut-on en déduire que plus on se dirige vers le « pôle objet » de notre continuum hypothétique, que plus l'accès direct à la réalité est perturbée et que l'autiste, qui est complètement privé de subjectivité corporelle n'a par conséquent pas accès au monde ?

Nous avons vu que l'enfant autiste établit une relation d'objet à son corps et, par conséquent, n'établit pas de relation sensible à son corps. Nous avons également émis l'hypothèse que la Psychopédagogie Perceptive offre des outils permettant d'enrichir la relation qu'une personne établit avec son corps sensible. Ainsi, une application de la Pédagogie Perceptive sur des enfants autistes devrait leur offrir une voie d'accès au corps et une voie de passage au monde.

Mon expérience thérapeutique m'oblige à différencier les résultats obtenus dans le groupe des autistes profonds de celui des « pseudo autistes ». En effet, la dérégulation de la sensibilité de l'autiste profond est d'origine organique, infrastructurelle, ce qui va limiter les résultats de mon intervention. Mais chaque cas est traité de manière individuelle et je peux ainsi observer qu'une modification de la relation à son corps est présente.

Une dernière réflexion porte autour du fait que l'autiste n'établit pas de distinction entre un objet et un sujet, une personne vivante. Est-ce par manque d'un corps sujet que cette distinction ne peut être effectuée ? Comme il ne ressent pas son corps, il ne peut pas éprouver dans le sensible de sa chair la différence entre l'effet créé par une rencontre avec une espèce vivante ou humaine, de celui créé par une rencontre avec un objet mort. A nouveau, enrichir la relation sensible que l'enfant établit à son corps lui permet-il de modifier sa relation à l'humain ?

L'illustration thérapeutique suivante pourrait peut-être affirmer cette hypothèse. Joseph, un enfant autiste très profond de 4 ans, ne regarde jamais quelqu'un dans les yeux. Il ne cherche jamais de manière spontanée un contact avec le regard. Depuis que sa fibre sensible a été touchée lors de nos séances de thérapie, il me cherche systématiquement du regard dès que je viens le chercher dans la salle d'attente. Me chercher du regard est son premier geste vis-à-vis de moi. Que quand je réponds à son regard, il est mis à l'aise. Il attend ma réponse pour pouvoir entrer dans la pièce, sans réponse de ma part, il ne rentre pas et il s'agite. Je suis également le seul avec qui il va créer un contact visuel. Il ne le fait pas avec parents, ni avec d'autres pédagogues. Et chez moi, il ne le fait que dans cette situation. Par ce comportement, il montre qu'il est capable de distinguer l'humain (moi) d'un objet (la porte d'entrée) et qu'il donne une signification et une valeur à cette relation. N'est-ce pas l'objectif

primordial du thérapeute en Psychopédagogie Perceptive que de faire vivre l'expérience du sensible et d'apprendre à en tirer du sens ?

6.5 Réalité subjective de l'autiste

« Peu de personnes semblent être aussi éloignées de notre réalité commune que les autistes ... » (Hendriks, 2000 : 24).

Pourquoi l'autiste ne trouve pas le chemin vers notre réalité commune et ne vit-il que dans sa réalité subjective ?

Plusieurs pathologies liées au développement de l'enfant, comme l'hyperactivité, la dépression, le spectre d'autisme et l'enfant surdoué, sont catégorisées parmi les « troubles de contact ». Un dénominateur commun est l'hypersensitivité de ces enfants. Ces enfants sont très sensibles dans leurs relations à l'environnement, tout stress qui dépasse leur capacité d'adaptation les met dans un état de fragilité maximum. De plus, une fois déséquilibrés, il est très difficile de ré-établir leur équilibre. Comme le contact avec la réalité commune peut être pas trop menaçant, l'enfant s'enfuit progressivement dans une réalité subjective, afin de se préserver. C'est seulement au sein de situations sécurisées – maniables, compréhensibles, avec une connotation affective positive (cfr. sens de cohérence et modèle du tétraèdre) – qu'il peut s'ouvrir et devenir réceptif à cette réalité commune.

Que signifie cette hypersensitivité ?

Hendrickx décrit un équilibre entre la sensibilité pour le monde extérieur (extéroception) et la sensibilité pour le corps propre (proprioception). Une troisième forme de sensibilité est l'intéroception, c'est-à-dire la sensibilité interne des organes. Dans une situation

de vie optimale et pour un enfant stable, les trois sensibilités sont en équilibre. Vivre dans un monde qui dépasse sa capacité d'adaptation, va créer un stress négatif que l'enfant ne pourra absorber. Ce stress va s'inscrire dans le corps. « L'équilibre des sensibilités corporelles est perturbé : diminution de la proprioception, augmentation de l'extéroception et perturbation de l'intéroception. Dans leur fonctionnement, ces trois types basiques de sensibilité corporelle sont intimement liés, ce qui fait qu'ils sont engagés dans des processus en cercle. » (Hendrickx, 2003a : 29).

Par la diminution de la proprioception, de la sensibilité de la posture et des mouvements corporels, l'enfant présente le risque de perdre le contact direct avec son propre corps, et par conséquent le contact spontané et direct avec son univers n'apparaît plus comme évident. « Le danger est réel que l'enfant, comme il s'est éloigné de son propre corps, s'éloigne de même manière de son univers personnel. Ceci peut mener à des formes 'd'aliénation existentiels' sérieuses. » (Hendrickx, 2003a : 29).

La perte d'un contact familier au monde est amplifiée par la forte augmentation de la sensibilité extéroceptive. « Maintenir un contact nuancé, stable et tranquille avec l'environnement devient invraisemblable. » (Hendrickx, 2003a : 29) Le dérèglement de la sensibilité organique – l'intéroception – est à la base des plaintes psychosomatiques.

La notion d'hypersensibilité du tact est présente dans les écrits autobiographiques de Temple Grandin qui a découvert qu'une forte pression profonde l'aide à gérer son hypersensibilité et les peurs associées. Lorsqu'elle était enfant, elle s'enroulait dans des draps dans l'objectif de ce construire une « machine à câlins » (hug-machine). Cette idée est issue de son observation, dans la ferme familiale, des vaches traquées dans des nasses de plus en plus étroites pour être marquées au fer. Elle a constaté que les vaches devenaient de plus en

plus calmes quand elles sentaient le poids de la nasse sur leurs flans. Elle a ainsi développé et construit sa propre machine qui lui offre la bonne pression – en intensité et en durée. En effet, toute pression tactile humaine peut ne pas correspondre à ses besoins et est souvent imprévisible et ingérable pour elle.

Des recherches ont été effectuées sur le fonctionnement de cette « machine à câlins » auprès de différents enfants autistes. Les chercheurs ont ainsi observé que la sensation de stress et de peur de l'autiste diminue, que le comportement stéréotypé diminue et que le comportement devient plus relax.

Ces recherches effectuées avec cette machine à câlins ouvrent de nouvelles perspectives pour la Psychopédagogie Perceptive. Serait-il possible d'obtenir des résultats similaires avec un toucher manuel adapté à la demande de l'autiste ? Il faut préciser que la pression du toucher manuel non-directif qu'offre le thérapeute en Psychopédagogie Perceptive n'est pas incalculable ou imprévisible pour l'enfant autiste. Au contraire, il est ajusté à sa capacité de réception. Dans notre optique, les résultats positifs de la machine à caresses sont compréhensibles. La machine leur donne la sensation de posséder un corps et même d'habiter un corps. De plus, comme la pression est effectuée sur tout le corps, elle a une fonction structurante et intégrante, car elle relie les différentes parties morcelées du corps de l'autiste en une unité corporelle.

En plus de ces bénéfiques déjà très importants, les outils de la Psychopédagogie Perceptive ont l'avantage que cette structuration, cette unification d'un monobloc corporel n'est pas donnée et entretenue par un système extérieur.

Le thérapeute en Psychopédagogie Perceptive offre, quant à lui, une pression sur le corps de l'enfant autiste par un toucher qui est à l'écoute de la demande du corps. Ce toucher est vécu par l'enfant autiste comme profondément respectueux. Par contre, ce toucher, est

local, il ne peut, comme la machine à câlins, être sur tout le corps. Mais ce toucher permet l'émergence, au cours des traitements, d'un sentiment de globalité corporelle, de cohésion, de cohérence. Cette construction d'une globalité corporelle vient de l'intérieur et est autonome. Une fois installé ce point de repère interne stable, l'enfant peut le transférer dans toute situation de vie ou le monde extérieur est déstabilisant pour lui. Ne pourrions-nous pas parler de sens de cohérence ?

D'autre part, au contraire d'une machine statique, le toucher manuel offre un côté dynamique. Le psychopédagogue perceptif peut ainsi suivre l'évolutivité qui se présente dans la situation thérapeutique. Par son contact direct avec l'organicité interne du corps de l'enfant autiste, il peut adapter et ajuster son dialogue tissulaire en temps réel pour accompagner les variations d'intensités, de vitesse, de pression, de durée...

6.6 Vers une thérapie du sensible

Depuis Kanner, premier chercheur à décrire que l'enfant autiste est « hypersensible à toutes violations provenant de l'extérieur », la perturbation du vécu sensoriel de l'autiste a été le thème de plusieurs recherches et de différents types de traitements. Le propre de ces différentes formes de traitements est la désensibilisation, la neutralisation et la régulation de l'hypersensibilité de l'autiste à partir des sens extéroceptifs. On pourrait presque dire qu'une thérapie spécifique a été développée pour chaque sens.

La méthode Tomatis et « L'entraînement de l'intégration auditive » du médecin français Berard ont orientés leur thérapeutique vers l'hypersensibilité de l'ouïe, en proposant d'écouter certains sons par une « Oreille Electronique ». La « behavioural optometry » et la méthode Irlen, en utilisant des lunettes à verres teintés, ont comme objectif d'améliorer le

traitement de l'information visuelle. Les « fleurs de Bach », l'aromathérapie pour le sens olfactif, la « thérapie de l'intégration sensorielle » décrite par Delacato (1974) et Ayres (1979) supposent que les autistes peuvent être aidés par une exposition précautionneuse à des stimulations des cinq sens (Delacato) ou par une stimulation tactile, proprioceptive ou vestibulaire (Ayres). Leur but est d'augmenter le seuil de stimulation de l'enfant.

En contrepartie de ces méthodes décrites, la Psychopédagogie Perceptive n'a pas l'objectif de désensibiliser l'hypersensibilité des sens extéroceptifs. La stratégie qu'elle propose est toujours additionnelle : il ne s'agit pas de désapprendre des stratégies ou des fonctionnements perdants, mais de mettre d'emblée l'enfant dans une situation extra-quotidienne, nouvelle pour lui où il ne peut pas d'utiliser ses anciennes stratégies perdantes. L'avantage de cette approche est de ne pas aborder l'autiste par sa faille.

Cet enfant souffrant d'hypersensibilité extéroceptive qu'on confronte à une nouvelle perception extéroceptive à gérer... n'est-ce pas contradictoire ? Est-il possible pour lui de gérer cette nouveauté ?

L'approche de la Psychopédagogie Perceptive a pour but d'offrir à l'autiste la possibilité de découvrir un « sensible » au sein de son propre corps, au sein de lui-même. Comme ce terrain n'a pas encore été exploré, le mouvement va lui offrir de la nouveauté à partir de laquelle il peut se construire et construire une relation à l'environnement, à l'autre... Son corps sensible doit être installé comme point de départ et comme repère dans la relation qu'il construit à lui-même et au monde.

7. La Psychopédagogie Perceptive

7.1 Historique : de l'ostéopathie à la Psychopédagogie Perceptive en passant par la fasciathérapie

La Psychopédagogie Perceptive a été conceptualisée par le Professeur Dr. Danis Bois. Comprendre les contours et les questionnements actuels de la Psychopédagogie Perceptive ne peut se faire qu'à partir d'une connaissance du cheminement de son fondateur.

Danis Bois est un vrai chercheur. En effet, il est l'auteur de nombreuses découvertes et a créé des concepts novateurs qui ne reposent pas sur ses acquis. Au contraire, une soif d'apprendre de la nouveauté le pousse à dévoiler ce qu'il ne connaît pas encore, ou comme le dit Danis Bois : « Un chercheur est quelqu'un qui a fait le choix de ne jamais connaître la vérité. »

Danis Bois vient du milieu de la thérapie, des soins : d'abord kinésithérapeute et chef de service d'un département de rééducation fonctionnelle à l'hôpital de Vendôme/France, il étudie par la suite l'ostéopathie. Il s'est inspiré d'un des fondateurs de l'ostéopathie, le Dr. Sutherland, qui disait qu'il valait mieux mobiliser une force interne qu'utiliser une force externe, aveugle. Mais la force interne ou mouvement interne que découvre Danis Bois dans son propre corps et dans le corps de ses patients, diffère de celui décrit par l'ostéopathie : le mouvement est plus lent – un rythme de deux mouvements par minute, par rapport à 8 à 13 mouvements par minute pour la respiration primaire de l'ostéopathie –, plus global – il est présent dans le corps – et plus profond. L'étude de ce mouvement, qui dans les premiers modèles explicatifs trouve son origine dans les fascias – ou tissu conjonctif –, éloigne progressivement Danis Bois de l'ostéopathie : ainsi naquit la fasciathérapie.

Depuis sa naissance, la fasciathérapie a fortement évolué. Le fasciathérapeute est actuellement plus qu'un expert de la souffrance physique. La fasciathérapie se distingue d'autres formes de thérapie manuelle, comme l'ostéopathie par exemple, à plusieurs niveaux. En premier lieu, le fasciathérapeute ne s'adresse pas à une vertèbre ou à un genou, elle ne s'adresse pas à une articulation, ni à un muscle, ni même à un fascia ; elle se tourne vers la personne et concerne tous ses aspects : physique, vital, physiologique, psychique, affectif, social... « Chaque jour, j'explorais et j'interrogeais la profondeur du corps. Progressivement, m'apparaissait un être humain complet. » (Bois, 1989 : 15). De plus, elle sollicite le patient à participer activement à son processus de transformation, de guérison. L'hypothèse émise au début de la fasciathérapie était la suivante : c'est en libérant le corps du patient que l'on libère la personne, y compris dans sa vie quotidienne.

Une des principales questions qui a propulsé la recherche de Danis Bois est : « Comment faire pour que les élèves (ou les patients) puissent contacter, le plus facilement possible, ce mouvement interne, tel qu'il est ? »

C'est pour tenter d'offrir une solution à cette question qu'est née la thérapie gestuelle : l'élève devait suivre avec tout son corps, dans un déplacement objectif spatial et temporel, la force interne qui l'animait de l'intérieur. Extérioriser ce mouvement demande d'apprendre à tourner son attention « de façon intense et soutenue » sur la perception des phénomènes internes de son propre corps. La thérapie gestuelle est donc devenue prétexte à développer la perception des élèves et leur relation à la perception. Les élèves ont très rapidement témoigné des effets que créaient ces mises en situation gestuelle dans leur vie personnelle.

En plus de libérer le corps, cette pédagogie permet d'apprendre à l'élève à créer lui-même les conditions d'accès au mouvement interne de son corps. L'élève peut donc seul, sans intervention d'un thérapeute ou d'un pédagogue, prendre contact avec l'animation sensible

dans son corps. « Grâce à des mouvements très simples et effectués dans la lenteur, la personne était mise en relation avec une partie d'elle-même qui jusqu'à présent échappait à son attention. » (Bois, 2005b : 18) Notre hypothèse évoluait vers : « faire l'expérience du sensible va offrir les armes nécessaires au patient pour qu'il puisse résoudre les problèmes de sa vie qui le font souffrir dans son corps (physique) et dans sa tête (psychique). »

Progressivement, Danis Bois a pris conscience de l'importance d'un accompagnement de la transformation que les élèves vivent au contact du mouvement interne, au contact de l'être. « Tout au long de sa vie, en effet, l'être humain est touché par les événements ; tout ce qu'il a regardé, entendu, perçu, ressenti, pensé a installé en lui un état particulier, une coloration originale. Toutes ces résonances ont fini par générer des changements, par modifier l'état émotionnel, affectif. Le corps est imbibé ainsi de tonalités endormies, prêtes à être réactivées au gré d'une rencontre thérapeutique. » (Bois, 2005a : 95)

Les patients témoignaient souvent d'une dichotomie qu'ils perçoivent chez leur thérapeute, entre la qualité d'écoute manuelle et la qualité d'écoute auditive et demandaient la nécessité d'un accompagnement verbal de ce qu'ils vivaient dans leurs corps. Et donc, là où la fasciathérapie se pratiquait dans le silence et où le thérapeute ne communiquait qu'avec ses mains, petit à petit l'entretien verbal gagne en importance dans l'accompagnement du patient, de l'élève. Cet entretien n'est pas un entretien classique, car il se fait toujours à partir de l'expérience vécue du sensible dans le corps, comme décrit dans le chapitre 10.4 de ce mémoire.

Plus que jamais, l'entrelacement entre corps et psychisme se trouve à l'avant-plan. « On peut réellement dire que l'état du corps reflète l'état du psychisme et l'état du psychisme reflète l'état du corps ; nous sommes en présence d'un seul système qui fonctionne ensemble,

en même temps. Ainsi, lorsqu'on touche un corps, on ne touche pas seulement un organisme mais une personne dans sa totalité. » (Bois, 2005a : 100) Par conséquent le mouvement interne, de vecteur d'un état physique devient le principal outil de l'accordage somato-psychique, accordage permettant à la psychologie de la personne de se relier à son vécu corporel : « La fonction du mouvement interne, de force d'autorégulation de l'organisme, selon ce qu'elle m'était apparue au tout début, s'imposait à présent définitivement à mes yeux comme étant également une force de résolution du psychisme. » (Bois, 2005b : 21)

7.2 Principaux concepts théoriques

La Psychopédagogie Perceptive est une nouvelle discipline qui possède une identité propre qui s'est construite à partir de son questionnement spécifique, de ses objectifs et de son terrain d'application. L'objectif de ce chapitre est de présenter les contours de la Psychopédagogie Perceptive, par ses modèles et concepts théoriques principaux.

7.2.1 Psychologie, Pédagogie et Perception

De quelle psychologie parle-t-on ?

La Psychopédagogie Perceptive se situe dans le champ des psychothérapies. Elle est une nouvelle discipline à part entière au vu de la spécificité de son identité, elle ne peut être reconnue par d'autres formes de psychothérapies. Comparer l'identité de notre approche à l'identité des deux grandes familles de psychothérapies – thérapies psychanalytiques et cognitivo-comportementales – n'est pas l'objectif de ce mémoire, mais quelques repères vont permettre de clarifier la spécificité de notre posture thérapeutique et pédagogique.

La première originalité de notre approche est qu'elle repose sur une *médiation corporelle* : le corps est au cœur de notre processus d'investigation. Le psychopédagogue perceptif est formé à l'accompagnement de personnes présentant des troubles somatiques en relation avec un état psychique. Dans le processus de somatisation, corps et psychisme sont imbriqués : certains troubles proviennent d'un mal-être qui n'a pu être formulé, laissant ainsi la parole au corps, d'autres troubles proviennent du corps qui va transmettre un mal-être spécifique.

Le deuxième point est que notre approche s'effectue toujours à partir d'une *expérience* : dans un *cadre extra-quotidien* l'élève est invité à faire l'expérience de soi, de son être à partir de l'expérience du sensible, du mouvement interne. Un cadre extra-quotidien signifie une mise en action inédite pour le sujet (thérapie manuelle ou gestuelle), hors de sa vie quotidienne, et la sollicitation d'une perception extra-quotidienne. Nous entendons par perception extra-quotidienne, la mobilisation inédite des instruments internes comme par exemple, l'orientation, la durée, l'intensité et l'étendue de l'attention.

L'expérience proposée met le sujet au contact de *l'immédiat* (et non d'un passé comme le fait la psychanalyse, ou de l'ici et maintenant de la psychologie comportementale). Le sujet est amené à poser son attention sur les phénomènes émergeant dans le moment présent, à l'intérieur de son corps, et dans le moment à venir (l'attente protentionnelle de Husserl) : l'immédiateté porte en elle une ouverture vers l'anticipation de la *nouveauté* qui se devant soi. C'est en partant des données de l'immédiateté que la temporalité du vécu est revisitée, qu'elle soit du passé (mémoire) ou du futur (attentes et objectifs).

Cette nouveauté, jaillissant au sein de l'immédiateté, est porteuse d'une *information manquante*, information qui permet à l'homme d'amorcer un processus de transformation. Au-delà du soulagement des souffrances somato-psychiques, partir d'un enrichissement

sensoriel permet de transformer le rapport au corps, le regard porté sur les comportements et les événements qui aboutiront à une modification des conduites : c'est le concept du *moi renouvelé* (voir chapitre 7.2.3).

Le psychopédagogue perceptif est un médiateur actif dans le choix du programme d'enrichissement, de la tâche (manuelle, gestuelle, introspective, verbale), des questions et de l'évaluation. A certains moments choisis de son accompagnement, il est non-directif et laisse le processus évoluer, sans intervention de sa part. A d'autres moments, sa posture est la *directivité informative* où il intervient en fournissant les informations nécessaires au sujet pour qu'il puisse faire l'expérience demandée. Sans cette sollicitation, le sujet ne pourrait pas découvrir ce qu'il y a à vivre dans l'expérience.

Pour le psychopédagogue perceptif, la psychologie de la personne ne se situe pas uniquement dans sa tête. En effet, sa vision de l'homme implique le corps dans les processus cognitifs, affectifs et existentiels. C'est bien à partir de cet entrelacement entre corps et psychisme que la problématique de la personne est abordée.

De quelle pédagogie parle-t-on ?

En étudiant l'histoire de la Psychopédagogie Perceptive, nous remarquons une évolution de la thérapie manuelle et gestuelle, la fasciathérapie, à une pédagogie. Il ne s'agit plus simplement de faire une expérience, de poser un geste curatif, mais d'apprendre de la situation vécue.

Le sujet n'est plus seulement un réceptacle des effets vécus lors du traitement, il est également concerné par ces effets ; il ne ressent plus seulement, mais est également impliqué par ce qu'il ressent. « La personne participe de manière active à son processus de guérison et de découverte, en tant que personne ressentante et réflexive, réfléchissante. Nous entrons ici dans le domaine de l'auto-conscience. » (Bois, 2004)

Par la suite, il ne suffit plus de faire et d'être présent à son expérience, mais d'accompagner l'apprentissage de son expérience : le pédagogue va lui apprendre à apprendre. Pour que cette expérience soit signifiante dans la vie quotidienne, il faut amener la personne à tirer du sens de son expérience. « L'expérience est devenue prétexte à réfléchir sur la vie, à dégager du sens de la vie, donc à engager un processus de transformation. » (Bois, 2004) « Il faut apprendre l'individu à apprendre à réfléchir. » (Bois, 2004) Cette étape s'effectue lors de l'entretien verbal qui s'appuie sur une expérience vécue. Plus de détails seront fournis dans le chapitre 10 explicitant les outils de la Psychopédagogie Perceptive.

Nous nous situons donc dans le domaine de la pédagogie, parce que notre objectif premier est celui d'apprendre au sujet à apprendre de ses expériences de vie. L'apprentissage est donc une donnée centrale dans notre psychopédagogie.

De quelle perception parle-t-on ?

Le dernier terme utilisé dans le titre de ce nouveau métier qu'est la Psychopédagogie Perceptive est celui de perception. La perception se définit comme « l'acte de percevoir des informations. » Percevoir signifie un traitement de l'information sensorielle par le cerveau. Plusieurs modes perceptifs sont distingués.

Le premier est le plus connu, c'est la perception extéroceptive. Nos cinq sens – l'odorat, le goût, le toucher, la vue et l'ouïe – nous informent de ce qui se passe à l'extérieur de nous. Quand nous portons notre attention sur ce qui est perçu, nous parlons d'une perception consciente : écouter au lieu d'entendre, observer au lieu de voir.

Un sixième sens – la perception proprioceptive – informe de la posture du corps, de sa position dans l'espace et du mouvement qu'il est en train d'effectuer. Des récepteurs sensoriels situés au niveau de la peau, des articulations et des muscles captent les informations qui proviennent de soi (*proprio*) et les transmettent au cortex. Le neurophysiologiste

britannique Sherrington a découvert, en 1900, la proprioception qu'il définit comme « l'ancrage organique fondamental de l'identité ». (Sherrington, cité par Bois, 2005a : p. 37)

En plus de sa fonction mécanique, la proprioception permet de ressentir notre corps, et donne cette sensation d'habiter son corps. « Grâce à elle en effet, non seulement l'individu se situe dans l'espace à travers ses mouvements et ses postures, mais mieux encore, le mouvement est le support d'une réelle (re)connaissance de soi. » (Bois, 2001a : 16)

Quand cette fonction est lésée, comme c'est le cas de Christina décrit par le Dr. Sacks dans son livre *La femme désincarnée*, le sujet perd son identité. Christina n'a plus aucune proprioception et décrit ainsi sa sensation : « je ne sais plus qui je suis, je me sens désincarnée. » (Sacks, 1999 : 56)

« Sans la proprioception, nous ne saurions nous différencier d'autrui, ni de notre environnement immédiat. Elle renvoie à un sentiment familier : celui d'habiter un corps, de le connaître, de le situer dans l'espace ou, tout simplement, d'exister avec et par lui. La certitude de soi, en quelque sorte. » (Courraud, 2002 : 53)

« La perception kinesthésique associe les sens extéroceptifs et proprioceptifs dans la fonction de capter le mouvement.. » (Bois, 2005a : 39) Cette forme de perception est très importante pour le psychopédagogue perceptif, car elle permet de relier les informations provenant des cinq sens extéroceptifs à ceux provenant de l'expérience proprioceptive.

Une autre modalité de perception est l'empathie. Le thème de l'empathie est complexe et a été le sujet de nombreuses recherches tant en art, qu'en philosophie, psychologie et neurosciences.

De manière générale, ce thème a été développé dans le troisième chapitre de ce mémoire (3.5). Pour la Psychopédagogie Perceptive et plus particulièrement pour ce mémoire,

l'empathie occupe une place centrale. La vision de la Psychopédagogie Perceptive sur l'empathie pourrait faire l'objet de recherches et d'une thèse de doctorat. Ce chapitre ne se veut donc pas exhaustif, mais a pour objectif de soulever quelques questions sur le manque d'empathie de l'enfant autiste et d'émettre l'hypothèse que l'approche du corps sensible chez l'autiste lui permet de développer sa capacité empathique.

Pour le psychopédagogue perceptif la notion d'empathie est liée à la perception du corps. Percevoir, c'est établir une relation à la chose perçue. Quand le psychopédagogue perceptif établit une relation à autrui, il peut observer les effets de cette relation dans les variations de tonalités de son propre corps, grâce à un entraînement perceptif. De plus, au sein de la relation établie à la deuxième personne, il peut observer les effets situés dans le corps de l'autre. « L'empathie dont nous parlons repose sur l'éprouvé corporel avant tout : éprouvé de son propre corps, éprouvé du corps de l'autre. » (Bois, 2005b : 42)

Dans l'hypothèse de la psychopédagogie perceptive, l'empathie corporelle fondée sur le sensible est à la base des autres formes d'empathie, plus cognitives. Nous pouvons faire un lien avec l'hypothèse que l'intelligence corpo-kinéssthésique et l'intelligence intrapersonnelle forment les fondements des autres formes d'intelligence. « La compréhension réciproque sera une conséquence – heureuses, certes – de l'empathie du sensible, en aucun cas le point de départ de la relation. » (Bois, 2005b : 42)

Établir une relation empathique à soi-même est un préalable qui permet de percevoir l'effet que crée l'autre en soi. L'empathie envers soi-même est donc le point de départ. « Nous distinguons clairement l'auto-empathie : capacité à entrer profondément en relation avec soi-même et l'hétéro-empathie : capacité à entrer en relation aux autres. Pour nous,

l'hétéro-empathie sera d'autant plus forte qu'elle pourra s'appuyer sur une auto-empathie présente et intense » (Bois, 2005a : 42)

Classiquement, l'empathie est considérée comme non-intentionnelle, alors que Danis Bois émet l'hypothèse d'une empathie intentionnelle : « Je considère que nous pouvons entrer en relation d'empathie d'une manière active, et nous pouvons en percevoir les effets, dans la mesure où il y a un entraînement spécifique à cette perception. » (Bois, 2002)

Établir une relation consciente à cette empathie, poser son attention sur les phénomènes de l'empathie dans son corps ne permettent-ils pas d'entrer en résonance avec l'autre ? Le thérapeute a le choix de poser son attention sur cette résonance et de s'ouvrir au maximum à l'autre, ou de ne pas le faire en se coupant de l'effet produit par l'autre. Cet état de résonance maximum, d'empathie maximum est un état préalable nécessaire à chaque psychopédagogue perceptif qui désire accompagner un enfant autiste.

Danis Bois, dans cette dernière citation, évoque également que la perception empathique est éduicable. Notre objectif est de non seulement développer les capacités empathiques du thérapeute, mais également celles du sujet. Pour développer l'empathie, nous utilisons, comme outil, la relation sensible à son propre corps.

7.2.2 La philosophie du sensible

Introduction

Comme la *perception du sensible* est au cœur du processus d'accompagnement de l'enfant autiste, nous allons développer ce thème.

Comme décrit précédemment dans la présentation de la Psychopédagogie Perceptive, la perception en tant que processus permettant d'établir une relation et le corps sont les deux

piliers de notre approche. Mais de quel corps parlons-nous ? Et quelle relation le sujet établit-il à son corps ?

J'ai déjà émis l'hypothèse que l'enfant autiste perçoit son corps comme un objet qui lui donne la capacité à manipuler le monde des objets, mais qui l'empêche d'entrer en relation avec la partie humaine de l'homme. La Psychopédagogie Perceptive nous offre des outils d'enrichissement sensoriel permettant de développer cette relation au corps. Le tableau des différents statuts du corps (Bois, 2005a : 10) donne une vue d'ensemble des différentes étapes de ce processus d'enrichissement.

Le statut du corps	Fonctions
J'ai un corps	Corps utilitaire, corps machine, corps étendue
Je vis mon corps	corps ressenti (douleur, plaisir) nécessitant un contact perceptif
J'habite mon corps	corps prenant le statut de sujet, corps impliquant un acte de perception plus élaboré, le ressenti devenant un lieu d'expression de soi à travers les perceptions internes
Je suis mon corps	corps faisant partie intégrante du processus réflexif de la personne à travers des tonalités qui livrent un fort sentiment d'existence
J'apprends de mon corps	corps sensible, caisse de résonance de l'expérience capable de recevoir l'expérience et de la renvoyer au sujet qui le vit

Approche du sensible

Comment pouvons-nous définir le « sensible » ? Pour Danis Bois, « il s'agit d'une capacité à réceptionner les tonalités internes qui naissent de la relation au corps. Ces tonalités emportent avec elles des significations préréflexives. » (Bois, 2005a : 38)

Les tonalités internes sont perçues grâce à la relation établie au mouvement interne dans le corps : « Quand elle est animée du mouvement interne, la matière du corps s'enroule et se déroule sous la main du thérapeute comme une pâte malléable et déformable. Elle s'écoule lentement, de muscle en os, d'os en articulation, d'articulation en viscère, fondant et unifiant toutes les parties anatomiques et tous les niveaux de profondeur du corps dans une même sensation mouvante. On a l'impression de toucher à la substance originelle commune à toutes les structures corporelles, comme peut l'être, pour chaque continent, le magma en fusion au centre de la terre. Et curieusement, cette sensation, loin de paraître magique, semble au contraire si familière et naturelle qu'on a le sentiment de l'avoir toujours connue. » (Bois, 2005b : 9) Cette expérience n'est pas réservée au seul thérapeute, mais est également accessible à l'élève grâce à un protocole lui permettant de faire l'expérience du sensible.

Le corps sensible et l'être

*« ...Parce que l'être est menacé dans ses racines
les plus profondes... » (Hendriks, 2000 : 57)*

Quand le sujet entre en résonance avec les effets de la relation au mouvement interne, il est touché au plus profond de lui-même, dans chaque fibre de son corps. Il entre en contact avec son Être. « ... et ce mouvement est le fondement premier sur lequel repose la loi du sensible. Je l'appelle mouvement substantiel, [...] tout d'abord parce qu'il apparaît à la perception comme une substance en mouvement. Et également parce que, lorsqu'il se détermine dans la matière de l'homme, il donne naissance à l'Être, un Être à part entière, qui

existe par lui-même et en lui-même pour reprendre les mots de Heidegger. » (Bois, 2001a : 110)

Cette notion que l'éprouvé du corps est à la base de notre identité, de notre « soi » a déjà été mentionnée par divers chercheurs. Nous pouvons le voir chez Sherrington quand il décrit la proprioception comme « l'ancrage organique fondamental de l'identité ». (Sherrington, cité par Bois, 2005a : 37)

Bien avant lui, et sans les connaissances actuelles de la physiologie humaine, Maine de Biran, philosophe français, écrivait déjà que : « La certitude que j'ai de mon existence n'est pas celle d'un être abstrait mais d'un individu qui se sent modifié dans un corps étendue. La certitude de l'existence que j'ai de mon corps fait donc partie essentielle que j'ai de mon être » (De Biran cité par Bois, 2001a : 15). Nous pouvons également citer Merleau-Ponty qui exprime que « la persuasion silencieuse du sensible est le seul moyen pour l'être de se manifester. » (Merleau-Ponty, 1945)

Reste ouverte la question de l'absence d'un « soi » chez l'autiste, telle que soulevée par Uta Frith. Si nous pouvions valider nos hypothèses que la relation au corps sensible est perturbée dès son origine chez l'enfant autiste, que cette relation est éducable et que la relation au sensible est une voie de passage pour faire l'expérience profonde de soi, ce mémoire pourrait envisager la perspective d'une recherche approfondie autour du sujet de l'absence de soi chez l'autiste.

De l'expérience à la signification

Pour que le corps soit sensible, il ne suffit pas qu'il soit une « 'caisse de résonance' de toute expérience, qu'elle soit perceptive, affective, cognitive ou imaginaire. » (Bois, 2005a : 10) Cette expérience, ce vécu doit s'accompagner d'une activité cognitive : l'expérience est le point de départ d'une réflexion sur le vécu permettant ainsi de dégager un sens.

S'apercevoir de manière inédite, à partir d'un point de vue inédit, permet au sujet de se découvrir comme il ne l'a jamais fait. Le corps sensible lui offre l'information manquante lui permettant de se comprendre et de comprendre la vie. « Grâce à un contact fertile à soi, appuyé par la compréhension des expériences sensorielles, nous déplions une partie de nous-même qui jusqu'alors se tenait recroquevillée dans une zone isolée de la conscience. » (Bois, 2005a : 39)

« Pour être nourri par le sensible, il faut être en accord avec son corps et avec soi : 'être pleinement présent par ses sens, c'est retrouver le goût de soi qui se prolonge dans une pensée qui prend sens pour celui qui la vit'. » (Bois, 2005a : 40)

7.2.3 La modifiabilité perceptivo-cognitive

La relation à l'être n'est que la première étape du processus de transformation du sujet. Nous nous posons la question suivante : Est-il possible, en partant d'une expérience à médiation corporelle, d'engendrer un processus de transformation ? Cette expérience permet-elle de transformer les représentations conceptuelles ? Nous retrouvons une description du déroulement de ce processus dans le diagramme de la modifiabilité perceptivo-cognitive, présenté par le Prof. Danis Bois (2005a) dans sa thèse de doctorat.

Le diagramme de la modifiabilité perceptivo-cognitive est une représentation du principe d'apprentissage proposé par la Psychopédagogie Perceptive. Ce concept, inspiré de la modifiabilité cognitive de R. Feuerstein et du constructivisme de J. Piaget, est central dans notre approche. Nous ne verrons, dans notre projet de mémoire, que les grandes lignes de ce concept qui permettent de comprendre le processus de transformation des représentations conceptuelles et de l'appliquer à l'enfant autiste.

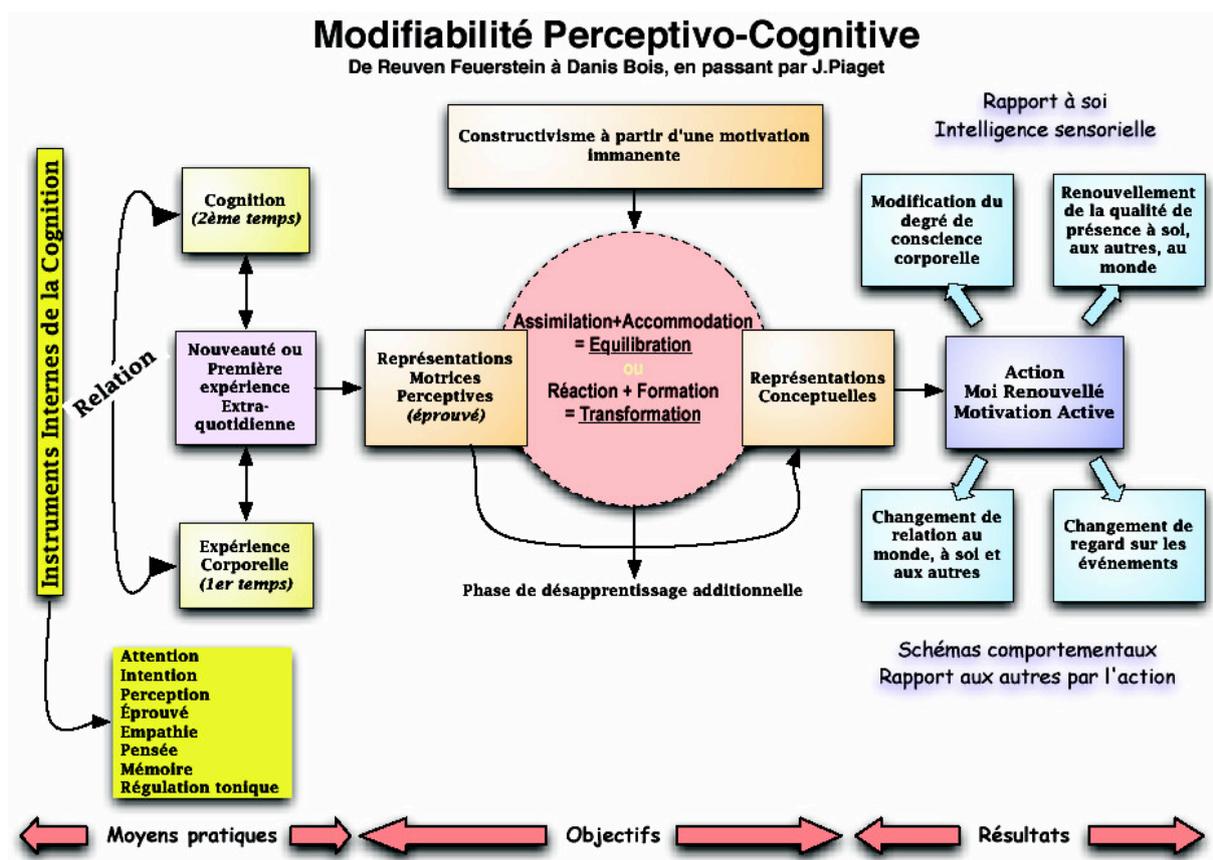


Figure 1 : Modèle de la modifiabilité perceptivo-cognitive (Source : Bois, 2005a)

Ce diagramme comprend trois volets. Le premier est constitué des moyens pratiques.

Comme le montre ce modèle de la modifiabilité perceptivo-cognitive, tout processus de transformation, tel que nous le considérons, trouve son origine dans une expérience à médiation corporelle vécue dans des conditions extra-quotidiennes. Ces conditions d'expérience permettent à toute personne d'entamer un processus d'apprentissage en partant d'une nouveauté qui jaillit de la relation établie aux instruments internes de la cognition. Les instruments internes⁴ utilisés par le psychopédagogue perceptif sont : l'attention, l'intention, la perception, l'éprouvé, l'empathie, la pensée, la mémoire et la régulation tonique.

⁴ Pour une description des instruments internes, voir chapitre 7.2.3

Cette expérience pratique et éprouvée nous mène vers le deuxième volet qui comprend notre objectif : le processus de transformation du champ représentationnel, des représentations que la personne a des situations vécues. La situation se présente au sujet et en la vivant, le sujet se représente la situation. Précédemment nous avons décrit la spécificité des représentations de l'enfant autiste, et plus particulièrement la rigidité de sa capacité à conceptualiser. « La Psychopédagogie Perceptive choisit de ne pas aborder de front le problème des représentations conceptuelles qui font obstacle à l'apprentissage, mais de les aborder de manière détournée en enrichissant d'abord les représentations perceptives. » (Bois, 2005a : 123) Notre cadre d'expérience extra-quotidien permet de solliciter les représentations motrices et perceptives qui, à leur tour, vont enrichir les représentations conceptuelles. Notre voie de passage n'est pas d'éliminer d'anciennes représentations pour les substituer par de nouvelles, mais elle est au contraire additionnelle, par l'expérience inédite d'une nouvelle perception, dont le sujet n'a pas de représentation.

Pour qu'une perception nouvelle et éprouvée soit transformatrice, elle doit être source de motivation immanente, source d'une motivation qui va permettre une mise en action. Cette source de motivation immanente se trouve dans l'expérience que le sujet fait au sein de l'immédiateté.

Le troisième volet présente les résultats obtenus par ce processus d'enrichissement des représentations conceptuelles : « Si l'articulation entre les représentations perceptives et conceptuelles est congruente, l'apprenant va vers un assouplissement de ses points de vue et sa compréhension du monde s'enrichit. » (Bois, 2005a : 124) Ce « moi renouvelé » est armé d'un nouveau rapport à son corps et à soi, résultat du développement de l'intelligence sensorielle du sujet : la relation à soi, aux autres et au monde change, sa capacité à donner du sens à ses relations et à changer de regard sur les événements se développe.

Cette modélisation du processus de transformation est plein d'espoir que les enfants autistes. En effet, notre objectif est d'apprendre à l'enfant autiste, grâce à un accompagnement spécifique de son processus de transformation en partant d'une expérience corporelle, à entrer en relation avec lui, avec son côté humain dans le but d'apprendre à donner sens aux objets et aux personnes et d'assouplir sa rigidité.

7.3 Bilan – Problématique du mémoire

Dans ce chapitre, nous avons abordé les hypothèses centrales de ce mémoire. La première est que l'enfant autiste n'a pas de relation à son corps sujet et n'a pas d'accès au monde.

Nous émettons également l'hypothèse que la Psychopédagogie Perceptive, par un travail sur le corps sensible, permet de développer la capacité de l'enfant autiste à entrer en relation avec son être.

De cette hypothèse, nous émettons la thèse que le développement de la capacité auto-empathique de l'enfant autiste peut engendrer un processus de transformation, qu'il permet au moi de se renouveler dans ses schèmes comportementaux, dans sa manière d'entrer en relation à soi, aux autres et au monde, dans son regard sur les événements et dans sa capacité à donner une signification.

Comme on a déjà décrit précédemment, il faut préciser que notre thèse n'est pas utopique ou naïve mais réaliste : notre objectif n'est pas de 'guérir' l'enfant autiste mais bien d'introduire et d'optimiser sa relation sensible à son corps. Les résultats obtenus sont donc dépendant du niveau d'atteinte de la pathologie, mais quel que soit ce niveau, il reste toujours un potentiel de développement.. Mais même avec les enfants qui sont profondément autistes notre approche semble avoir des résultats importants dans sa relation au monde.

PARTIE III : TERRAIN ET ANALYSE

8. Interventions « classiques »

Avant de entrer en détail au niveau du cadre épistémologique et de la méthodologie de recherche, je vais vous présenter les interventions classiques par rapport à l'autisme dans ce chapitre. Ceci permet de situer l'enrichissement spécifique que pourrait signifier l'approche de la Psychopédagogie Perceptive.

Les recherches de Howlin et Rutter (1987) constituent la principale référence dans le traitement des enfants autistes. Dans leur livre *Treatment of autistic children*, ils décrivent les résultats de leur approche hyper-structurée. Le traitement qu'ils préconisent est orienté sur la stimulation du développement, la diminution du comportement autistique et l'élimination du comportement autistique non-spécifique.

« L'objectif d'un accompagnement d'autiste devrait être la tentative d'offrir d'une part une vie pleine de sens et d'autre part un milieu structuré et prévisible. Dans une vie normale, ces deux peuvent se contredire, mais pour des enfants autistes un environnement directif et présentant peu de stimuli semble être la seule condition pour lui permettre de se développer comme un être proche. » (Hendriks, 2000 : 58).

Cette tentative d'adapter la structure de l'environnement de l'enfant, en espérant qu'elle influencera la structure interne de l'enfant, est la principale caractéristique de l'approche classique de l'autisme. Vu l'incapacité de l'enfant à effectuer un lien entre structure interne et structure externe, ça reste du niveau de l'espoir ! Complémentaire à cette approche nécessaire de la « structure externe » est l'approche directe sur le développement de la cohésion de la « structure interne » de l'autiste.

8.1 Compétences communicatives

Howlin et Rutter font remarquer que c'est la fonction communicative du langage qui est premier et non le langage en tant que tel. Quel que soit le niveau du langage, l'utilisation sociale doit être entraînée. Ceci signifie que non seulement l'utilisation active du langage, mais également la compréhension du langage est importante. L'entraînement de la fonction communicative doit s'étendre à toute forme de communication. Si l'enfant n'arrive pas à utiliser le langage verbal, d'autres moyens de communication doivent être mobilisés. L'élément le plus important est la réussite des essais. L'objectif de ces techniques est de diriger le comportement de communication en partant de ses besoins. Les auteurs préconisent de tout tenter pour que l'enfant réagisse au langage et à la communication. On peut lui apprendre la signification de tâches simples comme par exemple « viens » ou « assieds-toi » en faisant faire l'expérience de ce qui est dit. Avec de l'entraînement, les actes physiques peuvent diminuer jusqu'à ce que les mots suffisent. Grâce à ces techniques, les parents ont pour la première fois le sentiment qu'ils peuvent influencer le comportement de leurs enfant, et l'enfant, de son côté, comprend pour la première fois ce qu'on attend de lui. Pour que ce qui est appris soit intégré, il est très important de confirmer le comportement voulu. La communication en soi ne leur donne pas la satisfaction qu'elle procure aux autres personnes. Un renforcement externe est indispensable, mais difficile à trouver, car ils ne sont pas sensibles à la louange, tout comme ils ne le sont pas à toute forme de communication. Les autoriser à faire leur occupation préférée, comme par exemple jouer avec un bout de fil, ou dans le cas d'Axel, d'imiter les nains de blanche neige, est une attitude thérapeutique souvent efficace. « Il est important que la communication offre du plaisir aux enfants et que l'enfant en expérimente l'effet : la communication lui donne du pouvoir sur l'environnement. » (Peeters, 1994 : 87)

Ne pourrait-on pas remonter dans l'ontogenèse pour désigner les racines de notre socialisation ? La première interaction avec le monde extérieur ne se fait-elle pas in utero, avant notre naissance ? Nous ne sommes plus à l'époque où le monde scientifique considérait le fœtus comme un être sourd, muet, aveugle et insensible. Grâce aux progrès effectués en imagerie médicale, la connaissance de la vie fœtale a progressé. En effet, c'est à partir de la vingtième semaine de la vie fœtale que les organes de perception se développent pour achever leur croissance vers la 28^{ème} semaine. D'un point de vue écologique, les organes ne se développeraient pas sans qu'ils aient une fonction. Ainsi, que ces organes se développent à ce moment précis de l'embryogenèse signifie que le fœtus peut se servir de l'expérience offerte par ces organes. Par exemple, quand un son de 110 décibels est appliqué au fœtus, l'échographie et le monitoring montrent qu'il est sensible à ce bruit. Quand il se sent légèrement agressé, il fait des mouvements de paupières, quand il est moyennement agressé, il fait des mouvements de membres et quand il est fortement agressé, il fait des sursauts. Ces mouvements s'accompagnent de tachycardie, ce qui montre bien que le bébé traite l'information. « Non seulement il a les moyens de percevoir, mais il traite l'information en tant que personne » (Bois, 2001b) Des expériences similaires ont été effectuées sur d'autres stimuli tels que le sens tactile, le sens visuel (lumière) et le goût.

Quand ses organes de sens sont développés, le fœtus peut explorer sa niche et distinguer ce qui est lui de son environnement. Quand, par exemple, il touche la paroi de l'utérus avec sa main, il n'a qu'une information sensorielle. Par contre, quand il touche une partie de son propre corps, il a deux informations sensorielles : la main qui tâte et la partie du corps qui est tâlée. Ces informations constituent les racines de sa construction identitaire.

« Et peut-être le ressenti est beaucoup plus important dans l'acquisition du ressentir, en tant que ressenti de son être, un ressenti ontologique, qu'il y a un lien avec l'être. Peut-être

que se ressenti-là constitue pour lui son mode de reconnaissance. Et pas un mode de reconnaissance qui vient de l'esprit. » (Bois, 2001b). Une des hypothèses de ce mémoire est que cette incarnation corporelle de l'identité est perturbée chez l'autiste. Cette réflexion est menée dans ce mémoire au chapitre 7.2.2.

Pour aller à la rencontre du fœtus, la Psychopédagogie Perceptive propose au thérapeute un toucher manuel permettant d'établir cette relation. Pour cela, le thérapeute doit apprendre « à s'intérioriser de façon à entrer en relation consciente avec la présence rayonnante du fœtus. » (Berger, 1999 : 26) Eve Berger décrit dans son livre, *Le mouvement dans tout ses états*, le témoignage de Marianne, médecin : « J'étais enceinte de quatre mois. En me guidant les mains, Eve m'apprenait à suivre le mouvement du bébé à l'intérieur de mon ventre. [...] Tout à coup, Benjamin partit lentement dans une direction, en m'invitant à le suivre. Et de cette façon, il m'entraîna à explorer avec lui tous les recoins de sa 'maison'. [...] Il est étonnant de constater la sensibilité et la compréhension précoce d'un bébé ! » (Berger, 1999 : 26). La mère n'a pas le pouvoir exclusif d'une telle relation avec le fœtus. Christophe, le père de Benjamin, a chaque soir un rendez-vous avec son fils : « ...Benjamin vient directement sous la main, au contact de la peau. C'est la rencontre, il m'apprend qui il est et m'entraîne dans un voyage lent et majestueux. [...] Ses petits coups joyeux ou curieux, ses retournements, sont l'ébauche d'une conversation. » (Berger, 1999 : 26)

Ce toucher offre-t-il la possibilité d'évaluer la capacité du fœtus à entrer en relation avec les mains posées sur le ventre de la mère, avec le monde extérieur ? Est-il possible de trouver des invariants à ce type de relation ? Certains foetus seraient-ils plus doués que d'autres dans cette forme de communication ? Les foetus qui ne trouvent pas la voie de cette communication, qui ne communiquent pas, sont-ils des « fœtus autistes » ? Peut-on définir

cette capacité à entrer en relation l'« intelligence sensorielle du fœtus » ? Cette intelligence sensorielle est-elle éduicable ? Toutes ces questions restent des hypothèses, par contre, ma pratique me montre que ce travail permet d'installer une ambiance calme, sereine et de confiance. Le fœtus réagit à une telle ambiance par un état d'apaisement, par une diminution de son rythme cardiaque...

8.2 Compétences sociales

Pour qu'une réciprocité sociale s'installe, l'initiative doit obligatoirement venir du thérapeute ou d'une autre personne. Il est possible de créer des situations où l'enfant autiste ne peut pas passer outre l'interaction avec ses frères, sœurs ou parents – un puzzle par exemple ne peut être complété qu'en demandant la pièce manquante. « L'idée sous-jacente à cette stratégie est que ce type de relation, qui au début est conditionné et fait par devoir, peut devenir la base d'une forme de contact pleine de sens, significatifs : ces interventions où l'enfant apprend par un dressage peuvent résulter, dans un premier temps, d'une interaction mécanique devenant une interaction vraiment sociale. » (Howlin & Rutter, 1987 : 227).

Avant que ce type de relation puisse être réalisé, l'enfant autiste et son accompagnateur ont un long chemin à parcourir. Un enfant autiste n'apprend pas spontanément à bouger dans la circulation sociale. Pour le guider dans le monde social, notre intervention doit lui apprendre les compétences le plus élémentaires pas à pas, comme dire bonjour, compter de l'argent, répondre au téléphone. « L'accent est mis sur l'utilisation des éléments dans un contexte social, mais comme comportements isolés ils n'ont pas de valeur. » (Hendriks, 2000 : 59)

8.3 Comportement rituel et stéréotypé

Le comportement rigide et stéréotypé peut être une compensation d'un manque de signification. Par contre, cette rigidité ne diminue pas, ou très peu, quand la capacité à conceptualiser se développe. La tendance à ne pas tenir compte de l'influence de l'environnement, ne peut être complètement éliminée.

Howlin & Rutter proposent plusieurs techniques spécifiques pour résoudre cette problématique. Empêcher ce comportement chez l'autiste ne fait qu'augmenter la tension, l'excitation ou l'agressivité, de manière plus importante que sur des troubles obsessionnels et impulsifs. Le thérapeute peut proposer une approche alternative mais de manière très graduelle, en déviant petit à petit les routines fixées. Dès le début, il est important d'offrir une sécurité et une structure, mais également de petits changements ou des variations, pour leur apprendre à s'accommoder à des situations changeantes.

L'ortho-pédagogue Nijhof (1999) explique que ce comportement répétitif comble le besoin de l'autiste d'être maître de la situation et lui permet de créer un événement prévisible, sécurisant, lui permettant même d'exprimer des émotions. L'accompagnateur doit apprendre à interpréter la fonction spécifique de ce comportement ; la simple interdiction est non seulement cruelle, mais également condamnée à l'échec. « Il faut mieux essayer de dévier ce comportement dérangeant en proposant une forme alternative de comportement répétitif. » (Nijhof, 1999 cité par Hendriks, 2000 : 63) Ces exemples montrent l'impuissance de l'accompagnement « classique » des autistes. Leurs symptômes spécifiques sont inséparables de leur handicap et doivent être acceptés.

Joseph, un enfant autiste profond que j'accompagne, fait une crise de panique à chaque fois qu'on dévie du chemin classique pour accéder à son école. Une solution est de lui

proposer de faire régulièrement de petites déviations sur le trajet. Ces déviations ne peuvent pas être trop importantes, vu l'intensité de son anxiété. De plus, les parents doivent veiller à ne pas installer la route alternative comme nouvelle fixation. Modifier un tel comportement demande un réel dosage : ni trop, ni trop peu ; régulièrement, mais pas à chaque fois...

Un autre exemple d'impuissance est la couverture de Stanislas. Jour et nuit, il tient une petite couverture entre ses mains. Toute tentative de le séparer de sa couverture provoque une crise. Lors de situations stressantes, il met une partie de la couverture dans sa bouche. Le médecin traitant a proposé, pendant que Stanislas dort, de défaire petit à petit la couverture pour qu'elle devienne de plus en plus petite et pour finalement disparaître. Comme si, avec le dernier petit fil, le besoin de Stanislas d'avoir un objet fétiche pouvait disparaître, et en espérant qu'il n'en trouvera pas d'autres... Cet exemple montre bien les limites de cette forme de thérapie.

Vu de l'extérieur, ces comportements stéréotypés et rigides peuvent déranger au sein d'un contexte social. Par contre, la lecture des témoignages de personnes autistes permet de mieux comprendre la signification de leurs comportements et de changer de point de vue. Un exemple connu est le livre de Gunilla Gerland. Après une ultime tentative échouée d'être acceptée comme une « real person », elle cherche une compensation émotionnelle en tâtant de manière compulsive tout ce qui est rond. Mais cette réaction est également rejetée et sa quête vers une consolation lui est ainsi enlevée. Qui sommes-nous pour nous octroyer ce pouvoir ? Et avec quel droit le faisons-nous ?

8.4 Comportements problématiques non spécifique

Pour Howlin & Rutter, le traitement ne doit pas seulement concerner les symptômes spécifiques de l'autisme, mais il doit également réguler les problèmes de comportement non

spécifiques, comme les automutilations, les troubles du sommeil, les troubles alimentaires, l'anxiété, les problèmes de propreté, les accès de colère... Par opposition aux symptômes spécifiques, des résultats peuvent être obtenus par un accompagnement intensif dans ce domaine. Dans les grandes lignes, le traitement des problèmes de comportement non spécifique ne diffère pas de celui octroyé aux enfants non autistes qui ont les mêmes problèmes. Le conditionnement est beaucoup utilisé et est efficace quand il est appliqué de manière créative et spécifique à la personne dans la situation actuelle.

Par exemple, le « time-out », pratique où l'on met l'enfant, immédiatement après le comportement problématique, dans un endroit où il est seul (où il ne peut pas se blesser ou détruire des objets) semble efficace.

La théorie du changement progressif et de la désensibilisation offre des possibilités thérapeutiques pour les anxiétés extrêmes et les phobies. Les auteurs donnent l'exemple d'un petit garçon qui depuis plusieurs années n'osait plus prendre un bain, rendant ainsi les soins difficiles. Progressivement – d'abord en le laissant jouer dans une baignoire vide, puis en le lavant pendant qu'il joue, puis en ajoutant à chaque fois un peu plus d'eau au fond de la baignoire – l'enfant apprend à se baigner. De la même manière, l'environnement peut être aménagé afin d'éviter des problèmes et stimuler l'adaptation de l'enfant. Des vêtements qui protègent l'enfant peuvent éviter toute forme d'automutilation, une chambre à coucher obscure peut l'aider à s'endormir, une portière fermée à clef lui permet de dormir en paix...

8.5 Structuration

« Des enfants se développent normalement en jouant spontanément entre eux, en relation avec le monde. Ils s'approprient les règles sociales, les compétences communicatives

et cognitives très facilement, dès qu'ils sont prêts, quand les circonstances les invitent, et souvent sans effort majeur. » (Hendriks, 2000 : 64)

Les enfants autistes n'apprennent pas spontanément ces compétences, il semblerait qu'il leur manque une base pour le faire. Ces enfants ne prennent aucune initiative, ils ne sont pas curieux et ne désirent pas découvrir le monde. Ils apprennent peu ou presque rien dans les relations et dans les jeux. « Pour cette raison, il ne suffit pas de les mettre dans une situation d'apprentissage ou un environnement pédagogique classique, même si l'intention est pleine d'amour et de bonnes intentions. S'ils apprennent quelque chose ce n'est que purement mécanique, pas parce qu'ils en comprennent le sens. » (Peeters, 1994 : 76 ; Howlin & Rutter, 1987 ; Wing, 1981)

L'environnement pédagogique doit être adapté aux contraintes spécifiques de l'autiste. En résumé, l'enseignement et l'accompagnement de l'autiste doivent être caractérisés par une « structure ». « En manque d'un langage interne, la cohésion et l'organisation du monde doit être donnée de l'extérieur. Le manque de cohérence significative doit être compensé par une recherche de régularité et d'ordre. » (Hendriks, 2000 : 65)

Les tâches complexes doivent être réparties en étapes séparées, simples et comprenant chacune un début et une fin distinct. De plus, les activités doivent suivre un déroulement régulier et prévisible, l'approche est de préférence non verbale et une grande attention personnelle est nécessaire (Wing, 1981 : 114). Une attitude passive et conciliante est par contre contre-productive : les enseignants et éducateurs doivent être directif et à chaque fois initier les interactions et la communication. « En offrant une structure claire, les relations peuvent devenir compréhensibles, les règles maniables et les événements prévisibles. »

(Peeters, 1994 : 77) Peeters ajoute qu'un environnement structuré offre une possibilité à l'enfant autiste d'être heureux à sa manière.

La notion de structuration interne par les outils de la Psychopédagogie Perceptive sera traitée plus loin dans le prochain chapitre.

9. Méthodologie et épistémologie

9.1 Introduction : posture épistémologique

Le cadre général de ce mémoire correspond à la position épistémologique de la recherche qualitative à partir de l'étude de cas. L'expérience thérapeutique dans mon cabinet de psychopédagogue perceptif est le point de départ de cette recherche à partir duquel une réflexion est menée pour arriver à extraire un modèle d'action et d'enrichir et de généraliser la théorie pré-établie du sensible. Je me situe donc dans la position de praticien-chercheur.

Dans cette première étape de ma recherche sur le corps sensible et l'autisme que représente ce mémoire, le choix de présenter des études de cas permet une meilleure compréhension de l'impact des outils de la Psychopédagogie Perceptive sur les contraintes de la pathologie dans la vie quotidienne de l'enfant autiste, dans le contexte de sa vie réelle. Il s'agit d'une démarche thérapeutique et de l'évaluation de cette thérapie. J'espère de pouvoir quantifier cet impact dans une prochaine phase de recherche.

Il n'est déjà pas facile de soigner un enfant autiste, il est encore plus difficile d'extraire un protocole et un modèle d'action de sa pratique thérapeutique. Chaque enfant autiste est différent et chaque moment d'interaction est unique. La réaction d'un enfant après une action thérapeutique, ne signifie pas que ce même enfant, à un moment différent, réagira de la même façon sur une même sollicitation, ni qu'un autre enfant réagira de la même façon que lui. Alors, comment établir un protocole ? Nous allons tenter, dans le travail qui suit, d'extraire des invariants de notre travail pour construire un modèle de notre pratique thérapeutique. Le but de cette approche inductive est de dégager des processus récurrents dans les cas étudiés pour regrouper graduellement les données obtenus dans ce modèle d'action et dans la formulation de la théorie.

9.2 Principes généraux

9.2.1 Vie quotidienne ou extra-quotidienne ?

Classiquement, l'approche thérapeutique des enfants autistes est très directive, comme nous l'avons décrit dans le chapitre précédent. Les sessions thérapeutiques sont trop souvent réduites à un dressage comportemental où, par exemple, l'enfant apprend à attendre la sonnerie du réveil pour commencer à manger sa première tartine. Ce n'est qu'après un deuxième signal qu'il pourra aborder sa deuxième tartine. La forme et le contenu de la session sont déterminés et planifiés d'avance par le thérapeute. Cette hyper-structuration est absolument nécessaire dans la vie quotidienne de l'enfant autiste et tant que les sessions thérapeutiques se limitent à des apprentissages de compétences quotidiennes, nous pouvons comprendre cette directivité.

Mais qu'apprend l'enfant de ce « dressage comportemental » ? Ce dressage lui permet-il d'apprendre d'événements non codifiés de sa vie quotidienne ? Une telle pédagogie a pour objectif de ramener l'enfant dans le monde du thérapeute. Elle impose un cadre de référence extérieur à l'enfant, un cadre constitué de points de repères, de structures et de règles implicites du monde adulte « normal ».

Le psychopédagogue perceptif met le sujet dans un cadre extra-quotidien. L'enfant autiste peut-il apprendre dans cette situation extra-quotidienne ? Si oui, cet apprentissage pourra-t-il être transféré dans sa vie quotidienne ? Pourra-t-il en tirer un sens afin que cette expérience soit transférable dans son monde quotidien ?

9.2.2 Sa réalité ou notre réalité ?

L'originalité de la situation thérapeutique extra-quotidienne n'est pas de partir du point de vue de thérapeute, mais de la réalité subjective de l'enfant autiste pour établir des

liens en direction de notre réalité. Notre posture thérapeutique est la neutralité active, elle est neutre dans le sens où le thérapeute n'essaie à aucun moment de forcer l'enfant. L'enfant est respecté dans ses potentialités, dans ses limites et dans qui il est. Dès que l'enfant perçoit un manque de respect, il n'offre plus rien... Être neutre ne signifie pas être passif, au contraire, la neutralité est active dans l'attention et la vigilance demandée pour prendre à bras le corps chaque opportunité que l'enfant offre d'entrer en communication avec lui.

Cette attitude thérapeutique crée un espace où l'enfant se sent appréhendé et écouté de manière inédite. C'est le fait de se sentir écouté qui lui permet de s'extérioriser de manière unique, comme il ne l'a jamais fait auparavant.

De plus, partir de la réalité que l'enfant vit dans son mouvement permet de construire de nouvelles références temporelles et spatiales qui lui sont propres. Il est important pour nous que l'enfant puisse vivre dans un monde avec ses propres repères, qu'il puisse lui-même le structurer et ne plus être dépendant d'une structure extérieure qu'il a beaucoup de difficulté à appréhender.

9.2.3 Contexte pratique : le cabinet

Travailler avec des enfants autistes demande d'être très attentif aux détails, car leur agitation peut être causée par un tout petit détail. Le thérapeute doit mettre en place des conditions afin qu'un minimum de variables viennent interférer dans le processus thérapeutique.

Le premier élément est l'accueil de l'enfant dans la salle d'attente. Comme nous travaillons à quatre psychopédagogues dans le même cabinet, nous partageons la salle d'attente. Toutes les demi-heures, les patients traités sortent et les nouveaux patients rentrent, ce qui crée beaucoup de bruits dans la salle d'attente trop petite (souvent l'enfant est accompagné de ses parents, frères et sœurs...). Il faut à tout prix éviter que l'enfant autiste rentre dans ce chaos. Afin de ne pas le perturber, je décale donc tous les rendez-vous avec les

enfants autistes de dix minutes pour que le temps d'attente soit réduit au strict minimum. Dans la salle d'attente, les règles sociales sont encore en place : l'enfant doit me saluer comme il l'a appris.

Quand il rentre ma pièce, les règles changent. Le téléphone est dévié et le portable débranché. C'est mon rôle de thérapeute que de mettre en place les conditions nécessaires pour être présent à l'enfant de manière authentique.

Au premier rendez-vous, ma pièce est comme une page blanche que l'enfant peut remplir de lui-même. De session en session, la pièce est de plus en plus structurée par l'enfant, ainsi chaque enfant construit sa propre structure architecturale. Pour Joli par exemple, une petite fille de quatre ans et demi, ma plante est très attractive : dès qu'elle en a l'occasion, avec sa main gauche elle joue avec les feuilles. Elle aime la sensation que procure son contact, le bruit... Stanislas, lui, a peur de ma plante et l'évite le plus possible. Il fait de grands détours pour ne pas la rencontrer. Lui, c'est la fenêtre de ma porte d'entrée qui le fascine. Ainsi, chaque enfant donne sa propre signification aux objets, lui permettant ainsi de faire de ce lieu, son lieu.

Avec certains enfants je mets de la musique, au début leur musique préférée, si cela les mets à l'aise. Axel, quand je mets sa musique de Blanche Neige, commence à danser et à jouer l'histoire des nains. Dès qu'il le fait, je danse avec lui. Au début, il s'agitait et ne supportait pas ma présence. Maintenant, il me laisse faire et quelques fois même, une interaction s'installe entre nous, comme si je devenais un des nains et que je pouvais ainsi participer à son histoire.

Puis quand la relation au sensible, au silence, est présente, il m'arrive de mettre des musiques que je choisis, des musiques qui donnent une tonalité à la relation établie.

Mon approche de l'enfant autiste diffère donc de l'approche classique, plutôt comportementale, où la séance thérapeutique se fait dans une pièce vide afin que l'attention de l'enfant ne soit pas distraite et qu'elle soit focalisée sur le thérapeute.

9.2.4 Les parents et le milieu pédagogique

Comme cette approche est particulière, il est important d'informer les parents et le milieu pédagogique de l'enfant du type de travail effectué.

Les parents comprennent bien le dressage comportemental qui permet à l'enfant d'apprendre quelque chose de concret, il apprend à dire bonjour, à faire une tartine, à prendre le bus...

Le principal objectif des séances de Psychopédagogie Perceptive n'est pas de lui apprendre quelque chose, mais qu'il apprenne **de** quelque chose, est de lui apprendre à apprendre. Cette posture thérapeutique est plus abstraite, moins concrète, donc moins compréhensible pour les parents.

Au cours des séances, l'enfant autiste n'apprend pas des compétences pratiques, quotidiennes, mais des stratégies se trouvant en amont des compétences, des stratégies sans contenu, qui prennent forme dans la vie de tous les jours (métacognition).

Cet objectif doit être expliqué aux parents, sinon, quand ils observent une séance, ils ne peuvent comprendre le rôle du thérapeute. Ils voient un monsieur, un peu bizarre, qui se met à genoux à côté de leur enfant, qui lui court après, qui lui laisse faire tout ce qu'il ne peut pas faire chez lui, qui parfois met ses mains sur son ventre, ferme ses yeux, ne bouge pas, ne dit rien d'autre que « mmm », « tetetet » ou « oui, voilà... », qui, finalement, ne fait rien de bien concret.

Un autre point important à soulever avec les parents est celui de leur attente. Souvent, ils ont entendu parler des résultats obtenus auprès de certains enfants autistes et espèrent que leur enfant sera « guéri ». Le thérapeute doit donc leur expliquer les objectifs de la thérapie, tout comme les résultats qu'ils peuvent espérer. Quand les parents sont intéressés par les concepts théoriques de notre méthode, je leur explique, par exemple, la notion de la potentialité ou le fonctionnement de l'attention.

Souvent, les parents désirent poser des questions en fin de séance, mais j'évite de le faire à ce moment. Je préfère consacrer le temps des séances exclusivement aux enfants, et consacrer du temps aux parents à d'autres moments, sans l'enfant.

Je laisse quelque fois intervenir les parents pendant les séances, quand ils sont présents. Quand la relation au sensible s'installe, l'enfant se calme et crée une ambiance particulière, très sereine, dans la pièce, comme si la qualité du silence devenait tangible. Lors de ces moments, je demande aux parents de se rapprocher de leur enfant. C'est souvent un moment émouvant pour eux. Avec certains enfants que je suis depuis longtemps et que je connais bien, je demande à leur mère ou à leur père de poser une main entre la mienne et le corps de leur enfant, pour participer à la beauté du moment.

Tous les trois mois, je demande aux parents de se mettre devant une feuille blanche et de faire un « état des lieux », le plus complet possible, du fonctionnement de leur enfant, tant au niveau corporel, affectif, cognitif que social. Ces journaux de bord, dont certains se trouvent en annexe, les aident à voir et à suivre les progrès de leur enfant. Dans une recherche ultérieure, ces récits complétés par des questionnaires pourraient servir de données à une évaluation approfondie de notre travail.

9.2.5 La relation à la nouveauté

De nombreux exemples, montrant que l'autiste n'est pas capable de s'adapter à la nouveauté, aux changements de son environnement, sont repris dans la littérature sur l'autisme. Chaque nouveauté est très menaçante et peut créer des angoisses mortelles. Faut-il donc hyper-structurer l'environnement de l'enfant autiste afin qu'il n'ait aucun contact avec la nouveauté ? Ou ne vaut-il pas mieux apprendre à l'enfant autiste à gérer la nouveauté ?

Comment réagit l'autiste lorsque apparaît une nouveauté interne, qui ne l'envahit pas de l'extérieur, mais qui jaillit de l'intériorité intime de son propre corps – ou de son corps propre ?

Le psychopédagogue perceptif possède des outils qui lui permettent de communiquer avec l'intériorité de l'autiste et d'établir un dialogue entre l'autiste et sa propre intériorité, entre lui et lui. Vouloir créer une empathie organique de soi à soi chez l'autiste, avant d'établir une communication à l'autre, ne se retrouve dans aucune autre forme de thérapie

L'art du thérapeute se trouve dans le dosage de la nouveauté en relation avec la capacité d'accueil de l'enfant. Un enfant non autiste peut être appréhendé par la nouveauté, parfois même en sautant des étapes. Par contre, un travail thérapeutique avec un enfant autiste demande de toujours confirmer de ce qu'il connaît déjà, ce qu'il peut déjà faire, sentir... La nouveauté doit être introduite au bon moment et avec le bon dosage.

9.2.6 Directivité et non-directivité

En contrepartie de la directivité vécue dans leur vie quotidienne, nos sessions extra-quotidiennes sont non-directives et ne sont pas préparées à l'avance, même si l'objectif est déterminé à l'avance. Par contre, le chemin que va parcourir l'enfant pour atteindre ce but et

les outils qu'il va utiliser, ne sont pas prédéterminés. C'est l'enfant qui décide ce qui se passe, au moment où il le désire.

Même si j'essaie de « diriger » l'enfant afin d'effectuer une séance de thérapie manuelle sur la table, c'est finalement l'enfant qui décide, s'il veut ou non, s'il s'enfuit ou non... Il est clair que la situation la plus confortable pour le thérapeute est celle où l'enfant désire monter sur la table de traitement, s'y pose tranquillement pour se faire traiter et reste sans bouger pendant un certain temps. Ce souhait est utopique lors des premières séances avec de jeunes autistes et peut être envisagé avec des autistes plus âgés. Par contre, je constate que c'est la relation établie au corps sensible qui les motive à être traité, à rester plus longtemps et plus facilement sur la table : les moments de silence deviennent plus long, la présence du silence change, ils sont moins distraits par les cubes ou par leur mère,...

La pièce a été pré-structurée par l'enfant, au contraire de la séance de thérapie manuelle où le seul invariant sur lequel l'enfant peut s'appuyer, est le contact établi avec ce qui se passe au sein de l'immédiateté, afin d'offrir l'opportunité à l'enfant de s'adapter aux événements présents. Un bon thérapeute, au-delà d'une bonne connaissance de ses outils, est capable d'adapter leur utilisation à ce qui se passe lors de la séance, à suivre l'évolution de la relation établie avec l'enfant.

Chaque événement porte en lui une opportunité d'établir une relation avec l'enfant et de déclencher un processus pédagogique, d'apprendre de ce moment.

Pour illustrer ce propos, je vais décrire deux cas. Le premier est celui de Stanislas. La porte de mon cabinet est faite d'un verre opaque, avec un relief. A chaque fois que Stanislas effectue son tour de découverte de la pièce de traitement, il s'arrête devant cette porte, intrigué, et commence à sentir et à lécher le verre. Au lieu d'interdire ce comportement (comme il est dérangeant au niveau social, il ne faut pas offrir d'opportunité à l'enfant de l'intensifier, il faut donc le lui interdire), je me suis mis à genoux, à sa hauteur, et je l'ai imité.

Puis, lorsqu'il a commencé à explorer la porte avec sa main, il m'a autorisé à mettre ma main sur la sienne pour glisser ensemble sur le verre dans toutes directions. Ma posture de thérapeute est de me mettre dans une empathie maximale avec lui. Pour Stanislas, ce simple contact physique, de main à main, est déjà un exploit de relation incommensurable. En effet, dans toutes les situations de sa vie quotidienne, il ne supporte pas d'être touché, ce qui crée des situations très difficiles pour ses parents qui ne peuvent lui donner la main quand il est dans un endroit où il y a beaucoup de monde, il ne veut pas être lavé... Actuellement, Stanislas prend parfois l'initiative, il vient vers moi de lui-même et pose sa main sur la mienne pour effectuer notre voyage ensemble. Un nouveau pas de géant a été franchi...

Joli est fascinée par ma plante. Si je la laisse faire, elle s'installe à côté de la plante, tourne un peu la tête en l'air, en bredouillant et jouant de sa main droite avec les feuilles, toujours dans une posture très asymétrique. De séance en séance, je me suis introduit dans la scène, d'abord à côté d'elle, puis en mettant une main sur son ventre et l'autre sur son dos. Mon expérience me montre que contrairement aux enfants non autistes, les enfants autistes se laissent plus facilement appréhender par le thorax que par les pieds ou les mains. Quand elle sent que sa fibre sensible est touchée, sa main ralentit, ses stimulations verbales diminuent et le silence s'installe... A d'autres moments, elle me laisse prendre sa main gauche, pour jouer ensemble à deux mains avec la plante. Puis elle ne joue plus qu'avec la main gauche, en changeant sa position par rapport à la plante. C'est devenu un jeu : asymétrie gauche, symétrie des deux mains, asymétrie droite. Ces conquêtes semblent bien minimes, mais le fait de retrouver et d'habiter de nouvelles parties de son corps, de pouvoir enrichir sa posture asymétrique est une ouverture vers un nouveau monde pour elle. Sortir de ses stéréotypes, c'est un exploit pour un enfant autiste...

10. Outils de la Psychopédagogie Perceptive

10.1 Relation d'aide manuelle

10.1.1 Introduction

Comme la Psychopédagogie Perceptive est issue de la fasciathérapie, la pratique manuelle comporte plusieurs touchers. De manière grossière, nous pourrions distinguer les touchers symptomatiques des touchers relationnels. Ces derniers vont au-delà d'un simple dialogue tissulaire, avec le corps objet du patient, ils créent les conditions d'accès à un dialogue avec la personne qui habite ce corps. L'objectif, pour le sujet, est d'établir une relation à son corps. « ... Là, la personne se reconnaît toute entière, et découvre comme un portrait d'elle-même dans son intériorité... » (Bois, 2005a : 19) Ce toucher permet ainsi de créer une relation, c'est la raison pour laquelle nous parlons de relation d'aide manuelle.

10.1.2 Entretien tissulaire

Dans cette relation d'aide manuelle, tout comme dans la fasciathérapie, deux phases peuvent être distinguées : le suivi dynamique et le point d'appui.

Dans la phase du suivi dynamique non-directif, le pédagogue suit les invariants du mouvement interne (orientation, amplitude, lenteur et cadence) sans modifier ses composantes. A d'autres moments de l'accompagnement, le pédagogue intervient de manière active, dans une posture de directivité informative, afin d'offrir au tissu – et ainsi à la personne – l'information manquante permettant la libération tissulaire.

Dans la phase statique du point d'appui, le thérapeute crée un arrêt artificiel du mouvement interne. Ce point d'appui est un réel dialogue entre la résistance offerte par le thérapeute et la force d'auto-régulation physique et psychique du patient. Dans un bon point

d'appui, le thérapeute offre au patient la capacité à se construire autour de la résistance offerte. « Le point d'appui est un moment où le patient est intensément sollicité dans sa 'réflexion tissulaire' interne, le moment où la personne parle par l'intermédiaire de ses tissus et où le thérapeute l'écoute ; car, comme dans tout entretien digne de ce nom, les deux personnes ne doivent pas parler en même temps. » (Bois, 2005b : 15)

10.1.3 Le dialogue tonique

Nous distinguons plusieurs types de touchers : le suivi du mouvement qui s'effectue en trois dimensions, la biomécanique sensorielle, le biorythme, le point d'appui vasculaire... L'objectif n'est pas de décrire tous les touchers mais d'approfondir le toucher spécifique de la Psychopédagogie Perceptive, le dialogue tonique. Dans le tonus, corps et psychisme s'entrelacent. Vu sa place centrale dans la Psychopédagogie Perceptive et son application pratique dans le travail avec les enfants autistes, je vais élaborer plus en détail l'arrière scène de ce toucher.

De quel tonus parlons-nous ?

Le neuropsychiatre Henri Wallon (1956) a été un des premiers à décrire le rôle particulier du tonus dans la communication pré-verbale du nouveau-né avec le monde. Wallon a observé que le bébé communique son état émotionnel en faisant varier son tonus. Quand il est dans un état de bien-être, de confiance et de confort, tout son corps se relâche (hypotonie). Par contre, dans des situations d'agitation (malaise lors d'une douleur ou d'un reflux, faim, se sent menacé), le tonus du bébé augmente (hypertonie).

La découverte de ce dialogue tonique montre clairement que le tonus effectue un lien entre le corps et le psychisme. Zazzo (1979) le décrit ainsi : « Le rôle qu'il a assigné à la tonicité, à la fonction posturale dans l'émotion et dans la représentation nous éclaire sans doute pour la première fois sur la transformation du physiologique en psychique. L'émotion est un fait physiologique... elle nous apparaît, à nous adultes, comme un désordre, un

désarroi, elle est chez le jeune enfant un facteur d'organisation. » (Zazzo cité par De Keyser, 2004 : 9)

Le constat d'une unité tonique dans le vécu du bébé est important : quand il va mal, c'est tout son corps qui réagit. Pour Hendrickx, le manque de globalité corporelle du nourrisson pourrait indiquer un trouble du développement. Dans ce cas, le thérapeute peut ressentir le corps du bébé comme s'il était fragmenté, même si toutes les parties du corps sont reliées anatomiquement, manquant d'unité corporelle, d'une globalité cohérente.

Tonus et communication

Ces réactions toniques sont des réactions de nature émotionnelle (pleurer quand il a faim, sourire quand la maman lui fait des sourires...) et un moyen de ressentir son environnement par des attitudes ou des postures. « La fonction tonique est alors à la fois 'assimilation d'autrui et action sur autrui' » (Bernard, 1995 cité par De Keyser, 2004 : 9). « Le bébé réagit par rapport à des phénomènes qui se passent dans lui et en dehors de lui, il exprime ses besoins, ses émotions et états affectifs, mais, simultanément, il apprend à ressentir les effets de ses propres modifications toniques ainsi que de celles des autres. Avec la maturation de son système neurobiologique, l'enfant aura de plus en plus d'outils à sa disposition pour tirer les leçons de ses propres expériences de vie et devenir ainsi un être social. » (De Keyser, 2004 : 10)

Dialogue tonique

Le terme « dialogue tonique » a été introduit par Julian de Ajuriaguerra. « Il nous semble important de souligner qu'il s'agit bien d'un dialogue, autrement dit d'une 'conversation', entre deux ou plusieurs personnes. C'est une relation réciproque dont les bases sont posées au cours des premières interactions entre la mère et l'enfant » (Andre ; Benavidès ; Canchy-Giromini 1996, cités par De Keyser, 2004 : 11). Dans ce dialogue, l'état tonique du bébé s'adapte en temps réel à celui de la maman, comme le dit Ajuriaguerra : « le

vécu tonique est lié inséparablement à la vie affective originelle du nourrisson : il est le tissu qui le rattache au monde et, d'abord, au corps de la mère avec lequel il se confond, il s'identifie. » (de Ajuriaguerra , cités par De Keyser, 2004 : 12) Ce dialogue est donc une forme primaire de communication.

Pertinences du dialogue tonique pour l'autiste

Comment peut-on appliquer ces notions dans notre accompagnement de l'autiste ? Le dialogue tonique du nourrisson autiste est-il perturbé ? Si oui, cette déficience est-elle irréversible ou peut-on créer les conditions pour qu'une interaction au monde puisse se mettre en place par une approche adaptée ? Ou ce dialogue tonique est-il régit par les mêmes lois que la communication verbale et offre donc les mêmes contraintes ? Si le dialogue tonique est éduicable, quelle est l'influence de cet éveil sur la vie quotidienne de l'enfant autiste ? Comment pourrait-on mesurer et objectiver les changements d'état tonique ? Le dialogue tonique est-il plus facilement accessible avec un très jeune enfant qu'avec un adulte ? Nous tenterons d'apporter des réponses à ces questions dans la troisième partie de ce mémoire.

10.2 Relation d'aide gestuelle

La relation d'aide gestuelle permet également, en prolongement de la relation d'aide manuelle, de développer une relation à soi par le corps. Le sujet est invité à exécuter des mouvements lents tout en respectant les invariants du mouvement interne. Il s'agit de mouvements physiologiques, de composantes de notre gestuelle quotidienne. Ces exercices peuvent être exécuté en position allongée, assise ou debout.

Le sujet est invité à poser son attention sur les invariants du mouvement qui ne peuvent être perçus hors de la mise en situation extra-quotidienne et que nous appelons « angles morts » quand ils ne sont pas perçus par le sujet.

« La sensorialité du mouvement prend corps à chaque fois qu'une zone d'inconscience gestuelle est vaincue. Quand on étudie un mouvement qui est en train de se faire, mais surtout à la nature du mouvement qui ne peut pas se faire. » (Bois, 1999 cité par Berger, 1999 : 95)

Chaque nouveauté que le sujet découvre dans son mouvement, le met en relation avec une partie de soi oubliée, ou non-découverte. Le but n'est pas d'exécuter un mouvement, mais d'apprendre de son mouvement.

« La personne y rencontre un profond sentiment d'unification entre toutes les parties du corps (le haut et le bas, l'avant et l'arrière, la droite et la gauche, le dos et le visage, ...) mais aussi de son être : son intention et son action, son attention et son intention, sa perception et son geste, sa pensée et son vécu. » (Bois, 2005a : 20)

10.3 Introspection sensorielle

Dans une introspection sensorielle le sujet est invité à poser son attention sur son état intérieur, dans la profondeur de lui-même, dans une posture immobile vue de l'extérieur, mais mobile vécue de l'intérieur. « Cette pratique sollicite les processus perceptifs et cognitifs à travers des tâches, des consignes, des objectifs qui mobilisent l'attention corporelle. » (Bois, 2005a : 21)

Pour guider une personne à travers ce parcours, le pédagogue l'emmène dans un voyage permettant de découvrir sa vie intérieure en donnant des consignes verbales à choix multiples, non inductives. Petit à petit, en partant de la relation établie aux sens extéroceptifs, la vue et l'ouïe, puis de la relation au sens kinesthésique, au sensible et même à son imaginaire, la tonalité interne et la résonance se construisent et augmentent en intensité. Même si le pédagogue a une forme codifiée de l'introspection à sa disposition, les effets procurés dans le corps de l'élève sont imprévisibles : c'est le triomphe de la nouveauté ! L'individu perçoit de plus en plus de détails dans une globalité engageante.

Mais tout comme la relation d'aide manuelle et gestuelle, faire l'expérience de l'introspection sensorielle n'est qu'un prétexte à apprendre de son expérience. « L'introspection sensorielle nous apprend que le corps vécu, sensible participe pleinement à la vie réflexive, en partant de l'indéfectible conviction que 'mon corps, c'est moi'. » (Bois, 2005a : 21)

10.4 Entretien verbal

L'entretien verbal a comme but d'apprendre à apprendre de sa vie. Nous partons de l'hypothèse qu'une personne qui n'apprend plus rien d'elle-même ou de sa vie peut devenir malade. Il est important que le psychopédagogue perceptif accompagne le sujet dans l'entretien pour lui apprendre à tirer du sens de son expérience. Ce type d'entretien se différencie de l'entretien classique car il s'effectue toujours à partir de l'expérience : « L'entretien verbal ne s'engage jamais avant avoir préalablement réalisé un accordage somato-psychique, afin de s'assurer que la personne soit en résonance avec elle-même au moment qu'elle parle. » (Bois, 2005b : 16)

Le premier temps de la verbalisation se fait pendant l'expérience : l'élève témoigne en temps réel de ce qu'il vit et pense durant l'expérience. Cette approche est unique, la lenteur du mouvement permet de faire l'expérience et de la décrire pendant son déroulement. Classiquement, la personne exprime *a priori* ce qu'elle va faire ou témoigne *a posteriori* de ce qu'elle a fait. Le témoignage ne se fait jamais en temps réel.

Dans une deuxième phase de l'entretien verbal, le psychopédagogue communique à son élève des informations relatifs aux invariants du rapport à l'être, aux difficultés impersonnelles liées aux pathologies du non-être (rupture avec l'élan créateur et perte de sens, inaptitude à capter l'immédiateté, évitement du silence, éloignement du corps, déficit de l'éprouvé), aux processus de santé et de transformation. Le pédagogue ne dirige pas

l'entretien vers le singulier, l'objectif n'étant pas d'analyser la problématique de la personne, ses stratégies pour surmonter sa problématique, ou son passé.

Dans une troisième phase, c'est au sujet de faire le lien avec son singulier, avec sa propre situation de vie. Dans cette dernière étape, le psychopédagogue perceptif peut le soutenir en cas de défaillance.

L'entretien en Psychopédagogie Perceptive se fait à partir de questionnaires ou peut être mené de manière entièrement libre.

11. Application pratique à l'enfant autiste

11.1 Thérapie manuelle

La thérapie manuelle peut être utilisée dans plusieurs buts.

11.1.1 Toucher symptomatique

Sans trop rentrer dans les détails de la fasciathérapie, notons que le toucher symptomatique n'est pas seulement un toucher qui libère une entorse de cheville, ou une vertèbre bloquée ou un spasme musculaire. Ce toucher comprend tout un travail sur la réaction du corps face au stress. Un stress, qu'il soit psychologique ou physique, résonne dans tout le corps par une cascade de réactions physiologiques : réactions neurovégétatives, réactions vasculaires, réactions hormonales, crispations des fascias... Quand le stress est répétitif, comme chez l'enfant autiste, ce système est dérégulé.

Le psychopédagogue perceptif utilise des touchers spécifiques permettant de réguler ces grands systèmes, de créer un équilibre neurovégétatif entre le système parasympathique et orthosympathique, une régulation vasculaire de l'équilibre vasoconstriction/vasodilatation. Grâce à son expérience, il repère les tensions accumulées dans le corps au niveau tissulaire : dans la peau, le muscle, le fascia (comme les tensions de nature émotionnelle qui nécessitent une libération du fascia axial profond), le périoste, l'os et les libère.

La région anatomique, la profondeur, la lecture des invariants du mouvement interne, la qualité et l'intensité qui se dégagent du point d'appui lui dévoilent la nature de la résistance/tension : mécanique, affective, émotionnel, fondamental, ou de l'être...

11.1.2 La relation au sensible

Établir une relation au mouvement interne de l'enfant autiste n'est pas donné d'emblée. En effet, comment entrer en relation avec une personne quand elle ne le désire pas ?

Avant de traiter l'enfant autiste, il faut mettre des gants blancs en soie... Le thérapeute doit s'installer dans une relation empathique maximale et l'appréhender le plus prudemment possible, comme s'il tenait un objet fragile entre ses mains, objet qu'il ne veut pas laisser tomber ou étouffer par trop de pression.

Le point d'appui

Pour déclencher le processus, il faut trouver la voie de passage. La solution se trouve toujours dans le point d'appui de relation, dans la bonne distance par rapport au mouvement interne. Cette distance varie d'un enfant à l'autre et d'un moment à l'autre, même si, quand le mouvement interne est mobilisé au sein du corps, son registre reste le même pour l'enfant, il y a simplement des variations discrètes en fonction du moment. Connaître le registre de l'enfant permet d'y accéder plus facilement.

Dans la plupart des cas, les points d'appui posés aux enfants autistes nécessitent plus d'espace que ceux posés aux enfants non autiste. Poser sa main sur son corps est déjà vécu comme une violation de son intimité par l'enfant. Le thérapeute doit dissocier son intention du mouvement qu'il effectue : chaque millimètre de mouvement effectuée en direction de l'enfant nécessite un recul dans son corps de thérapeute de deux millimètres. Ce chiasme, entre ces deux forces opposées, crée un espace réel où le mouvement interne de l'enfant n'est pas étouffé, ni envahi. Au sein de cet espace, le mouvement interne trouve un lieu où il peut s'exprimer.

La subtilité de cette approche réside en premier lieu dans la distance qu'il faut parcourir dans la direction de l'enfant, et dans l'espace qu'il faut créer en même temps, avant

que le mouvement s'offre, puis dans la construction graduelle de cet espace. Si le thérapeute va trop vite ou trop loin, l'enfant s'agite et s'enfuit de la table, puis il faut à nouveau beaucoup de temps, quelque fois même plusieurs sessions, avant de pouvoir regagner la confiance corporelle de l'enfant.

C'est un jeu subtil entre un mouvement entrant d'à peine un demi millimètre et la lecture de la réaction de l'enfant dans le point d'appui. Quand il accepte la proposition manuelle, on peut à nouveau le solliciter et aller un peu plus loin... Ce dialogue, vécu comme une véritable négociation, est le plus subtil que j'ai effectué.

La relation au sensible

Autant établir une relation au sensible est difficile, autant l'instant, où le mouvement interne s'offre et emmène le corps dans un voyage lent et gracieux, est magique.

Il manque souvent au mouvement interne une organisation spatiale et temporelle : il est souvent tridimensionnel, chaotique, continu, sans pause. Il est très important, pour le psychopédagogue, de se laisser guider par le mouvement interne, dans une posture de neutralité active et de non directivité. Il ne doit pas tomber dans le piège de vouloir quitter trop rapidement la non-directivité pour organiser et structurer le mouvement interne. Même si cette organisation interne est le but visé par le thérapeute, il ne peut le proposer trop tôt, car l'enfant va s'enfuir. Il doit attendre le moment où l'organisation s'effectue presque d'elle-même, et à ce moment là, le thérapeute n'intervient qu'avec un minimum d'intention.

Le bon moment est indiqué par les paramètres quantitatifs et qualitatifs suivants : ralentissement du mouvement vers le point d'appui, sentiment d'emboîtement dans le point d'appui, impulsion linéaire claire et distincte au sortir du point d'appui, et qualité du silence : faible, délicat et très lent, présence dans le silence, tonalité... A ce moment là, les tensions disparaissent, l'enfant glisse dans un état de repos, de sérénité et de bien être (que peut goûter l'enfant et le thérapeute !) Ensuite, c'est le moment d'introduire des mouvements linéaires

dans les trois plans de l'espace (mouvement linéaire antéro-postérieur dans le plan sagittal, mouvement linéaire haut/bas dans le plan frontal et mouvement linéaire droite/gauche dans le plan horizontal) et séquencer le mouvement avec des tops départ et des tops arrivée précis.

Je viens de vous décrire la situation idéale où l'évolutivité du travail permet d'aller au bout du traitement. En pratique cette évolution est parfois difficile à obtenir, elle nécessite du temps, de la patience et du respect pour l'enfant. Souvent, il faut se contenter d'une relation à l'enfant qui dure une fraction d'une seconde, ce qui est déjà magnifique, car elle est une ébauche de tout un processus à venir...

11.1.3 Structuration interne

Le corps de l'enfant autiste donne l'impression d'être morcelé, fragmenté, comme si les mouvements des membres et du tronc s'effectuent sans aucun lien. Tout effet créé dans un membre, par exemple, reste local et ne se propage pas dans le reste du corps.

Une fois ces premiers pas franchis, le thérapeute va s'appuyer sur le mouvement interne, support du processus d'unification de ce corps morcelé. Le mouvement forme une organisation, une unité, un squelette interne au sein du corps. Cette organisation interne permet à l'enfant de construire son identité.

A ce stade de l'accompagnement, le plus difficile est déjà fait. Les schèmes d'affinités du mouvement vont nous aider pour accomplir ce travail. Mon expérience thérapeutique m'a permis d'observer une chronologie de traitement : relier en premier lieu les membres entre eux, avec l'aide du mouvement interne, puis les relier au mouvement interne du thorax. Puis, passer graduellement à une mobilisation des membres en suivant la loi du mouvement interne où la forme respecte les schèmes associatifs du mouvement (huit schèmes associatifs du mouvement ont été répertoriés par Danis Bois).

Dans ce travail, les schèmes associatifs me permettent de travailler autour de la ligne médiane du corps. Cette relation à la médiane est le point de départ permettant la découverte

des trois plans de l'espace : rotation gauche et droite dans le plan horizontal, flexion et extension dans le plan sagittal, latéoflexion gauche/droite dans le plan frontal. Le sentiment d'emboîtement vécu à chaque passage de la ligne médiane est très important.

11.1.4 Le travail sur les instruments internes

Par le travail sur les instruments internes, commence la spécificité de l'accompagnement du psychopédagogue perceptif. La pratique manuelle devient un prétexte pour travailler sur les instruments internes.

En prolongement du travail effectué sur les schèmes associatifs du mouvement et la ligne de médiane, le thérapeute met en place des stratégies pour apprendre à l'enfant à suivre le mouvement avec son attention, puis à participer pleinement au mouvement gestuel. Le préalable qui doit être acquis avant ce travail est la communication verbale.

Avant de pouvoir effectuer ce travail à l'enfant, nous proposons un entraînement spécifique de l'attention qui part d'une attention dirigée vers le toucher, puis vers la sensation de mouvement (proprioceptive) et enfin sur le sensible. Ce travail peut également être amorcé avec un autiste non-verbal, en lui montrant le chemin à suivre.

Réception de l'information

Notre premier objectif est le travail sur la qualité de réception de l'information. L'enfant doit se préparer à une question, à une information en devenir. De plus, la nouveauté proposée se trouve dans le champ de l'attention mobilisée : détournement de l'attention focalisée de l'extérieur vers une attention interne, puis cheminement inverse d'une attention interne vers une attention externe. D'autres paramètres de l'attention sont également travaillés comme le type d'attention : attention focalisée sur un objet ou attention panoramique sur deux ou plusieurs items ; comme la durée de l'attention : attention courte qui se déconnecte constamment ou attention soutenue, prolongée ; et comme l'intensité de l'attention : manque

de présence si l'intensité est trop basse, difficulté à entretenir l'attention si l'intensité est trop grande.

Dans la mesure du possible, nous demandons au sujet de fermer ses yeux, sinon l'exercice peut également être effectué avec les yeux ouverts. L'enfant ne ferme ses yeux que lorsqu'il se sent en pleine confiance. Certains enfants ouvrent leurs yeux après chaque question, d'autres sont capables de détourner leur attention pendant tout l'exercice. Là aussi, l'évolutivité est importante et doit être travaillée...

Les exercices peuvent se faire dans plusieurs positions, même si la position allongée sur la table de traitement est préférable, nous pouvons également les effectuer en position assise sur la table, sur une chaise ou sur les genoux de la mère.

Relation au tact

Je propose souvent le jeu suivant aux enfants pour développer leur relation au tact. Ce jeu, basé sur « touche-touche », est très simple. Je touche l'enfant à un endroit de son corps, par exemple son coude gauche, puis, c'est à l'enfant de toucher son coude gauche. Prenons une situation idéale : l'enfant a les yeux fermés, il est couché avec le dos sur la table. Pour attendre l'information, il détourne son attention vers son intériorité, il est réceptif à ce qui est à venir, il a une attention panoramique, non focalisée sur un bras, par exemple, sinon il sentira pas quand je le touche sur l'autre bras... Après nous pouvons jouer sur le temps de latence situé entre deux stimulations.

Cette idée de travail nous offre beaucoup de possibilités : nous pouvons stimuler deux endroits en même temps, ou l'un après l'autre (ce qui va stimuler la mémoire, autre instrument interne), nous touchons notre corps et l'enfant répond sur le sien, et vice versa... Au lieu de pointer, nous pouvons tracer une ligne vers un objectif (ce qui va utiliser l'intention, autre instrument interne), nous pouvons également varier la vitesse, ou plutôt la lenteur du tracé...

A chaque fois nous introduisons une nouveauté (dite « loi de boléro de Ravel »). En jouant, l'enfant apprend des compétences importantes, transversales aux contraintes des artistes.

Relation au sens kinesthésique

Quand l'enfant est capable de tourner son attention vers son intériorité et quand le mouvement est présent dans son corps, nous pouvons lui apprendre à suivre le mouvement en conscience. Pendant le traitement, le thérapeute guide progressivement l'attention de l'enfant en direction de l'animation interne, en lui posant de questions semi-ouvertes. Le questionnement doit être très clair pour que l'enfant n'ait plus qu'à le suivre pour atteindre le but. Des questions semi-ouvertes laissent à l'enfant le choix entre deux possibilités. L'enfant ne doit pas avoir l'impression qu'une réponse a plus de valeur que l'autre, les deux possibilités offertes doivent avoir une valeur identique.

A nouveau, cette construction évolutive doit toujours être en relation avec la capacité linguistique de l'enfant, son niveau de compréhension intellectuelle et sa capacité sensorielle. Cette pédagogie n'est pas applicable à l'autiste profond, mais la majorité des enfants pseudo-autistes adorent cet aspect de notre approche.

En premier lieu, l'enfant pose son attention sur le mouvement objectif des mains du thérapeute, puis sur le mouvement provoqué par ces mains, et en dernier lieu sur les effets corporels créés par ce mouvement.

Les questions posées dans la première catégorie sont : « Sens-tu mes mains ? Bougent-elles ou pas ? Sont-elles liées ou pas, bougent-elles séparément ? Commencent-elles et s'arrêtent-elles au même moment ou pas ? Bougent-elles à la même vitesse ou pas ? Bougent-elles dans la même direction ou pas ? Cette main ci – en pinçant légèrement les doigts pour être clair – bouge-t-elle vers le haut, c'est-à-dire vers ta tête ou vers le bas, c'est-à-dire vers les pieds ? » etc.

Puis, nous posons des questions sur le mouvement sensoriel. Par exemple lorsque nous effectuons une flexion/extension du tronc avec une main sur le sternum de l'enfant et l'autre sous les dorsales (enfant couché dos sur la table) : « Pendant que cette main – pincement – descend et cette main – pincement – monte, fais-tu une flexion (le nez va-t-il en direction des genoux) ou une extension (le nez va-t-il vers le haut) ? Dis-moi quand le mouvement s'arrête. Dis oui, quand il part. Dis oui, quand tu es au milieu de la route... »

Relation au sensible

Les questions posées sur l'effet créé par le mouvement sont également des questions semi-ouvertes pour ne pas mettre les mots dans la bouche de l'enfant, comme : « Est-ce plutôt agréable ou désagréable ? Te sentes-tu reposé ou agité ? Te sentes-tu agressé ou pas ? etc. »

Après nous pouvons jouer à des jeux où l'enfant doit reconnaître le patron sensoriel du mouvement déclenché par le thérapeute, ou inversement, l'enfant effectue à l'intérieur de son corps un mouvement que le thérapeute doit pouvoir nommer. Ces jeux se font d'abord sur la table, puis en position assise...

Dès que l'enfant est capable de suivre le mouvement en conscience, avec son attention, il est prêt à passer à un stade plus actif, à passer à l'action, à la thérapie gestuelle.

11.2 Thérapie gestuelle

Le travail gestuel est très riche et se prête à de très nombreux exercices. Le but de ce mémoire n'est pas de être exhaustif, mais de montrer comment l'utilisation des outils de la psychopédagogie perceptive conçus pour un public d'adultes et d'enfants non autiste se prêtent également aux autistes et aux pseudo-autistes.

Comme en thérapie manuelle, ces outils nécessitent une adaptation aux contraintes de l'autisme et au fait que nous travaillons avec des enfants. L'enfant décide ce qui est possible et c'est au thérapeute de s'adapter.

Il m'arrive d'utiliser des cubes ou des jouets pour attirer l'attention de l'enfant. Puis je fais glisser les cubes de haut en bas, de gauche à droite, d'un point à un autre à une vitesse lente, sensorielle, où chaque déplacement dure 15 secondes. La lenteur et l'orientation constantes donnent une forme de sécurité aux enfants, une forme de prévisibilité : l'enfant « sait » où va se trouver le bloc, où va se trouver son bras ou son corps dans l'instant qui va suivre. Grâce à cette lenteur, il peut apprendre à gérer ce qui est à venir. Puis, nous pouvons glisser des moments imprévisibles dans l'exercice en modifiant un des paramètres, puis un autre, puis deux paramètres en même temps... Le thérapeute peut jouer avec les variables pour que l'enfant apprenne à gérer toute situation nouvelle ou imprévisible.

11.2.1 De l'approche manuelle à l'approche gestuelle...

Apprendre à bouger, en conservant la relation au mouvement interne, se fait sur la table, dès que le thérapeute sollicite l'enfant à participer au mouvement sensoriel qu'il déclenche.

Ce passage, entre le thérapeute qui effectue le mouvement et le mouvement pris en charge par l'enfant, offre de nombreuses possibilités de travail sur les capacités empathiques de l'enfant et permet d'apprendre l'enfant à se respecter dans la relation à l'autre. Ce travail permet l'émergence des racines du travail à deux effectué plus tard dans l'accompagnement.

En premier lieu, comme décrit auparavant, le thérapeute fait le mouvement et l'enfant le suit en conscience. Puis il invite son patient à, tout doucement, venir participer et aider. La prochaine étape, la plus difficile, est celle où le thérapeute et l'enfant font chacun la moitié de l'effort. Ceci demande à l'enfant d'être en même temps en relation avec lui-même, avec son mouvement et avec les informations données par le thérapeute. Il doit prendre sa place et en même temps laisser de la place à l'autre. Son attention doit être tournée autant chez lui, vers le dedans, que vers l'autre, vers le dehors... Trouver cet équilibre délicat est merveilleux.

Ensuite l'enfant prend l'avant plan, le thérapeute l'aide, le soutient, pour qu'enfin se soit l'enfant qui effectue le mouvement seul, par lui-même...

Au début, il est plus facile d'effectuer ce travail sur les membres, avec, par exemple, des mouvements de rotation externe et interne. Puis nous pouvons suivre la même procédure que celle appliquée sur le thorax en exécutant les schèmes associatifs du mouvement.

Dès que le mouvement ne concerne plus un seul membre ou le thorax, mais qu'il sollicite la participation de l'enfant au schème associatif, nous pouvons reprendre ce travail en concernant deux parties du corps différentes, comme par exemple quand le thérapeute prend une jambe et l'enfant un bras. Ensuite, l'enfant doit prendre en charge les deux membres, par exemple les deux bras ou les deux jambes, puis une jambe et un bras un même côté, puis une jambe d'un côté et le bras de l'autre, puis le thérapeute prend le thorax et l'enfant les quatre membres...

Avec les tout petits enfants, qui n'ont pas les capacités cognitives nécessaires pour effectuer ce travail, c'est au thérapeute de les prendre en charge. Sarah, une petite fille de deux ans retardée avec des traits d'autisme, a de plus des problèmes de stabilité du tronc : quand elle assise sans support, elle tombe régulièrement. Chaque chute est suivie d'un concert de pleurs inconsolables. Je l'ai mise sur mes genoux en collant mon ventre sur son dos, mes deux mains posées sur son ventre. En même temps que j'effectue une stimulation manuelle au niveau de la peau de son ventre, je l'emmène avec tout mon corps dans un voyage, tout doucement et dans une lenteur sensorielle. Je l'emmène dans des mouvements de haut en bas, d'arrière en avant, elle me laisse faire sans problème.

Par contre, à chaque fois que je veux effectuer une rotation vers la gauche ou une inclinaison vers la droite, elle s'agite et commence à pleurer : elle ne veut absolument pas y aller, c'est comme si son corps ne connaissait pas le chemin, ne savait pas comment effectuer

ce mouvement. En négociant avec elle par le mouvement dans son corps, j'ai pu introduire les mouvements manquants nécessaires à son équilibre. Actuellement, après quelques séances, c'est l'inverse : elle s'agite de joie quand elle est assise sur ma table et est fière de montrer les mouvements qu'elle a appris ...

11.2.2 La lenteur des bras

Mon expérience me montre qu'il vaut mieux commencer à travailler les mouvements linéaires en premier lieu avec les bras, en position assise ou même debout. Il vaut mieux commencer par les bras parce bouger avec ses bras est moins impliquant que bouger avec son tronc. D'autre part, le mouvement des bras est plus facile à exécuter, car il y a moins de variables à contrôler. Bouger un bras, demande de poser son attention sur un seul bras et non sur un ensemble. Et progressivement, nous ajoutons les variables une par une pour augmenter la complexité que doit gérer l'enfant. Un autre avantage de cet exercice, c'est qu'il est très concret et facilement compréhensible pour les parents qui observent le travail effectué par le thérapeute.

Observer la lenteur du mouvement des bras permet au thérapeute de faire une lecture de l'attention : il peut observer quand l'enfant dirige ses bras dans les aspects quantitatifs et qualitatifs. Un mouvement trop rapide des bras peut signifier qu'il a un problème dans la durée de son attention, un mouvement saccadé peut signifier que son attention n'est pas constante, à certains moments son attention soutient le mouvement, à d'autres moments, son attention décroche.

Nous apprenons à l'enfant à bouger un bras, dans une direction intentionnelle, de haut en bas par exemple, dans une vitesse sensorielle : le bras glisse à vitesse constante, lente...

Puis nous ajoutons le deuxième bras, ce qui demande à l'enfant de contrôler deux variables, de partager son effort attentionnel sur les deux variables. Les deux bras doivent

commencer et arrêter le mouvement en même temps, ils doivent suivre la même trajectoire à une vitesse égale. Nous pouvons facilement observer quand un bras reçoit moins d'attention que l'autre : il part en retard, glisse moins, est saccadé, parfois même il s'arrête... Une observation du mouvement externe donne accès à l'intériorité de l'enfant, le thérapeute fait une lecture du langage corporel de l'attention, de la cognition. A partir de cet exercice de base, nous pouvons à nouveau varier et introduire de la nouveauté.

Une étape importante est celle où des repères externes sont introduits. Nous demandons par exemple d'arrêter le mouvement des bras à l'horizontale. Cette consigne demande à l'enfant de ne plus seulement à tenir compte de lui, de sa réalité, mais demande également de tenir compte de la réalité externe. Son attention, tournée vers lui, doit également être tournée vers l'extérieur.

Dès que l'information qui s'adresse à la partie gauche du corps est différente de celle qui s'adresse à la partie droite, l'effort attentionnel augmente de manière exponentielle. Nous suivons la progression suivante : d'abord dans le même plan, mais dans des directions opposées (un de haut en bas, l'autre d'en bas vers le haut), puis dans deux plans différents. Les deux bras vont à la même vitesse (ils ont la même distance à parcourir), puis un bras va plus vite que l'autre (ils parcourent des distances différentes).

Ce type d'exercices permet d'effectuer une analyse cognitive, d'établir un lien entre intelligence corpo-kinesthésique, intelligence spatiale et intelligence logico-mathématique, soit en partant du corps vers une réflexion logico-mathématique ou inversement en partant d'une réflexion logico-mathématique pour faire une expérience corporelle. Nous pouvons construire des devinettes comme : « Un bras va dans un plan sagittal, deux fois plus rapidement que l'autre bras, qui lui bouge dans un plan frontal. Le bras droit commence son trajet dans un plan horizontal alors que le bras gauche, qui commence son mouvement par le haut, bouge dans un plan sagittal, et croise l'horizontale... »

11.2.3 Les mouvements linéaires

Les mouvements linéaires du tronc sont très importants, pour plusieurs raisons. Premièrement parce que bouger son tronc touche plus son intériorité que bouger ses bras. Bouger le tronc de manière sensorielle peut donner l'impression que c'est soi qui bouge, que tout de soi est mis en action. Il n'existe plus de distinction entre soi et son corps : bouger le tronc vers l'avant, par exemple, ne procure pas la sensation que c'est le tronc qui va en avant, mais que c'est soi-même qui avance. Les mouvements linéaires offrent une sensation d'incarnation corporelle de l'identité : le corps sensible, le corps sujet.

De plus, les mouvements linéaires du tronc sont très structurants : ils inscrivent une organisation spatio-temporelle dans le corps et relient le sujet à l'espace qui l'entoure.

Enfin, nous pouvons travailler les instruments internes : attention panoramique, orientée vers l'intérieur ou l'extérieur, intention linéaire à conserver pendant tout le trajet pour soutenir l'intention, mémorisation, de manière encore plus prégnante qu'avec le mouvement des bras.

11.2.4 Mouvements à deux

J'aime bien utiliser le prétexte des mouvements linéaires pour effectuer un travail à deux, pour apprendre à l'enfant à entrer en relation avec l'autre, à aller vers l'autre et en même temps à accueillir l'autre en soi, à trouver sa place dans cette relation, à laisser de la place à l'autre, à résister à l'autre de manière positive, organisée, dosée et non pas en coupant tous les liens...

Le principe est simple. Avant de l'effectuer sur le tronc, nous pouvons lui apprendre ce principe en utilisant les bras, mais de manière générale quand l'enfant en est à ce stade du traitement, son potentiel intellectuel et sensoriel lui permet de pratiquer ces exercices sur le tronc.

Pendant que l'enfant effectue un mouvement linéaire vers l'avant, le pédagogue commence doucement et progressivement à offrir une résistance, jusqu'à ce que la force propulsive de l'enfant et la résistance du thérapeute sont en équilibre. L'enfant ne bouge plus, mais il doit garder son effort intentionnel et attentionnel. Puis nous inversons les rôles : le pédagogue pousse par exemple l'enfant en arrière et au signal donné, l'enfant doit y répondre progressivement en augmentant son tonus pour faire face à la question du pédagogue.

Il est important que l'enfant apprenne à être réceptif à la question de l'autre et non à ce qu'il pense que l'autre va poser comme question. Dans ce cas, ou il répond avant que le signal ne soit donné, ou il n'effectue pas une construction graduelle de son tonus mais fait tout en une fois, comme si le pédagogue se heurtait à un mur...

Puis à partir de cet équilibre, nous pouvons demander à l'enfant de doucement augmenter son tonus pour vaincre la résistance du pédagogue et de le repousser, ou inversement de continuer à retenir le pédagogue mais en diminuant son tonus afin que le pédagogue puisse quand même passer, et ceci sans saccades...

Effectuer avec finesse ces exercices demande une présence à soi, à l'autre et à ce qui se passe dans l'immédiateté...

11.3 Introspection

L'introspection sensorielle codifiée est difficilement applicable à l'enfant autiste ou pseudo-autiste. L'enfant ne peut pas rester dans une position immobile pendant vingt minutes. Mais dans notre approche, comme nous l'avons décrit précédemment, nous demandons souvent à l'enfant de tourner son attention vers son intériorité. Ces petits moments d'intériorisation active deviennent de plus en plus long au fur et à mesure que l'accompagnement évolue...

11.4 Entretien

Le dernier outil du psychopédagogue perceptif est l'entretien verbal. Là aussi, il ne s'agit pas de l'entretien verbal classique utilisé chez l'adulte, mais d'une verbalisation doit adaptée à l'enfant autiste.

Comme nous l'avons vu, ce langage verbal ne se développe pas chez l'autiste profond, et demande donc une adaptation du vocabulaire au niveau de ce public. Je vais prendre pour exemple le cas de Joseph, un autiste profond qui vient régulièrement me voir. Nous avons convenu, avec tout son entourage (parents, grand-parents, professeurs, thérapeutes, éducateurs...), d'utiliser les mêmes mots, avec la même intonation et si possible, avec la même prosodie. Nos phrases sont courtes, elles ne contiennent souvent qu'un mot comme : « Joseph, voiture, maison » ou « Joseph, table, manger ». En plus des mots, nous utilisons des photos de personnes. Par exemple, quand ses parents lui disent : « Joseph, voiture, Philippe », ils lui montrent en même temps une photo de moi, pour qu'il puisse intégrer le mot avec l'image.

Avec des enfants autistes qui parlent, j'adapte également mon vocabulaire pour communiquer. J'utilise beaucoup la technique de la « confrontation cognitive » où les mots que j'utilise ne correspondent pas à la réalité. Je me limite d'abord à des situations où ils ne sont pas concernés, comme : « Il fait beau aujourd'hui » quand il pleut, ou « Bonne nuit » quand ils arrivent le matin, etc. Au début, ces phrases peuvent les perturber, mais dès qu'ils comprennent le sens des mots, ils commencent à considérer cette confrontation comme un jeu qui crée une forme d'attention orientée vers les mots que j'utilise. Puis, nous pouvons plus nous centrer sur le sujet, comme quand je dis : « Tu as de belles chaussures rouges » quand elles sont bleues, pour enfin arriver à dire des choses sur l'enfant lui-même, comme : « Jean, tu es quand même une belle petite fille ? »

Quand l'enfant commence à me duper, la stratégie est gagnante, car il me montre qu'en déviant de la réalité il peut comprendre et utiliser les mots en relation avec un contexte. Il est surprenant de constater une différence de capacité d'accueil de l'enfant à ces plaisanteries, entre le début et la fin de la session.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Ce mémoire peut contribuer à une meilleure compréhension du phénomène de l'autisme. Nous avons appréhendé la problématique en partant d'un point de vue inédit et nous avons émis comme première hypothèse que l'enfant autiste est incapable d'établir une relation sensible à son corps.

En effet, pour la Psychopédagogie Perceptive, cette incapacité a pour origine une perturbation de la relation à soi, à autrui, aux événements et une difficulté à tirer du sens de son expérience vécue. Pour l'enfant autiste, cette incapacité est d'une autre nature. Il ne s'agit pas seulement d'une perturbation mais d'une absence de ce processus permettant à l'homme d'entrer en relation au corps sensible. Cette absence résulte d'une « absence d'un soi », ce que montre bien la description des symptômes faite par l'Association Psychiatrique Américaine (APA, 1994) – altération des interactions sociales, de la communication et de l'imagination.

Nous avons émis comme deuxième hypothèse que notre Psychopédagogie Perceptive permet de développer la relation au corps sensible de l'enfant autiste. Dans la partie pratique de ce mémoire, nous avons montré une application de ces outils aux contraintes de la pathologie autiste. Notre objectif est de créer les conditions pour que l'enfant autiste puisse initier une relation à son corps sujet puis engendrer un processus de transformation à partir de ce contact au sensible. Nous lui proposons donc un processus de transformation lui permettant de modifier sa relation à lui, aux autres et aux événements, pour finalement changer de comportement.

Ce mémoire, par une approche pratique et technique de la problématique, a pour ambition de proposer une philosophie d'accompagnement de l'enfant autiste incluant le mode de relation utilisé avec l'enfant autiste, comme par exemple se tourner vers sa potentialité et non ses contraintes, partir de la réalité de l'enfant autiste et non des règles et des structures de notre réalité commune, pour ensuite créer des liens vers notre réalité.

Pour ma part, ce mémoire est la première étape d'une recherche plus approfondie que je désire mener sur la question du sensible en relation à l'enfant autiste. Pour ce faire, je désire m'appuyer sur les théories cognitivo-comportementales de l'absence d'un soi chez l'enfant autiste et sur la théorie du sensible dont l'application pratique ouvre des perspectives pour une recherche plus poussée. Dans ce mémoire, les hypothèses formulées ont été illustrées par des exemples issus de ma pratique thérapeutique, par des témoignages de parents, et non par une recherche empirique. Dans une prochaine recherche, nous allons effectuer un recueil des données par des questionnaires standardisés sur la relation de l'enfant à son environnement (comme le *Children Behaviour Checklist*), et des questionnaires spécifiques sur le comportement autiste et des tests diagnostiques développés par l'équipe de Uta Frith sur la fonction du corps dans la relation à l'autre, appliqués à une population d'enfants autistes suivant un traitement régulier avec des psychopédagogues perceptifs.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (4th ed). Washington DC
- Arni, C. (2005). *Le corps comme source de connaissance*. Université Catholique de Louvain, FOPA, travail validant l'unité d'éthique (non publié)
- Aron, E. N., (2004). *Het hoog sensitieve kind*. Amsterdam : Archipel.
- Austry, D. & Berger, E. (2000). *Le mouvement, action et sensation*. Paris : Éditions point d'appui.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A.M. & Frith, U. (1985). Does autistic children have a theory of mind ? *Cognition*, 21
- Baron-Cohen, S. (1989). Are autistic children behaviourists ? *Journal of autism and developmental disorders*, 19
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness; an essay on autism and theory of mind*. Cambridge : Mass & London.
- Baum, S. (1985). *Learning Disabled students with superior cognitive abilities : A validation study of descriptive behaviours*. University of Connecticut, Storrs
- Baum, S. (1990). Gifted but Learning Disabled : A Puzzling Paradox. *The ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted*. Retson, Education (ERIC EC), nr E479, ED321484. Internet : <http://ericec.org>
- Berger, E. (1999). *Le mouvement dans tous ses états. Les recherches de Danis Bois*. Paris : Éditions point d'appui.
- Berthoz, A. & Jorland, G. (2004). Avant-propos. In Berthoz, A. & Jorland, G. *L'empathie*. Paris : Odile Jacob
- Boekaerts, M. & Simons, R. (1993). *Leren en Instructie, Psychologie van de leerling en het leerproces*. Assen: Dekker en van der Vegt.
- Boey, K., Cools, A., Leilich, J. & Oger, E. (1999). *Ex-libris van de filosofie in de 20^{ste} eeuw*. Leuven : Acco.
- Bogdashina, O. (2004). Waarneming en zintuiglijke ervaringen bij mensen met Autisme en Aspergersyndroom. Antwerpen en Apeldoorn : Garant
- Bois, D. (1989). *La vie entre les mains*. Paris : Guy Trédaniel Éditeur.
- Bois, D. (2001a). *Le Sensible et le Mouvement*. Paris : Éditions point d'appui.

- Bois, D. (2001b). *Le développement de la perception du nouveau-né*. Université moderne de Lisbonne, Notes de cours.
- Bois, D. (2002a). *Un effort pour être heureux*. Paris : Éditions point d'appui.
- Bois, D. (2002b). *Cours sur l'empathie*. Université Moderne de Lisbonne. Notes de cours.
- Bois, D. (2004). *Les contours de la Psychopédagogie Perceptive*. Université Moderne de Lisbonne. Notes de cours.
- Bois, D. (2005a). *Corps sensible et transformation des représentations. Propositions pour un modèle perceptivo cognitif de la formation d'adulte*. Séville : Université de Séville, Doctorat en didactique et organisation des institutions éducatives (non publié).
- Bois, D. (2005b). *Le renouvellement du moi*, (en cours de publication).
- Brody, L.E. & Mills, C.J. (1997). Gifted Children with Learning Disabilities : A Review of the Issues. *Journal of Learning Disabilities*; 3(3).
- Brown, J. W. (2002). *The self-embodying mind, Process, Brain Dynamics and the Conscious Present*. Station Hill: Barrytown.
- Corsini, R. J. (1999). *The dictionary of psychologie*. Philadelphia: Brunner/Mazzel.
- Courraud, C. (2002). *Attention et performance*. Paris : Éditions point d'appui.
- Cowart, M. (2004). *Embodied Cognition*. In The internet encyclopedia of philosophy, (pages consultées le 15 décembre 2005)
- Dabrowski, K. & Piechowski, M.M. (1977). *Theory of levels of emotional development*, (2vols.). Oceanside, Y. : Dabor Science.
- Damasio, A. R. (2001). *Ik voel dus ik ben. Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen*, Amsterdam: Uitgeverij Wereldbibliotheek.
- Deelman, B., Eling, P., de Haan, E., Jennekens, A. & van Zomeren, E. (1997). *Klinische Neuropsychologie*. Amsterdam : Boom.
- Delassus, J.-M. (2001). *Le génie du fœtus, la vie prénatale et origine de l'homme*. Paris : Dunod.
- Den Boer, J. A. (2003). *Neurofilosofie*. Amsterdam : Boom.
- Ebbens, S. & Ettekooven, S. (2001). *Actief leren*. Wolters Noordhoff
- Edelman, G. M. & Tononi, G. (2000). *Consciousness, how matter becomes imagination*. New York: Penguin books.

- Fogarty, R. (1994). *Teach for Metacognitive Reflection*. Palatine: IRI/Sky Light Publishing, Inc.
- Fogarty, R., Perkins, D. & Barell, J. (1992). *How to Teach for Transfer*. Palatine: IRI/Sky Light Publishing, Inc.
- Freud, S. (1941). *Over psychoanalyse*. Amsterdam : Boom.
- Frith, U. (1996). *Autisme, sleutel tot het raadsel*. Antwerpen/Baarn : Hadewijch.
- Frith, U. (2001). *Mindblindness and the brain in autism*. London : Neuron.
- Frith, U. (2005a). *Autisme, verklaring van het raadsel*. Berchem : EPO.
- Frith, U. (2005b). *Autisme, en het afwezige zelf*. Notes de conférence (non publié)
- Gallagher, S. (2001). *The practice of mind: Theory, simulation, or interaction?* Journal of Consciousness Studies 5-7, 2001, pp. 83-108
- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford : University Press
- Gardner, H. (2002). *Soorten Intelligentie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Giordan, A. (1998). *Apprendre !* Paris : éditions Belin.
- Grandin, T. (1992). *An inside view of autism*. New York & London : Plenum Press.
- Hatwell, Y., Streri A. & Gentaz, E. (2000). *Toucher pour connaître, Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Hendrickx, F.J.P. (1998). *Veldafhankelijkheid*. Hasselt : Tetraheder.
- Hendrickx, F.J.P. (2000). *Hoogbegaafdheid en leer- en gedragsproblemen, deel 1*. Hasselt : Tetraheder.
- Hendrickx, F.J.P. (2001). *Hoogbegaafdheid en leer- en gedragsproblemen, deel 2 : begaafdheid "van binnen uit"*. Hasselt : Tetraheder.
- Hendrickx, F.J.P. (2002). *Hoogbegaafdheid en leer- en gedragsproblemen, vervolg deel 2 : begaafdheid 'van binnen uit'*. Hasselt : Tetraheder.
- Hendrickx, F.J.P. (2003). *Hoogbegaafdheid en leer- en gedragsproblemen, leerstoornissen van binnenuit bekeken*. Hasselt : Tetraheder.
- Hendrickx, F.J.P. (2003). *Hoogbegaafdheid en leer- en gedragsproblemen, gedragstoornissen van binnenuit bekeken*. Hasselt : Tetraheder.
- Hendrickx, F.J.P. (2004). *De schrijvende hand : spiegel van persoonlijkheid*. Hasselt : Tetraheder.

- Hendriks, R. (2000). *Autistisch gezelschap, een empirisch-filosofisch onderzoek naar het gezamenlijk bestaan van autistische en niet-autistische personen*. Maastricht : Swets and Zeitlinger publishers.
- Hellinckx, W. & Gesquière, P. (1999). *Als leren pijn doet ... Opvoeden van kinderen met een leerstoornis*. Leuven/Amersfoort : Acco.
- Hermelin, B. & O'Connor, N. (1970). *Psychological Experiments with Autistic Children*. Oxford : Pergamon
- Howlin, P. & Rutter, M. (1987). *Treatment of autistic children*. Chichester : J. Wiley & sons.
- Israel, L. (1995). *Cerveau gauche, cerveau droit. Cultures et civilisations* Paris : Plon.
- Jorland, G. (2004). L'empathie, histoire d'un concept. In Berthoz, A. & Jorland, G. *L'empathie*. Paris : Odile Jacob
- Kanner, L. & Eisenberg, L. (1956). *Early infantile autism*. American Journal of Orthopsychiatry.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy In the Flesh: The Embodied Mind And Its Challenge To Western Thought*. New York, NY : Basic Books.
- Leao, M. (2002). *La présence totale au mouvement*. Paris : Éditions point d'appui.
- Lécuyer, R., Streri, A. & Pêcheux M.-G. (1994). *Le développement cognitif du nourrisson, Tome 1*. Paris : Éditions Nathan Université.
- Lécuyer, R., Streri, A. & Pêcheux M.-G. (1996). *Le développement cognitif du nourrisson, Tome 2*. Paris : Éditions Nathan Université.
- Marcoen, A. (1999). *Ontwikkelingspsychologie*. Leuven : Acco.
- Maslow, A.H. (1972). *Vers une psychologie de l'être*. Paris : Fayard.
- Maturana, H.R. & Varela, F.J. (1988). *The tree of knowledge, The biological roots of Human Understanding*. Boston/London : Shambhala Publications.
- McDonnell, J.T. (1991). *Mothering and autistic child; reclaiming the voice of the mother*. dans *Narrating mothers; theorizing maternal subjectivities*. (p.58-75) Knoxville : The University of Tennessee Press.
- Merleau-Ponty, M. (1945/1997). *Fenomenologie van de waarneming*. Amsterdam : Ambo
- Merleau-Ponty, M. (1948/2002). *Causeries 1948*. Paris : Editions du Seuil
- Merleau-Ponty, M. (2001). *Psychologie et pédagogie de l'enfant, cours de Sorbonne 1949-1952*. Lagrasse : Verdier.
- Merleau-Ponty, M. (2003). *De wereld waarnemen*. Amsterdam : Uitgeverij Boom.

- Miller, A. (1977). *Het drama van het begaafde kind, Op zoek naar het ware zelf*. Houten : Van Holkema en Warendorf.
- Muchielli, A. (2004). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin
- Noel, A. (2000). *La gymnastique sensorielle selon la méthode Danis Bois*. Paris : Éditions point d'appui.
- Peeters, T. (1994). *Autisme : van begrijpen tot begeleiden*. Antwerpen & Baarn : Hadewijch.
- Piaget, J. (1998). *La psychologie de l'intelligence*. Paris : Colin.
- Piechowski, M.M. (1991). Emotional development and emotional giftedness. In Colangelo, N. & Davis, G.A. (Eds), *Handbook of gifted education*. Boston : Allyn et Bacon (285-306).
- Ponjaert-Kristoffersen, I. (1999). *Mishandeling door kinderen : de doos van pandora ?* Leuven : Acco.
- Ricks, D.M. & Wing, L. (1976). *Language, communication and the use of symbols*. dans L. Wing (ed) *Early Childhood autism* (p. 93-134). Oxford : Pergamon.
- Rimland, B. (1964). *Infantile autisme, the syndrome and its implications for a neural theory of behaviour*. New York : Meredith publishing company.
- Roll, J.-P. (1993). Le sentiment d'incarnation. *Revue de médecine psychosomatique*.
- Sacks, O. (1999). *De vrouw zonder lichaam*. Amsterdam : Meulenhoff.
- Sheet-Johnstone, M. (1999). *The primacy of movement*. Amsterdam/Philadelphia : John Benjamins publishing company.
- Silverman, L.K. *Emotional Intensity*. Denver : Gifted Development Center.
- Silverman, L.K. (1983). Personality development : the pursuit of excellence. *Journal for the education of the gifted*, 6(1), 5-19.
- Spinelli, E. (1989). *The interpreted World. An Introduction to Phenomenological Psychology*. London : Sage Publications.
- Tholan, S.S. (1994). *Giftedness as asynchronous development*. Tip Network News.
- Wing, L. (1976). *Early childhood autism*. Oxford : Pergamon.
- Wing, L. (1988). *The continuum of autistic characteristics*. Dans E. Schopler & G.B. Mesibov, *Diagnosis and assessment in autism*. (p91-110). New York : Plenum Press
- Williams, D. (1994). *Somebody somewhere*. London : Doubleday

ANNEXES

Annexe 1 : Étiologie du comportement autistique

Le développement des enfants autistes se déroule de manière radicalement différente des autres enfants. L'autisme est une maladie qui affecte la caractéristique la plus humaine de l'homme. Nous retrouvons cette atteinte de la condition humaine dans les diverses explications de l'autisme données au fil du temps. Supposer que l'autiste n'est ni un extra-terrestre, ni un robot, ni un « enfant échangé », demande d'effectuer une recherche sur l'origine de leur étrange comportement.

1. Environnement

Malgré l'acceptation générale des théories qui recherchent la cause de l'autisme dans une déviation génétique, nous ne manquerons pas de mentionner les hypothèses qui recherchent une causalité dans l'environnement psychosocial de l'enfant. Les mythes de la maman frigide ou de l'enfant non voulu peuvent être une source de nombreux malentendus. Les auteurs contemporains n'hésitent pas à condamner ces malentendus et à mettre du baume sur le cœur des parents.

2. Inné

Parallèlement aux théories psychanalytiques, les hypothèses les plus avancées sont celle qui situent la cause de l'autisme dans une altération organique innée. Bernard Rimland est un pionnier dans ce domaine, il a comparé les arguments défendant une étiologie psychosociale aux explications défendant une étiologie biologique.

Le fait que des enfants négligés et abandonnés ne se tiennent pas à l'écart de la communauté comme le font les enfants autistes, est un argument important en faveur de

l'étiologie biologique, organique. Ces données empiriques lui ont permis d'émettre l'hypothèse que l'origine de l'autisme se situe probablement au niveau de la base du cerveau. Pour valider son hypothèse, Rimland argumente par le fait qu'il y a plus de garçons que de filles avec le syndrome autistique et que des enfants avec des pathologies cérébrales importantes montrent souvent un comportement autistique ou analogue. La thèse biologique de Rimland a orienté de façon importante les recherches et les traitements de l'autisme. (Hendriks, 2000 : 52)

Jusqu'à ce jour, aucune réponse définitive ne peut être apportée sur l'origine de l'autisme. Il est plus que probable que cette conclusion sera revisitée, notamment au vu des découvertes effectuées dans le domaine de la génétique humaine. En effet, des chercheurs soupçonnent un gène du chromosome 22 d'être à l'origine de l'autisme. Mais cette découverte ne doit pas masquer le fait qu'une multitude de facteurs biologiques peuvent être à l'origine de l'autisme.

« Pour clarifier cette complexité causale, le concept de 'final common pathway' a été développé : l'autisme n'est pas une maladie à proprement parlé, mais un assemblage de symptômes caractéristiques qui proviennent de nombreux facteurs, partiellement reliés et inconnus, et qui ont en commun le fait que les dégâts causés dans le cerveau sont responsables de troubles du développement et des compétences communicatives, sociales et imaginatives. Le moment précis de la perturbation au cours du développement neurobiologique est probablement plus important que la localisation de la perturbation.» (Hendriks, 2000 : 54)

Annexe 2 : La microgénése : une théorie du développement de la conscience

1. Introduction

Nous l'avons vu, l'autiste ne participe pas à notre réalité commune, il vit seul dans son monde. Nous pourrions presque dire qu'il n'est pas conscient de ce qui se passe ici et maintenant, dans son présent. Sa conscience est particulière.

La théorie de la microgénése est une théorie de la conscience. Elle offre un contexte très intéressant à notre questionnement sur l'autisme, car elle se penche sur l'émergence de la conscience du présent, de ce qui se passe en « temps réel », de l'expérience immédiate (*immediat experience*). De plus, elle est devenue une théorie englobante du comportement.

Dans le concept de la Psychopédagogie Perceptive devenir conscient des phénomènes qui apparaissent au sein de l'immédiateté est l'amorce du processus de transformation.

L'expérience immédiate de la microgénése est-elle la même que l'immédiateté de la Psychopédagogie Perceptive ? Quelles hypothèses peut-on déduire pour l'autisme de ces théories ?

2. Historique

Le terme « microgénése » a été utilisé pour la première fois par le psychologue allemand Heinz Werner en 1957.

Cette nouvelle tendance est née dans les années vingt dans le contexte de la recherche en « Ganzheitspsychologie » de l'université de Leipzig. Werner a déduit le terme microgénése (génése en microtemps, en temps réel) du terme allemand « aktualgenese ». La microgénése

se réfère aux caractéristiques de réalisation d'une expérience vécue dans l'immédiateté (phénoménologique) et des processus psychologiques qui en découlent.

Jason Brown, psychiatre et neuroscientifique américain, a effectué des recherches novatrices dans le prolongement des idées de Heinz Werner. Il recherche de nouvelles significations aux symptômes liés à des lésions cérébrales, en partant de cette théorie. Il a effectué des recherches sur une population de patients aphasiques. Les compréhensions qu'il a déduites de ses recherches peuvent être appliquées à l'enfant autiste, qui, tout comme les aphasiques, ne développe pas de langage, ni de conscience du présent.

L'article *Microgenesis, immediate experience and visual processes in reading* de Victor Rosenthal, chercheur de l'INSERM (Institut National de Santé et de Recherche Médicale) montre que ce courant de pensée est plus que jamais d'actualité. Il fait un tour d'horizon des caractéristiques de la microgenèse, des développements futurs et des nouvelles applications possibles dans le champ des sciences cognitives.

Pour rédiger ce chapitre, je me suis également appuyé sur l'article *Microgenèse et accompagnement critique du développement* de Hendrickx. Sa méthodologie consiste à provoquer des « expériences critiques » chez l'enfant. Une expérience critique est une expérience qui permet de faire évoluer la structure interne de l'enfant. Pour cela, la question posée par l'expérimentateur va constituer une nouveauté qui doit s'accorder au plus près de ce que l'enfant peut faire, peut sentir, peut comprendre, peut interpréter, et ce qu'il est prêt à faire au moment précis de la séance. Il s'agit donc d'une interaction en temps réel.

Le concept de microgenèse se réfère au développement, ici et maintenant, d'une perception comme la réalisation d'un « objet », d'une image, d'une expression verbale ou

corporelle ou d'une action intentionnelle. « La théorie de la microgenèse est une théorie du moment. » (Hendrickx, 2004 : 6)

« La microgenèse est un processus vivant qui réalise un couplage structurel dynamique (modifiable) entre une espèce vivante et son environnement. De cette manière, le sujet entretient une relation de connaissances avec son environnement (Umwelt). » (Rosenthal, 2004 : 2)

« Ce rapport de connaissance se traduit protensivement par la promptitude à davantage d'action et de ce fait s'avère significative d'un point de vue pratique. » (Rosenthal, 2004 : 1)
Cette volonté d'agir de manière spontanée, pleine de sens, est en soi une preuve que la personne connaît son environnement et peut lui donner une valeur et une signification. « Faire est la forme la manière la plus basique de montrer que l'on connaît. » (Hendrickx, 2004 : 8)
La microgenèse s'associe donc à la « practognosie » de Merleau-Ponty.

La microgenèse est donc une théorie de la cognition, une forme de connaissance qui inclut toujours une volonté d'agir.

3. De l'arrière-plan vers la conscience

La thèse de base de la microgenèse est la suivante : les représentations mentales, les perceptions, les idées, les actes, les affects et le langage ont une histoire non-consciente qui constitue la partie fondamentale de leur structure. Elle définit l'expérience de l'immédiateté comme le résultat d'un processus de déploiement et de différenciation dans lequel la structure de l'expérience vécue est déjà incarnée dans les stades précédents de son développement. « L'expérience immédiate a typiquement trait à l'expérience focale d'un objet qui est thématiqué comme "figure" dans le champ global de la conscience; ceci peut impliquer une perception, une pensée, un objet d'imagination, une expression (verbale ou gestuelle). »

(Rosenthal, 2004 : 1) Il existe donc un processus de déploiement d'un arrière-plan général, dans un champ thématisé (*thematized field*), vers un avant-plan conscient sous forme de perception, d'action ou d'idée.

Ce champ thématisé est présent dès le début du processus, bien qu'il soit encore instable et globale. De ce champ naît une structure focale, stable et différenciée, une figure ayant un sens. « Il est important de savoir que l'objet, bien qu'il surgisse de manière incontournable de l'arrière-plan, n'est jamais complètement déterminé à l'avance et qu'il existe toujours des possibilités alternatives, d'autres chemins, d'autres traces pouvant être suivies. » (Hendrickx, 2004 : 6) Cet arrière-plan est déterminé par les expériences vécues, les significations préalables et les valorisations de l'individu. « Pour cette raison, l'arrière plan n'est jamais vide, mais rempli de vécus spontanés et de significations. » (Hendrickx, 2004 :6)

« Nos actions, nos expressions verbales, les objets et les images que nous percevons constituent la pointe d'un iceberg. L'iceberg même est constitué d'un processus de construction situé sous la surface, qui met en place la prestation cognitive. Chaque prestation cognitive est donc le résultat d'un processus de formation immédiate (processus de conscientisation), qui se passe à l'insu de la conscience mais qui forme le squelette structurel (la connotation), du produit final conscient. » (Hendrickx, 2004 : 7) Ce qui se passe à l'insu de notre conscience, sous la surface, est plus qu'un stade préparatoire : c'est la partie constitutive de la structure finale de la représentation consciente, de la perception ou de l'action.

« La microgenèse est le processus de différenciation qui part d'une globalité vague et qui porte en elle le germe de l'expérience finale. » (Rosenthal, 2004 : 2) C'est un processus en devenir d'un potentiel vers son actualisation. Le processus même n'est pas conscient, mais il

donne à la conscience sa forme, son contenu et sa signification. L'accent est mis sur le processus, plutôt que sur le contenu. « L'essence des représentations, des expressions et des actions est située dans leur histoire, dans leur antécédent et dans leur microgenèse, et non pas dans leur contenu. » (Brown, 2002 : 57)

L'histoire de l'évolution d'un sujet crée une forme de structure abstraite, une trace qui est utilisée à chaque fois que la conscience de l'individu se déploie dans une situation spécifique. « La fylo-ontogenèse qui précède, a laissé une 'trace' qui est calquée à chaque perception, chaque action ou représentation. » (Hendrickx, 2004 : 10)

En Psychopédagogie Perceptive nous retrouvons ce phénomène sous la dénomination de l'« habitus ».

Rosenthal dans sa vision microgénétique, met l'accent sur le fait que la forme, la signification et la valeur sont inséparables. Tout objet ou toute forme apparaissant dans la conscience a, par définition, une signification et une valeur personnelle. « Incidemment, ce point met en exergue l'opposition radicale entre la microgenèse et la position cognitive standard, où la forme, la signification et la valeur sont considérées comme indépendantes et mobilisent des processus intrinsèquement étrangers les uns aux autres. » (Rosenthal, 2004 : 3)

Dans ce contexte, la thèse de la Gestalt montrant que la forme est perçue en premier et que la signification est ajoutée par la suite, ne tient pas.

Cependant, quels que soient sa modalité ou son contenu, on postule que l'expérience focale développe et stabilise à travers la différenciation et le déploiement dynamiques. Une telle description microgénétique de l'expérience immédiate substantifie une théorie de cognition phénoménologique et génétique, dans laquelle tout processus de perception, pensée, expression ou imagination est d'abord et avant tout un processus de différenciation et de

développement génétiques, plutôt qu'un processus de détection (d'un ensemble de stimuli ou d'informations), de transformation, et d'intégration (de composants primitifs multiples), tels que les théories du genre cognitivistes l'ont prétendu.

(Rosenthal, 2004 : 2)

Cette conception est donc diamétralement opposée à celle de la théorie du traitement de l'information proposée par la psychologie cognitive. Comme décrit précédemment, le cognitivisme utilise la métaphore de l'ordinateur pour expliquer le fonctionnement du cerveau. Le contenu mental est une représentation interne construite par un processus d'intégration ou de transformation d'éléments perçus séparément ; ces éléments font partie d'une réalité externe, objective. Des éléments séparés sont donc rassemblés dans une information, une représentation cognitive. « La théorie cognitiviste voit la conscience comme des éléments séparés reliés dans un ensemble cognitif. La vision microgénétique voit la perception comme un processus inversé, de la globalité vers un thème cognitif différencié. »

(Hendrickx, 2004 : 8)

4. Quelle notion de pathologie ?

Lors de toute pathologie touchant la conscience, le processus cognitif de déploiement est interrompu. Ce processus, normalement inconscient, se manifeste à la surface de l'état atteint, sous forme de symptôme. Le résultat des stades de constructions intermédiaires apparaît sous forme de symptôme. Ce symptôme ne doit pas être compris comme une déviation de la normalité mais comme un fonctionnement pathologique. En effet, ce processus inconscient est présent chez toutes les personnes, par contre il constitue un signe pathologique quand il devient visible.

Ainsi, Jason Brown propose de ne pas parler de déficit, mais d'erreur.

« Si le trajet normal aurait eu sa chance, cette pré-structuration globale aurait été « achevée » jusqu'à une manifestation stable et différenciée. » (Hendrickx, 2004 : 10)

Jason Brown donne l'exemple d'un accès de rage incontrôlé, qui peut être compris comme un noyau provisoire, comme une étape intermédiaire de ce qui pourrait devenir ultérieurement une expression plus subtile d'un état affectif.

« En cas d'endommagement majeur, on peut parler d'un 'plafond abaissé', où le déploiement cognitif est interrompu de manière prématurée. » (Hendrickx, 2004 :11) Le raffinement de prestations plus élevées et claires ne peut être atteint.

5. Conscience de l'autiste et perspectives

Cette théorie peut-elle devenir un cadre de compréhension des restrictions de la conscience de l'autiste ? Aide-t-elle à mieux comprendre le manque d'interaction en temps réel de l'enfant autiste avec son environnement ? Est-elle une aide dans la compréhension de l'incapacité de l'autiste à donner un sens à ses actes et une valeur à ses relations ?

Peut-on considérer la conscience de l'autiste comme une « erreur » – dans les termes de Jason Brown – comme une forme de conscience précoce et immature qui apparaît à la surface bien avant sa finalisation ? Est-il possible, par une intervention thérapeutique, de mener plus loin le processus de déploiement de la conscience, c'est-à-dire de créer de nouvelles traces afin de reculer le court-circuit menant le processus à la surface, de modifier l'habitus de construction de la conscience de l'enfant autiste ? Devenir conscient de la nouveauté peut-il être entrevu comme un processus de déploiement inédit, un processus qui part du même arrière-plan inconscient mais qui, en suivant une trace nouvelle et unique, donnerait émergence à une nouvelle perception, pensée, point de vue... ?

Cette nouveauté doit-elle être apportée de l'extérieur, par un pédagogue par exemple, ou peut-elle émerger de l'arrière plan du sujet sans intervention externe ? Ainsi, la part active du pédagogue se limiterait à installer les conditions favorables pour qu'une nouvelle trace puisse émerger de l'arrière-plan du sujet. Ou la nouveauté se trouve-t-elle au sein même du sujet et c'est son incapacité à trouver seul le chemin d'accès à la nouveauté qui nécessite l'intervention d'un pédagogue ?

Jusqu'où peut-on faire avancer le processus de déploiement de la conscience de l'enfant autiste ? Se heurte-t-on toujours au « plafond abaissé » ou est-il possible de le rehausser ?

Annexe 3 : Témoignages des parents

1. F. un garçon de 9 ans

État de l'enfant avant les traitements de Psychopédagogie Perceptive

Période de bébé et de petit enfant :

Il s'alimentait très lentement et à la maternité on l'appelait « le paresseux ». Par contre, dès qu'il commençait à boire, il avançait quand même.

Au *niveau moteur*, il était aussi passif. Couché sur la table de lange, il ne bougeait pas pendant qu'on prenait quelque chose. Il s'est assis à 9 mois et marchait vers 17 ou 18 mois. A 11 mois, il a prononcé son premier mot, il parlait très clairement. Les gens nous faisaient souvent la remarque qu'ils ne comprenaient pas qu'un enfant aussi petit que F., pouvait parler aussi bien. Son articulation ne posait pas de problèmes.

Quand il jouait et qu'il voulait prendre un jouet, il s'étirait vers lui mais sans changer de place et disait : « maman faire ». Pour F., il n'était pas évident de rester debout ou de marcher, il semblait anxieux. A l'âge de 17 mois, F. a commencé sa première « thérapie » (pendant 3 mois) et a appris à marcher. Plus tard, il avait peur de rouler sur son tricycle, de plus, il n'avait pas assez de force. Il avait peur de descendre d'un toboggan. Il pouvait s'occuper avec un seul jouet pendant un temps relativement long. Il était fasciné par les livres et parlait sans arrêt. C'était difficile pour lui de s'habiller, de se déshabiller ou d'ouvrir et fermer une fermeture éclair. Il avait peur pendant les cours de gym, il n'aimait pas les tâches qui demandaient *une motricité fine*.

Vers la fin de la dernière maternelle, nous avons commencé une nouvelle thérapie, pour améliorer *les motricités fine et majeure*. Il détestait ces séances et plus particulièrement les exercices de *motricité fine*. Pendant cette période il a rapidement appris à rouler à bicyclette.

En troisième maternelle, il a appris à nager (il a eu besoin de 12 cours pour apprendre).

Pendant la période de la deuxième et de la troisième maternelle, on a eu beaucoup de conflits avec F. qui refusait de faire certaines choses, et voulait surtout n'en faire qu'à sa tête. Il disait souvent : « le chef, c'est F., et pas maman ». Cette situation n'a pas changé pendant la première année à l'école primaire. F. finissait en larmes après chaque discussion et moi, je me fâchais. Il avait une image de soi très négative, il se sentait méchant et se trouvait bon à rien.

L'encouragement n'avait aucun effet sur lui, il n'était jamais satisfait.

La famille considérait F. comme un garçon têtu et opiniâtre, mais il était accueilli chaleureusement. De temps en temps, F. était obsédé par certaines choses comme par exemple le football, le cyclisme ou « compter jusqu'à 100 ». Il pouvait s'en occuper toute la journée et ne parlait que de ça.

Première hypothèse du « symptôme d'Asperger ».

En première primaire, il a appris à lire et calculer, sans s'exercer à la maison. De plus, le professeur ne donnait pas de devoirs. Heureusement pour nous, parce qu'il était très difficile quand il rentrait de l'école. Il refusait de lire à la maison.

Il développait des tics nerveux (comme par exemple se lécher la lèvre supérieure ou se lécher les mains). A l'école maternelle, il se comportait souvent très bizarrement : il ne voulait pas s'asseoir dans un fauteuil en plastique. Ce comportement a disparu, mais il a été remplacé par le fait qu'il ne voulait pas toucher ses lèvres avec sa fourchette ou son couteau lorsqu'il

mangeait. Jusqu'à présent, il refuse de manger avec une petite fourchette ou une petite cuillère.

F. avait une attitude très négative, rien n'était positif. Une fête n'était jamais réussie, il y avait toujours un « mais ». J'avais l'impression qu'il était très malheureux. Il n'aimait pas les câlins, sauf quand il venait les demander en s'asseyant sur nos genoux, mais même pendant ces moments, on ne pouvait pas le serrer trop longtemps ou de manière trop forte. Un bisou était inadmissible pour lui, même pas quand on le couchait ou après une discussion.

A l'école, il a toujours eu des copains. Il voulait toujours être le premier et le meilleur. Il pense très « noir ou blanc ». En août 2004, il a commencé une thérapie de jeu chez une psychologue.

État de l'enfant après les traitements de Psychopédagogie Perceptive

En janvier 2005, il a commencé une thérapie chez Philippe Rosier, et l'on a assez vite remarqué un changement dans son comportement. Après deux mois, on avait l'impression qu'il était beaucoup plus calme. Il se produisait beaucoup moins de conflits, mais il voulait toujours avoir le dernier mot. En se disputant avec son frère, il lui faisait souvent mal. Mais ces derniers temps, F. est très calme et gentil. Il demande même beaucoup de câlins. Depuis quelques jours, il m'embrasse même, pas sur les joues mais très prudemment sur le bras. Il me dit qu'il m'aime bien.

Quelle différence.... Depuis quelques mois, je peux aussi l'embrasser. Il donne même des câlins à sa sœur, mais d'une façon très calme, prudente. Les discussions que nous avons ensemble sont, à mon avis, du niveau que de son âge. F. arrive maintenant à accepter des règles. Ces dernières semaines, les disputes avec son frère sont devenues moins fréquentes. Il est très fier quand il a fait quelque chose de bien, comme par exemple quand il a eu son diplôme de natation. Il nous a également raconté fièrement qu'il a fait un bon compte-

rendu. Il arrive à voir les choses d'une manière positive, et il sait maintenant profiter des choses. Ceci depuis les vacances d'été.

Il est toujours difficile pour lui d'estimer comment les gens se sentent et s'il arrive à prendre en compte l'autre, il n'arrive pas à le faire longtemps. Au niveau de la *motricité*, il reste maladroit, il n'arrive pas à nouer ses lacets. De temps en temps, il s'habille très nonchalamment mais on s'en aperçoit moins. Il essaie beaucoup de chose, par exemple de grimper dans un arbre et ceci de différentes façons. Son comportement vis-à-vis des filles est moins négatif, il pense moins en « noir et blanc ». À la maison, il doit s'exercer en orthographe, mais il est prêt à faire des efforts et réussit. Ses obsessions sont moins prononcées. Il remue moins le passé.

2. T. Garçon de 10 ans

État de l'enfant avant les traitements de Psychopédagogie Perceptive

T. vit dans son propre univers mental. Souvent il donne l'impression de ne pas écouter et il n'est pas conscient de ce qui se passe autour de lui. A l'école on supposait qu'il avait l'une ou l'autre forme d'autisme. T. a été examiné. On lui a également fait passer un test de Q.I.

Résultats :

- insuffisamment de caractéristiques d'autisme
- intelligence verbal moyennement élevé
- mais intelligence *performatif*(*logico-mathématique*) très élevé

T. a certaines caractéristique qu'on retrouve chez les enfants surdoués avec un *écart verbal-performatif*. Ces caractéristiques sont les suivantes :

- Les affaires de routine se font difficilement. Il lui faut beaucoup de temps pour s'habiller. Il met souvent les vêtements de son petit frère – sans le faire exprès – et il ne s'en rend pas compte.
- distraction et mémoire courte
- il renverse souvent des gobelets
- il est très chaotique, n'arrive pas à ranger ou à s'occuper d'une chose à la fois
- il est souvent fâché ou triste. Il invente quelque chose (il réfléchit et comprend très bien) mais il n'obtient pas toujours le résultat voulu. Il se fâche et à une image de soi qui est négative. Il est perfectionniste.

- T. a besoin d'une structure. En faisant des exercices diversifiés, il a du mal à sortir de la structure pour se mettre dans une autre. Cela lui fait perdre beaucoup de temps.
- il se sent bien avec tout ce qui est visuel : il adore les livres (surtout des livres éducatifs), il regarde les documentaires à la télé
- il a du mal à travailler sous pression du temps
- il se fatigue vite. Le soir en rentrant de l'école, il n'a plus envie de faire ses devoirs ou d'apprendre ses leçons (ces résultats n'en souffrent pas).
- il se méfie des endroits où il y a beaucoup de personnes, n'aime pas l'agitation
- il n'a pas beaucoup de patience, n'aime pas attendre p.e. à la caisse.
- il pense souvent qu'on est injuste envers lui
- il évite les sentiments négatifs (la mort, le déménagement...)
- le 'pourquoi' des choses est très important pour lui
- T. est hyper-sensitif
- il a du mal avec des changements inattendus

État de l'enfant après les traitements de Psychopédagogie Perceptive

Evolution positive depuis qu'on a commencé le traitement.

On a remarqué que T. arrive à mieux relativiser les choses. Il est plus relax pour faire ses devoirs et prend déjà l'initiative lui-même. Il obtient de très bons résultats en gym. Il commence à aimer le sport. Grâce à ses prestations améliorées, il se sent mieux dans le groupe. Son image de soi devient plus positive. Il a encore du mal à ranger. Il a toujours besoin de beaucoup de structure, surtout en classe c'est souvent difficile puisqu'il y a une certaine agitation.

Il se lève souvent en classe pendant qu'il fait un exercice, il perturbe les autres enfants sans s'en rendre compte. Il est toujours un peu chaotique mais on a quand même remarqué une certaine amélioration. Quand il est fatigué, il retombe dans ses modèles négatifs. Il devient très difficile.

Depuis qu'on explique bien à T. ce qu'on essaie de faire pendant le traitement, il a bien évolué. Ces explications sont très importantes pour lui. S'il a envie de faire quelque chose, s'il est motivé, il y arrive. Il a appris à mieux se protéger sans se renfermer sur lui-même.

Nous avons également appris à réagir d'une manière constructive depuis que nous connaissons la sensibilité de T.

3. P., garçon de 9 ans

- Nov. '97 : césarienne d'urgence après 38 semaines de grossesse à cause d' une embolie dans le placenta, située près du cordon ombilical, liquide amniotique vert, cœur élargi, poumons opprimés, néanmoins très bon score Apgar.
Après 10 jours en néonatalogie, rentré à la maison avec monitoring.

- Période de bébé et de petit enfant : développements cognitif et moteur excellents.
Souffre beaucoup de reflux et dors peu.

- Ecole maternelle Montessori : on constate un retard en *motricité fine* et un désintérêt.
Mal dégrossi, il n'a pas peur du contact avec les enfants de son âge. Il n'arrive pas à fonctionner quand il y a un manque de structure. Le décès de son grand-père l'a fort marqué. Il devient hypersensible au tracasseries, il commence à faire des cauchemars et une vraie situation de 'terreurs nocturnes'commence.

- Il a poursuivit l'école maternelle dans l'enseignement catholique : on remarque son ingéniosité et son vocabulaire, mais également sa maladresse sociale ; il est interactif s'il le faut et collabore très bien.
Sa *motricité fine* reste un point faible, les questions de la vie l'occupent énormément.
Il a beaucoup de problèmes à trouver le sommeil, il a des symptômes de stress. A la maison, il demande beaucoup d' attention et de patience, il est très émotionnel.

- Septembre '2003: commence l'école primaire : il a de très bonnes notes, en classe il exagère son bon comportement et il est très concentré. Socialement il est peu ou hyper- sensible, très lent en lecture et en écriture.
 - Octobre '2003: Psychiatrie d'enfants, thérapeute Mad. Hilde Lenaerts suite à sa charge trop émotionnelle.
 - Cours de 'compétences sociales pour enfants'
 - Mars '2004: **CLB Pieter Breughel**, l'école demande de faire des tests d'intelligence effectué avec le test **WISC-III, 13 subtests, intelligence total 137, linguistique 132, logico-mathématique 132** néanmoins ses résultats scolaires sont moyens.
 - => on suggère l'idée de *syndrome Asperger*
- ⇒ Après 6 conversations individuelles avec P. - on n'arrive pas vraiment à pénétrer - il est envoyé dans un centre pour des problèmes d'apprentissage.
- Mai 2005
 - o Hyper-émotionnel
 - o Très lent pour s' habiller, pour lire et écrire, il met au moins deux fois plus de temps que les enfants de son âge.
 - o **Hantise de l'échec!!!** et ses propres **ambitions** /son perfectionnisme !
 - o Les résultats scolaires sont moyennement OK, **ils diminuent** et ne sont pas à son niveau intellectuel, mais demandent un effort énorme
 - o Son institutrice est persuadée qu' il ne pourra pas tenir tête à la pression et au rythme de l'année suivante => se pose la question de redoubler ou de passer à l'enseignement alternatif ?

- il est épuisé, psychiquement et physiquement, après l'école mais il n'arrive pas à s'endormir.
- Il ne supporte pas le stress, la vie pèse lourd pour lui.
- Il est absorbé dans son propre univers mental
- Il montre beaucoup de compassion, de sympathie pour les gens tristes ou à qui on fait tort

- Novembre 2005

Depuis août sans médication

D'habitude les résultats scolaires sont très bons, parfois il sont extrêmement mauvais.

Son comportement social et émotionnel s'est normalisé

Plus de confiance en soi

Moins de tensions internes

Ne supporte toujours pas la pression de l'extérieur, p.e des tests chronométrés,

État de l'enfant avant les traitements de Psychopédagogie Perceptive

Problématique de départ (4-5 ans)

troubles de motricité et comportement *hyperkinétique*

Retard en motricité fine en dessinant

Capacités motrices très lentes, p.e. s'habiller, le sport,...

Certains sports sont impossibles comme rouler en bicyclette et les premiers exercices de ski.

Maladresse sociale

Des explosions émotionnelles pour des futilités.

Très peu de confiance en soi

Grande peur d'être abandonné, n'arrive pas à quitter ses parents à la porte de l'école et ne veut pas rester chez un 'baby-sitter'.

A eu beaucoup de mal à accepter la mort de son grand-père/blocage

Parfois il n'arrive pas à faire attention, à d'autres moments il souffre d'une surconcentration

De gros problèmes à s'endormir (n'arrive pas à trouver une tranquillité dans la tête).

Des cauchemars extrêmement pénétrants

État de l'enfant après les traitements de Psychopédagogie Perceptive

Après une année de thérapie (6 ans)

La motricité fine, comme par exemple dessiner, à niveau

Comportement *hyperkinétique* seulement en moments de stress

Après 1 ½ année de thérapie (7 ans)

Le rythme des capacités motrices a augmenté

Les explosions émotionnelles deviennent de plus en plus rares

Les troubles de concentrations sont contrôlés

L'hantise de l'échec a diminué

Des troubles de sommeil seulement pendant les périodes de stress

Après 2 années de thérapie (8 ans)

Beaucoup plus de confiance en soi

Le rythme des activités motrices est normalisé

Sa maladresse émotionnelle est normalisée

arrive à relativiser le comportement social des autres

Arrive à contrôler son attention

Tous ses comportements normaux lui demandent énormément d'énergie. Une fois cette énergie est consommée, il retombe dans ses anciens modèles de maladresse, des explosions exagérées , et des gros problèmes de sommeil