

TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT : LES PRATIQUES DE SOINS EN FRANCE

Jacques Hochmann *et al.*

P.U.F. | *La psychiatrie de l'enfant*

**2011/2 - Vol. 54
pages 525 à 574**

ISSN 0079-726X

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2011-2-page-525.htm>

Pour citer cet article :

Hochmann Jacques *et al.*, « Troubles envahissants du développement : les pratiques de soins en France », *La psychiatrie de l'enfant*, 2011/2 Vol. 54, p. 525-574. DOI : 10.3917/psy.542.0525

Distribution électronique Cairn.info pour P.U.F..

© P.U.F.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

PSYCHIATRIE SOCIALE ET PROBLÈMES D'ASSISTANCE

Autisme
Troubles envahissants
du développement
Soins
Éducation
Scolarité
Pédopsychiatrie
Éthique

TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT : LES PRATIQUES DE SOINS EN FRANCE

Jacques HOCHMANN¹
Paul BIZOUARD²
Claude BURSZTEJN³

TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT : LES PRATIQUES DE SOINS EN FRANCE

Dès les années 1950-1960, des pédopsychiatres de service public ont proposé pour les enfants TED, dénommés alors psychotiques, des prises en charge multidimensionnelles articulant soins, éducation et pédagogie avec une optique psychopathologique. Ces approches se sont généralisées, avec la politique de secteur, en privilégiant les institutions à temps partiel.

1. Professeur émérite de pédopsychiatrie, Université Claude Bernard Lyon 1, Médecin honoraire des Hospices civils de Lyon.

2. Professeur en surnombre de pédopsychiatrie, Université de Franche-Comté, Médecin consultant au CHU de Besançon.

3. Professeur de pédopsychiatrie, Université Louis Pasteur, Médecin Chef de Service Hospices civils de Strasbourg.

Psychiatrie de l'enfant, LIV, 2, 2011, p. 525 à 574

Malgré des inégalités, les dispositifs de soins et les techniques se sont, depuis, diversifiés avec une attention renforcée à la prise en charge éducative. Après une période de réserve, les techniques formalisées (TEACCH, ABA) ne sont plus totalement exclues, mais les équipes pédopsychiatriques, fidèles à une approche globale, restent majoritairement prudentes quant à leur utilisation exclusive. Depuis la loi de 2005, la scolarisation des enfants TED, initiée par certaines équipes, s'est développée, en collaboration avec l'Éducation Nationale. Le partenariat avec les familles a été marqué par des moments de tensions liés à des incompréhensions mutuelles qui persistent malgré des efforts certains de part et d'autre. Les travaux français marqués par une intense réflexion sur la compréhension des troubles et des propositions pour y remédier sont restés faibles sur l'évaluation objective. Des comptes rendus de l'évolution à long terme d'enfants régulièrement suivis (cas uniques) voisinent avec l'évaluation a posteriori de groupes d'enfants sur des critères cliniques simples.

PERVASIVE DEVELOPMENT DISORDERS AND CARE PRACTICE IN FRANCE PUBLIC CHILD PSYCHIATRY

From fifties and sixties on, French child psychiatrists from the public service have promoted multidimensional care articulating psychotherapeutic care, education and school within a psychopathological framework for children suffering of pervasive development disorders then called psychotic children. These approaches were generalised by the «sector» politics and part time institutions were privileged. Though disparities still persist, technics and settings are numerous and diversified and the educative point of view has become more important with more interest for more formal programs like TEACCH and ABA without forsaking the global approach. Since the 2005 law, mainstream school inclusion of PDD children has grown up in cooperation with the National Education Ministry. The partnership with families has been hindered in the past by numerous misunderstandings but is now improved. The French studies are more turned towards psychopathological understanding of the child disorders and towards the report of therapeutic undertakings than towards objective evaluation of specific programs. Long term evolution and follow up of single cases or small groups are analyzed with simple clinical criteria.

Keywords: Autism – Pervasive development disorders – Care – Education – Schooling – Child psychiatry – Ethic.

TRASTORNOS INVASIVOS DEL DESARROLLO: PRÁCTICAS EN FRANCIA

A partir de los años 1950-60 los pedo-psiquiatras del servicio público propusieron un método multi-dimensional que combinara cuidados, educación y pedagogía bajo un punto de vista psicopatológico para niños con trastornos TED, que en aquel entonces se denominaban psicóticos. Este enfoque

se ha generalizado con la política de sector favoreciendo a las instituciones a tiempo parcial. A pesar de las desigualdades, los dispositivos de cuidados y las técnicas se han ido diversificando, dedicando una atención especial a la educación. Después de un periodo de prudencia, las técnicas formalizadas (TEACCH, ABA) no se han excluido del todo, pero la cautela en cuanto a su utilización exclusiva sigue siendo la tónica de la mayoría de los equipos pedopsiquiátricos, fieles a un abordaje global. A partir de la ley de 2005, y en colaboración con la Educación Nacional, la escolarización de los niños TED promulgada por algunos equipos, se ha extendido. La colaboración con las familias ha pasado por momentos de tensión relacionados con una incompreensión mutua que persiste a pesar de los esfuerzos de ambas partes. Los trabajos franceses caracterizados por una intensa reflexión sobre los trastornos y las propuestas para remediarlos siguen siendo limitados desde el punto de vista de una evaluación objetiva. Las comunicaciones sobre la evolución a largo plazo de los niños que benefician de una regularidad de seguimiento (casos únicos) cohabitan con la evaluación a posteriori de grupos de niños con criterios clínicos sencillos.

Palabras-clave: Autismo – Trastornos invasivos del desarrollo – Cuidados – Educación – Escolarización – Peditricia – Ética.

AVERTISSEMENT

Cette synthèse réalisée à la demande de la *Haute Autorité de Santé* (HAS) sur les pratiques de soins en France dans les dispositifs publics est issue d'une recherche bibliographique menée à partir des sources suivantes :

- les références qui nous ont été transmises par la HAS issues des bases Saphir, Santépsy et Sudoc ;
- les recherches complémentaires menées sur les bases Refdoc, Cairn, PsycInfo pour les dix dernières années par la documentaliste du CRA de Franche-Comté (Élodie Chattot) qui a participé aussi à la mise en forme de la bibliographie dans les normes ;
- les recherches à partir des mots clés « Autisme », « Psychoses », « Hôpital de Jour » menées sur la base bibliographique du Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents de Strasbourg qui recense les ouvrages et articles figurant à la bibliothèque du service (logiciel Endnote) ;
- les ouvrages et les articles provenant des bibliothèques personnelles des auteurs du rapport.

Par ailleurs, il a été fait appel par mail à l'ensemble des universitaires de pédopsychiatrie de France pour qu'ils signalent et fassent si possible parvenir les mémoires et thèses concernant le sujet dont ils pouvaient avoir connaissance.

Malgré le croisement de ces sources multiples, ce rapport ne saurait avoir une prétention d'exhaustivité compte tenu des délais très courts de sa réalisation.

Cette étude est centrée pour l'essentiel sur les données concernant les pratiques de soin des secteurs publics de pédopsychiatrie (il y a peu de données publiées à notre connaissance sur les pratiques spécifiques du secteur médico-social ; quelques publications concernent des suivis en libéral).

Rappelons enfin qu'une partie importante de la littérature consultée fait référence à la notion de « psychose infantile », terme utilisé en France depuis les années 1930 pour dénommer ce que sont actuellement désignés dans les classifications internationales les troubles envahissants du développement (TED).

RAPPEL HISTORIQUE [184]

Dans les années 1950-1960, des pédopsychiatres de service public, en collaboration avec des associations-loi de 1901, notamment les associations de familles, ont repris, à leur manière, les hypothèses psychopathologiques et les modèles de prise en charge psychothérapique en provenance des États-Unis et de Grande-Bretagne ainsi que les élaborations et les pratiques du mouvement français dit de « psychothérapie institutionnelle » [327]. Mentionnons le travail de R. Misès à la Fondation Vallée [255] et la création par S. Lebovici du premier hôpital de jour pour enfants [222].

Ces travaux inauguraux insistaient sur la mise en place d'actions multidimensionnelles associant et articulant les soins, l'éducation et la pédagogie [274] avec une optique psychopathologique, dans des institutions résidentielles profondément transformées, sur le plan du confort architectural et sur le plan du personnel devenu plus qualifié et

multidisciplinaire, comme dans les nouvelles institutions à temps partiel. L'objectif était de rétablir une position de sujet, chez des enfants isolés, enfermés dans leurs rituels et leurs stéréotypies, mais qui ne se réduisaient pas à l'addition de symptômes qu'il faudrait corriger, ou de déficits qu'il faudrait réparer. Pour cela, les différents agents de l'institution, chacun à sa place et avec son rôle spécifique, devaient s'engager dans un travail prenant appui sur des moyens éducatifs et thérapeutiques diversifiés. Les psychothérapies individuelles avaient leur place et leurs indications, mais s'articulaient avec les autres activités individuelles ou collectives à visée d'éveil thérapeutique utilisant les diverses médiations de la vie quotidienne (le repas, la toilette, le coucher) mais aussi des activités de loisir, des activités sportives ou des activités de création artisanale ou artistique. Elles s'articulaient aussi avec les rééducations spécialisées (orthophonie, psychomotricité) ainsi qu'avec la pédagogie d'enseignants spécialisés détachés de l'Éducation Nationale et le travail éducatif d'éducateurs spécialisés. La collaboration avec les familles et, quand il était nécessaire, le travail de guidance familiale étaient préconisés. Des réunions d'équipe ou des « conférences de cas », des supervisions, aidaient le personnel des institutions à donner sens aux divers comportements des enfants et à favoriser, par leurs attitudes, l'émergence d'indices discrets annonçant une possible remise en route de la communication et des interactions sociales [223, 256].

À partir des années 1970, dans le cadre de la politique dite de secteur, ces approches multidimensionnelles, d'abord limitées à quelques grandes villes universitaires, se sont répandues progressivement, mais irrégulièrement, sur l'ensemble du territoire, en privilégiant les institutions à temps partiel, les hôpitaux de jour et les soins ambulatoires (Centre Accueil Thérapeutique à Temps Partiel : CATTP), en n'accordant qu'une place limitée aux institutions résidentielles ; un choix qui a fait l'objet de débats [144, 195] qui perdurent [161, 267]. Elles ont donné lieu à de nombreuses publications et à quelques ouvrages collectifs de référence auxquels nous ferons de nombreux emprunts [21, 109, 114, 152, 260, 265, 274].

LE TRÉPIED : SOINS, ÉDUCATION, SCOLARISATION

Il est devenu la base des programmes développés dans les institutions pédopsychiatriques de secteur. Les rapports et enquêtes de recherche récents [29] objectivent que ces prises en charge pluridisciplinaires sont parfois réalisées en association, en articulation, voire en succession mais en continuité *avec les institutions médico-éducatives* qui ont elles-mêmes évolué : certaines se sont spécialisées dans l'accueil d'enfants autistes dans des sections spécifiques [82, 147, 213, 266].

Outre la pluridisciplinarité, la collaboration avec le secteur médico-social, scolaire et les parents, de nombreux auteurs [43, 97, 113, 240, 279] insistent sur *l'importance de la précocité* des prises en charge qui doit accompagner immédiatement l'évaluation [11].

Ces nombreux travaux récents prônent aussi la nécessaire articulation des soins avec l'éducation et avec la pédagogie.

Les soins

La revue de la littérature amène à distinguer les soins institutionnels, c'est-à-dire l'approche globale et multidimensionnelle qui forme le fond du traitement, des techniques spécifiques qui se détachent sur ce fond. Le terme institution désigne ici non seulement un établissement spécifique mais aussi le processus d'articulation et de mise en forme des soins : l'instituant autant que l'institué [174].

– Les soins institutionnels

Mises, Hochmann et Delion, dans les ouvrages déjà cités [112, 186, 193, 258, 262], considèrent l'institution comme un outil d'observation, de mise en liens et d'élaboration du fonctionnement de l'enfant : son comportement, ses émotions et ses modes de pensée. Les soins institutionnels consistent à offrir à l'enfant, à travers des dispositifs variés, des lieux et des temps de rencontre où les conflits et les mouvements qui affectent sa vie psychique peuvent être repérés et mis en relation significative ; ceci vise à lever progressivement les contraintes qui pèsent sur son fonctionnement mental. Ce

travail d'élaboration d'abord fondé sur des théories psychopathologiques, en grande partie d'inspiration psychanalytique [287], s'appuie aussi, aujourd'hui, sur les recherches des sciences cognitives qui confirment souvent ou précisent les intuitions des cliniciens [145, 151, 182].

On sait, depuis Kanner, que deux mécanismes fondamentaux dominent le fonctionnement mental des enfants autistes : l'immuabilité, qui entraîne une ritualisation de l'existence, et l'isolement, à l'origine d'absence de liens entre les lieux et les moments de l'existence quotidienne. L'organisation de la vie institutionnelle, que décrit l'ensemble des auteurs, vise à introduire avec mesure, sur un fond continu et rassurant, des petits changements tolérables pour aider l'enfant à supporter d'abord, à investir positivement ensuite, ces changements. Elle vise aussi à articuler entre eux des espaces et des temps nettement différenciés, pour passer à un fil continu où chaque activité entreprise avec l'enfant prend sens par opposition avec les autres et peut devenir ainsi source d'évocation et de récit [176]. Ainsi un certain nombre de publications insistent sur l'importance de la *narration* dans le soin institutionnel : récit que se font d'abord entre eux les différents intervenants, récit qui ensuite est restitué à l'enfant et qui est sollicité de sa part, chaque activité donnant lieu à une mise en récit articulée avec ce que l'enfant a pu vivre avant, avec ce qu'il fera après et avec ce qu'il vit par ailleurs dans d'autres lieux et notamment dans sa famille [183, 311, 341].

D'autres publications, s'appuyant sur les études d'un pédiatre psychanalyste anglais D. Winnicott [339], privilégient la dimension ludique du soin [94, 146]. L'enfant autiste est en difficulté dans le domaine du jeu symbolique, du « faire semblant » [231]. L'atmosphère du travail institutionnel autant que les techniques employées visent à lui apprendre à jouer, à métaphoriser, à symboliser.

Pour que ce travail soit possible, diverses publications [dont 9] soulignent qu'il importe que dans les institutions, *différents intervenants soient associés entre eux* au sein d'un véritable réseau et qu'une attention soutenue soit portée aux différents moments de passage : passage d'une activité à l'autre, mais aussi passage d'une institution à l'autre. La

continuité est, dans cette perspective, un des aspects essentiels du soin [20, 111].

Sur ce sujet du travail institutionnel et de la souffrance du soignant, de nombreux professionnels de terrain (infirmiers, éducateurs, psychologues, pédopsychiatres) ont écrit des thèses ou mémoires [48, 65, 219, 322] ou des livres d'inspiration psychanalytique [206, 242] analysant le contre-transfert, ou d'inspiration cognitive et comportementale [33] évoquant l'incompréhension, l'impuissance des soignants, des éducateurs pouvant conduire à la maltraitance, ce qui donne lieu à des réflexions sur l'éthique [51, 233], à propos desquelles nous reviendrons.

Un travail de *supervision* est important pour aider les intervenants à surmonter la routine et le découragement qui risquent de paralyser le travail soignant et d'engendrer des contre attitudes négatives de fascination sans distance ou au contraire un rejet voire une maltraitance. J. Hochmann, en particulier, a insisté dans ses écrits, récemment synthétisés [186], sur l'importance d'une élaboration de l'équipe, d'un travail intellectuel de mise en sens se référant à une théorie du fonctionnement et du développement mental, et d'une réflexion sur les réactions affectives qu'induisent les enfants chez les soignants, conditions pour que l'institution soit thérapeutique.

– *Les dispositifs*

Les soins institutionnels répondant à ces principes se sont incarnés dans des dispositifs variés et cette diversité paraît essentielle à maintenir face à un spectre autistique de plus en plus polymorphe et à des évolutions qui peuvent nécessiter des réponses différenciées, aux différents âges de la vie et selon l'évolution très variable.

1/L'internat

L'internat, dans lequel est née la psychothérapie institutionnelle, a vu diminuer ses indications, tant du fait de l'évolution générale des mentalités, notamment celles des familles qui, de plus en plus souvent, rejettent cette solution [214], que des critiques apportées à un système qui favorise la ségrégation et les changements continuels d'interlocuteur

soignant liés à la rotation des équipes [267]. Dès lors, nombre de secteurs pédopsychiatriques ont fait le choix de se passer de service résidentiel.

En 2005, une enquête nationale [336] a montré que 70 % des lits de pédopsychiatrie, situés principalement dans les centres hospitaliers spécialisés, avaient été supprimés depuis 1970. Dans les lits restants, les sujets atteints de troubles envahissants du développement (autisme et psychose infantile) représentaient environ 50 % des enfants hospitalisés entre 6 et 12 ans et seulement 20 % des adolescents.

Là où l'hospitalisation continue à être utilisée, un travail étroit de partenariat avec la famille semble indispensable, afin d'éviter conflits et ruptures, maintenir et éventuellement faire évoluer la place de l'enfant dans la famille [78].

Les indications de l'internat à plein temps, ouvert 365 jours par an, se limitent aujourd'hui aux situations de crise, crise de l'enfant dont les symptômes deviennent difficiles à gérer en famille, crise éventuelle, voire défaillance de la famille [254]. La notion de crise a l'intérêt d'impliquer le caractère non définitif de l'hospitalisation, même si elle doit se prolonger [280]. Elle impose donc l'articulation du service hospitalier avec un ailleurs (familles naturelles ou d'accueil, instituts médico-éducatifs, lieux de vie) susceptible de poursuivre la prise en charge lorsque la crise sera dépassée [68, 292].

Un aspect nouveau de la prise en charge en internat est l'internat de semaine ou l'internat séquentiel, deux ou trois jours par semaine, permettant de travailler avec l'enfant les moments du repas ou du coucher, souvent sources de difficultés en famille. L'hospitalisation séquentielle permet aussi de travailler les angoisses de séparation chez des enfants fixés dans une relation fusionnelle avec leurs proches et favorise donc l'autonomisation progressive [154].

2/ Le placement familial thérapeutique

Certains auteurs ont proposé de remplacer l'internat par des systèmes de placement familial thérapeutique [299, 300]. Ce sont alors les familles d'accueil qui, avec l'accord des parents, prennent en charge l'enfant en période de crise,

plus ou moins prolongée, et poursuivent des soins institutionnels avec lui, généralement en collaboration avec une équipe pédopsychiatrique et quelquefois un centre de jour [6]. Dans la plupart des cas que nous avons recensés dans la littérature, au moins l'un des membres du couple est un professionnel (éducateur, infirmier psychiatrique ou psychologue), l'autre étant agréé comme assistant ou assistante maternelle [3, 129, 144]. Certains accueils familiaux thérapeutiques se sont inspirés des expériences de F. Deligny, dans les Cévennes [107] et ont obtenu des tutelles d'être agréés en tant que *lieux de vie*, institutions se voulant alternatives et souhaitant promouvoir une prise en charge démedicalisée. Certaines de ces expériences ont disparu avec le retrait ou la disparition du leader charismatique qui les avait créées ; certaines ont dérivé vers une antipsychiatrie sommaire [62]. D'autres persistent et fonctionnent comme des *séjours de rupture* pour des enfants pris en charge par ailleurs dans des institutions plus classiques.

3/L'hôpital de jour

L'hôpital de jour a été créé pour éviter les inconvénients de l'internat et permettre des soins intensifs tout en maintenant l'enfant dans sa famille [142, 152, 222, 235].

À partir des expériences initiales, l'hôpital de jour est devenu la principale modalité de soins institutionnels en psychiatrie de l'enfant dans notre pays, notamment pour les enfants autistes et TED. Ce dispositif a donné lieu à un grand nombre de travaux qui reflètent une réflexion permanente et approfondie sur les pratiques de soin en pédopsychiatrie [14, 42, 134, 135, 291, 278, 314].

Au départ, il s'agissait d'offrir, cinq jours sur sept et dans les horaires scolaires, une prise en charge globale : l'enfant accueilli dans un groupe de vie bénéficiait généralement des temps de scolarisation assurés en fonction de ses compétences [75] par des enseignants détachés de l'éducation nationale ou par des éducateurs, d'ateliers éducatifs ou d'éveil, ainsi que de techniques spécifiques (rééducations : orthophonie, psychomotricité), ou psychothérapies individuelles ou en groupe, parfois psychodrame [291].

Les activités proposées dans les ateliers éducatifs sont conçues surtout comme des médiations, des supports au développement des échanges relationnels, visant à susciter chez l'enfant des investissements multiples et diversifiés [126, 209, 291] : ces activités thérapeutiques, et même pédagogiques, sont parties prenantes du projet thérapeutique [229]. L'importance moindre parfois accordée au niveau des réalisations de l'enfant explique, dans un passé récent, le peu d'engagement des équipes pour les évaluations quantitatives portant sur des acquisitions concrètes.

Cependant, la réflexion menée sur la spécificité du soin, mais aussi l'évolution des demandes des familles a conduit à des évolutions et sans doute à une diversification des pratiques et à un intérêt plus soutenu pour les acquisitions, notamment scolaires, dont les publications ne rendent que partiellement compte.

De plus en plus d'équipes s'orientent vers des prises en charge individualisées et spécifiques et plus limitées dans le temps. L'enfant vient à l'hôpital de jour un certain nombre de demi-journées par semaine pour des activités précises. Il est de plus en plus souvent scolarisé en école ordinaire (classes normales ou parfois classes spécialisées au-delà de la maternelle). Il peut suivre des rééducations spécifiques (psychomotricité, orthophonie) et une psychothérapie individuelle, soit en libéral, soit dans un centre médico-psychologique de secteur, soit, pour les plus jeunes, dans un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) [56].

4/ Le centre d'action thérapeutique à temps partiel (CATTP)

Le CATTP est une structure plus légère que l'hôpital de jour, concentrée sur des activités thérapeutiques plus ciblées, groupales ou individuelles. D'abord conçu pour des enfants correspondant aux « pathologies limites » n'empêchant pas une fréquentation scolaire normale, il fonctionnait au départ comme une « unité du soir » ou comme une « étude thérapeutique » recevant les enfants au sortir de l'école [81, 122, 257]. Peu à peu, les CATTP se sont ouverts aux enfants souffrant de troubles envahissants du développement et ont, à leur tour, reçu des enfants autistes scolarisés par ailleurs

dans l'école ordinaire (classes normales ou classes spécialisées) [176]. Leur fonctionnement s'apparente alors à celui des SESSAD (service d'éducation et de soins spécialisés à domicile) mis en place par le secteur médico-social [288, 315]. Certains CATTP s'adressent plus spécifiquement aux enfants très jeunes, associant, deux fois par semaine, pendant une demi-journée, l'accueil en groupe de ces enfants à un groupe parallèle de discussion des parents [67].

Le développement des CATTP a posé la question d'un dépassement de l'hôpital de jour [178] qui semble garder des indications particulières : lorsque l'enfant a besoin de sentir autour de lui des limites plus contenantantes [134, 191].

5/ Les soins à domicile

Les soins à domicile développés d'abord pour les enfants à risque de mères psychotiques ou maltraitantes [203] ont été proposés, dès la fin des années 1960, comme cadre général de traitement individuel de l'enfant autiste, en collaboration étroite avec la famille. Dans une expérience initiale, une infirmière intervenait sur un rythme quotidien à domicile pour amorcer le contact avec l'enfant, en présence de sa mère, et apporter une aide à cette dernière épuisée. L'enfant par ailleurs était suivi deux fois par semaine en orthophonie ; il était ultérieurement scolarisé en classe dite alors de « perfectionnement ». Une fois par semaine, le pédopsychiatre et une assistante sociale venaient à domicile s'entretenir avec les parents pour un échange d'observations [187]. Ce premier cas a servi de modèle pour l'organisation, à Lyon, d'un service d'hospitalisation à domicile des enfants autistes et psychotiques [173,189].

D'autres expériences se sont plutôt centrées sur l'aide à domicile aux très jeunes enfants [12] et notamment sur l'observation des interactions entre une mère et un bébé dit « à risque autistique » selon la méthode d'Esther Bick. Une soignante se rend une fois par semaine à domicile et observe les interactions mère/bébé dont elle rend compte dans un groupe de supervision. La mère et l'enfant sont, par ailleurs, pris en charge par la puéricultrice de la PMI et rencontrent régulièrement un pédopsychiatre [198].

Le travail à domicile peut prendre l'aspect d'une thérapie familiale, soutenant et requalifiant les parents dans leur rôle et tentant de désamorcer, par la présence d'un tiers, des cercles vicieux interactifs [66]. Il peut s'agir d'interventions ponctuelles à domicile pour des enfants et adolescents autistes en situation de crise [270].

6/ La pratique dite de « réseau », le secteur pédopsychiatrique

L'autisme appelle nécessairement des réponses multiples adaptées à chaque cas et surtout articulées entre elles dans un projet personnalisé. Un point essentiel, pour la plupart, est *la durée et la continuité* dans le suivi, de manière à éviter les ruptures de trajectoire [14, 111, 181].

Ainsi, se développe de plus en plus une *pratique dite de « réseau »* [193]. Elle permet de mettre en relation de partenariat des institutions publiques et privées à vocations diverses et de diversifier les pratiques, en surmontant les clivages anciens *entre le sanitaire et le médico-social ou entre l'école et les structures spécialisées*.

La mise en œuvre correcte *d'un réseau articulant les diverses actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques* [18] tant à l'intérieur qu'à l'extérieur d'une institution nécessite l'engagement de personnes chargées de la coordination. Dans la plupart des cas, cette coordination est assurée par « *un soignant ou une soignante référent* » qui veille à l'exécution du programme multidimensionnel et parfois multi-institutionnel (associant, par exemple, un hôpital de jour et une scolarisation, parfois l'utilisation à temps partiel d'un institut médico-éducatif, une rééducation orthophonique, en secteur libéral ou en centre médico-psychologique) [171].

Une forme particulière de réseau est *le secteur psychiatrique* lui-même [84, 110] qui peut utiliser ses ressources (CMP, CATTP, Hôpital de jour) pour une prise en charge éclatée mais néanmoins coordonnée. Une autre forme d'institution dite éclatée est le dispositif créé par Maud Mannoni à Bonneuil : il associe une école expérimentale, un service spécialisé d'accueil familial, un centre de jour, des stages chez des artisans ainsi que des séjours de rupture dans des lieux de vie [245, 246].

La description de ces modes de prise en charge multiples et coordonnés, articulant des interventions simultanément

ou successivement soignantes, éducatives et pédagogiques gérées tantôt par le secteur sanitaire, tantôt par le secteur médico-social, quelquefois en les associant, a fait l'objet de nombreux travaux notamment des thèses de médecine [126, 207] des mémoires de DU [130] et de DES [275, 293], des articles et des livres destinés à des professionnels qui décrivent simplement le fonctionnement du dispositif. Mais ils ajoutent souvent, en fonction du contexte, de la personnalité de l'enfant, des ressources institutionnelles, des commentaires justifiant des approches différentes, thérapies inspirées de la psychanalyse ou techniques éducatives, considérées comme complémentaires et non exclusives dans la réalité quotidienne des établissements et des souhaits, des attentes des parents [10, 88, 110, 121, 202, 227, 234, 298].

Il est à noter que ce système en réseau semble qualitativement cohérent mais souffre chroniquement d'un *manque de places*, en particulier pour les cas les plus lourds, risquant de rendre inopérantes les recommandations thérapeutiques et éducatives. Trois enquêtes épidémiologiques réalisées en Île-de-France, entre 1992 et 1995 (donc avant la mise en œuvre des plans autisme, qui ont pu améliorer la situation), montraient qu'une demande sur deux en hôpital à temps plein, une demande sur trois en hôpital de jour et six demandes sur dix en institut médico-éducatif n'étaient *pas satisfaites*, ce qui suffirait à expliquer les revendications des familles [316]. L'adaptation des réponses aux besoins des enfants et aux attentes des parents passe par *des collaborations avec les services administratifs* de l'État (ARS) et des collectivités territoriales (MDPH). Des documents font état de réunions de concertation organisées au niveau local avec les CRA [124] et national sous l'égide de la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA) [60].

– Les techniques spécifiques

Un grand nombre d'approches spécifiques sont décrites, souvent comprises dans un contexte institutionnel global. Elles sont présentées généralement, dans la littérature, à partir de monographies cliniques et non selon un protocole unique et labellisé.

1/ Les techniques à médiation corporelle

De nombreux travaux de professionnels de corps (psychomotriciens, kinésithérapeutes) associés dans leur réflexion à des psychologues, des pédopsychiatres ont insisté sur la mauvaise structuration de l'image du corps chez les enfants souffrant de troubles envahissants du développement [4, 47, 70, 163, 165, 323]. Ces recherches recoupent les travaux du psychologue A. Bullinger sur le développement et la régulation du tonus, l'intégration de l'axe corporel et les aspects sensoriels de la représentation de l'organisme entier [211] sur lesquels s'appuient de nombreux thérapeutes. D'autres auteurs ont insisté sur l'importance de l'image du corps dans la constitution d'un « espace de contact » avec autrui nécessaire à la différenciation primaire de soi et de l'autre [85].

Des psychomotriciens utilisent sur le terrain ces données théorico-pratiques [47, 69, 70, 93, 158, 204, 205, 218]. Ils peuvent utiliser : l'espalier, les jeux de ballon, la pataugeoire [217], la balnéothérapie [125] pour travailler avec l'enfant, dans une atmosphère ludique qui vise à l'apprivoiser et à limiter l'angoisse liée au toucher ou à la manipulation du corps.

Des kinésithérapeutes s'intéressent aussi à la problématique du corps chez les enfants infirmes moteurs cérébrés présentant des comportements autistiques [310].

Une des techniques corporelles, le *packing* ou technique des enveloppements humides [108, 127], a suscité les réactions de certaines associations de parents qui, l'assimilant à une contention punitive, ont demandé son interdiction, sous prétexte de maltraitance. Saisi par ces associations, le ministère de la Santé a demandé l'avis du Haut Conseil de la Santé publique. Au terme d'une enquête, celui-ci a conclu que le *packing*, exécuté correctement, selon une méthodologie précise, dans un cadre institutionnel adapté, avec des praticiens formés et supervisés ne faisait courir aucun risque physique aux enfants. L'accord des parents, l'information et lorsqu'il pouvait être sollicité, l'accord de l'enfant étaient des préalables indispensables. L'enquête a montré que cette technique était généralement réservée aux cas d'enfants présentant des troubles majeurs du comportement (automutilation, violences extrêmes) traduisant un

trouble profond de la construction de l'image du corps. Elle permettait, dans ces cas, d'éviter ou de réduire le recours à la contention et aux médicaments psychotropes [172]. Dans le cadre d'un PHRC, une recherche multicentrique pilotée par le Pr Delion (CHU de Lille) est en cours pour évaluer les effets et les mécanismes d'action de ce traitement. Une première évaluation de l'évolution de dix patients a été publiée en 2009 dans la revue de *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* [150].

On a préconisé aussi, en particulier chez les adolescents autistes ou présentant des troubles envahissants du développement, des pratiques de *massage* relaxant [128, 129].

La *pataugeoire*, approche décrite initialement par P. Lafforgue, vise à favoriser la symbolisation par la manipulation ludique de l'eau et d'objets simples. À l'aide de cette médiation, il s'agit de permettre à l'enfant autiste ou TED d'accéder à des représentations plus organisées, moins angoissantes. Cette technique et ses applications sont particulièrement bien exposées par A.-M. Latour [217] et S. Marco [250] dans sa thèse à Lille 2.

2/ Les rééducations orthophoniques

Initiées par un bilan approfondi [95], elles ont pour double objectif de permettre à l'enfant d'approprier le langage en trouvant le plaisir de l'utilisation des mots et de lui donner des outils de communication orale puis écrite en facilitant son accès à la symbolisation [19]. Le travail orthophonique est engagé dès que le langage émerge, individuellement ou, parfois, en petit groupe [309]. Certain(e)s orthophonistes, en partenariat avec un service de soins et l'école maternelle, dans un travail de réseau, s'adressent à des enfants encore sans langage pour stimuler le désir de communiquer à travers l'imitation, développer les capacités cognitives permettant la communication et favoriser l'émergence des moyens de communication. Elles interviennent auprès des enseignants pour soutenir leur travail et éventuellement les conseiller dans leur pédagogie [313]. D'autres commencent par privilégier des échanges ludiques en utilisant des instruments de musique [248, 249].

D'autres encore ont recours à des médiations informatiques [32]. La communication facilitée qui consiste à tenir le bras de l'enfant pendant qu'il utilise l'ordinateur a suscité de nombreuses polémiques. Certaines publications, reprenant des expériences étrangères qui faisaient état d'écrits très sophistiqués chez un sujet sans langage [305], ont voulu valoriser la méthode, au risque de la rendre difficilement crédible [332]. Cette valorisation, peut-être excessive, a suscité des critiques [44].

Chez les enfants sans langage ou avec peu de langage, des programmes d'aide à la communication utilisant le geste ou les pictogrammes (programme PECS [50, 80] ou programme Makaton [301]) ont trouvé leur place dans ces rééducations.

Quelle que soit la variété des méthodes utilisées, la coordination de la prise en charge orthophonique avec les autres prises en charge, dans un travail d'équipe, semble essentielle [117] ainsi qu'une collaboration étroite avec les parents [41, 118].

3/ Thérapie d'échange et développement [34, 35, 36, 38, 297]

L'école de Tours a développé une thérapie originale, fondée sur des arguments neuro- et psycho-physiologiques (l'existence d'un déficit neurosensoriel, qui pourrait être compensé ou contourné) : la thérapie d'échange et de développement. Les déficits, ainsi que les compétences de l'enfant, sont évalués dans le cadre d'une démarche pluridisciplinaire. À partir de cette évaluation, un projet individuel est élaboré qui cible les difficultés principales de l'enfant. Ce projet comporte différents temps d'activités éducatives et thérapeutiques, individuelles et en groupe, mises en place au sein d'un hôpital de jour. Les progrès sont suivis par des évaluations régulières. Les auteurs n'opposent pas cette thérapie aux thérapies psychanalytiques et insistent eux aussi sur la nécessaire articulation avec les soins institutionnels, l'éducation et la scolarité adaptée. Nous y reviendrons à propos des évaluations, question sur laquelle C. Barthélemy et son équipe ont été les premiers à insister depuis plusieurs années.

4/ Les psychothérapies

Les publications portent essentiellement sur *des monographies approfondies* d'enfants suivis au long cours, de manière intensive (plusieurs fois par semaine) pendant plusieurs années. La plus ancienne remonte à 1929, avec la publication par Mélanie Klein d'un cas d'enfant que nous qualifierions aujourd'hui d'autiste [210]. Des publications plus récentes [2, 168, 96, 99, 169, 220] rapportent de manière détaillée des traitements au long cours, indiquant en général les conditions du diagnostic et les autres mesures dont a bénéficié l'enfant. Des indications sont données aussi sur les progrès de l'enfant dans différents apprentissages (mais rarement avec l'appui d'évaluations formalisées). Dans ces travaux, l'accent est surtout mis sur les évolutions repérées, au cours de la thérapie, dans le fonctionnement psychique de l'enfant en rapport avec des concepts développés par des auteurs de référence [197, 204, 225, 252, 289, 290, 328, 329]. En France, D. Houzel a insisté dans un ouvrage récemment publié sur le fait que la psychothérapie psychanalytique ne se situait pas au niveau causal mais visait à *comprendre le monde interne de l'enfant* et « la transmission psychique [entre] parents et enfants » [196] telle qu'elle se joue dans l'actualité d'un trouble qui ne peut cependant être rapporté, de manière linéaire, à une conduite pathogène des parents.

Les auteurs s'accordent généralement pour reconnaître que la psychothérapie d'un enfant autiste nécessite, outre des thérapeutes formés à l'approche de l'enfant et singulièrement à l'approche de l'enfant autiste, des modifications techniques et un cadre approprié (des séances régulières et rapprochées, dans un même lieu, avec un minimum d'objets médiateurs : des jouets, du papier et des crayons, en évitant ce qui pourrait représenter un excès de stimulation sensorielle) [33, 164, 166, 199, 281]. Plusieurs auteurs ont rappelé la nécessité de maintenir des rapports de confiance entre le psychothérapeute et les parents et que la psychothérapie individuelle ne saurait être séparée des autres pratiques institutionnelles indispensables, thérapeutiques, éducatives et pédagogiques [179, 223, 256].

Certains psychanalystes considèrent qu'il n'y a pas opposition mais complémentarité entre les psychothérapies psychanalytiques et les approches cognitivo-comportementales [7, 8, 100, 153]. Une position mesurée et ouverte sur la place de la psychothérapie chez les enfants autistes est proposée par M. Lemay [228]. Cet auteur insiste à son tour sur le caractère désuet et invérifiable de certaines hypothèses pathogéniques qui rattachaient l'autisme à l'inconscient maternel. Il reconnaît l'existence de comportements de nature défensive chez l'enfant, ce qui n'élimine pas la prise en compte de son déficit. Il voit surtout dans la psychothérapie engagée précocement une réponse aux besoins de l'enfant « d'exprimer son ressenti, d'évoquer ses émotions, de raconter ses expériences journalières, de bâtir des scénarios où il pourra se distancier de l'immédiateté pour découvrir les richesses de sa vie imaginative ». L'auteur conclut : « Il y a donc place pour des psychothérapies d'orientations diverses à condition de s'interroger lucidement sur leurs indications respectives. »

Les psychothérapies de groupe ont pour objectif d'aider l'enfant à entrer en contact avec les autres et à développer ses cognitions sociales ainsi que la reconnaissance, la différenciation et la nomination des émotions sur le visage des pairs, à partir de la mise en relation de son propre ressenti avec les commentaires qu'en font les autres. Ces groupes doivent être au moins hebdomadaires et prolongés sur plusieurs années [192]. Dans une perspective différente, l'équipe du CHU de Nice a rapporté récemment les effets positifs sur la communication sociale d'un groupe thérapeutique d'enfants de 9 à 12 ans, présentant un autisme « de haut niveau » ou un syndrome d'Asperger [307], s'appuyant sur la vidéo et alliant un aspect éducatif et une dynamique relationnelle. Ce travail se rapproche d'autres activités de groupes centrées sur la communication et les habiletés sociales dont font état quelques équipes [28, 102, 306].

Quelques publications rendent compte d'une *approche de psychothérapie familiale* soit systémique [251], soit dans une orientation psychanalytique [63].

S. Urwand [330] et S. Vuaillet [335] élargissent le propos à partir d'un groupe d'enfants autistes en l'étendant à l'animation d'un groupe de parents et de professionnels.

5/ Les médiations artistiques, artisanales, sportives

Elles sont très diverses et utilisent souvent les compétences particulières de ceux, infirmiers, éducateurs ou ergothérapeutes, qui les pratiquent. Très répandues, elles ont été jusqu'ici peu évaluées et commencent seulement à trouver un fondement théorique [52]. *Le modelage* [212], *la photo*, *le théâtre*, *la vidéo* visent à prendre en compte les processus de passage du registre perceptif et sensori-moteur au figurable. Elles ouvrent à la symbolisation. *Le dessin et la peinture* sont particulièrement utilisés dans des ateliers qui ont fait l'objet d'un petit nombre de publications [52, 141, 148, 302]. Il ne s'agit pas tant de repérer des significations latentes, comme on le ferait dans une psychothérapie, que d'attirer l'attention de l'enfant sur les traces sensori-affectivo-motrices qu'il laisse sur la feuille et sur ce qu'elles peuvent évoquer comme formes [216]. Plutôt qu'une figuration des conflits internes, les thérapeutes y mettent en évidence des protoreprésentations pour faciliter l'accès à une symbolisation, construite à partir de la sensorialité dans un climat d'accordage émotionnel. *La musique* peut être utilisée de manière réceptive ou active, afin de stimuler l'écoute mais aussi l'expression primitive source de décharge de tensions canalisées par les adultes [39]. Des publications relatent les bénéfices de l'utilisation, très courante, du *cheval* comme médiation [116, 295, 333]. D'autres se réfèrent à l'utilisation du *sport* comme médiation [241] et notamment *l'escalade* [232] ou *le cirque* [159]. Ces expériences pratiquées généralement dans des équipements ouverts au public ont également un objectif de socialisation en mettant en contact les enfants autistes avec d'autres enfants. Il en est de même de l'utilisation de la piscine.

6/ Les ateliers Contes

Ils ont été formalisés par un auteur bordelais, P. Lafforgue [215], qui a préconisé l'utilisation de la narration d'un conte du folklore auprès des enfants atteints de troubles envahissants du développement. Se basant sur les travaux de Propp [283] qui décèlent dans les contes folkloriques une structure universelle, il a fait l'hypothèse que l'audition d'un conte

folklorique et l'activité mentale et physique suscitée chez l'enfant par son identification au narrateur pouvaient remettre en route un certain nombre de mécanismes défailants d'ordonnement des pensées et faciliter une communication émotionnelle troublée.

7/ Jeux de rôle et psychodrame

Inventée par Moreno, adaptée en France notamment par S. Lebovici, R. Diatkine, J. Gillibert, E. Kestemberg, la technique du psychodrame consiste, en bref, à demander au patient de rapporter un épisode de sa vie réelle ou fantasmatique qu'il souhaite mettre en scène. Sous la direction du thérapeute, cet épisode est ensuite joué par le patient et des thérapeutes auxiliaires désignés par le patient qui ensuite est invité à commenter ce qu'il a ressenti [209]. Avec les enfants, on pratique plutôt des psychodrames de groupe ou des jeux de rôle, plus conventionnels et moins personnels qui visent aussi, dans une perspective éducative, à développer les cognitions et les habiletés sociales. Certains de ces jeux de rôle peuvent être filmés en vidéo et reprojétés aux enfants qui les commentent [331]. On peut en rapprocher les jeux avec des marionnettes ou des petits jouets représentant des animaux.

8/ La prescription de médicaments

Elle est rarement développée dans les travaux ayant trait au traitement de l'autisme en dehors de quelques revues générales [26, 76, 149]. Les théories dopaminergique, sérotoninergique, catécholaminergique, de carence vitaminique et plus récemment opioïde ont justifié un moment la prescription de neuroleptiques, d'antidépresseurs, de vitamines B6, B12 (travaux de Lelord à Tours) [226], de naltrexone [74] aux patients autistes. Mais dans la pratique, après l'efflorescence des espoirs chimiothérapiques, on a renoncé depuis longtemps à avoir recours aux médicaments pour traiter le ou les processus étiologiques de l'autisme. Actuellement, les neuroleptiques sont prescrits momentanément dans un but essentiellement de sédation symptomatique de l'agressivité, des stéréotypies et dans cette indication, les nouveaux

neuroleptiques, dits antipsychotiques (seule la rispéridone bénéficie de l'AMM chez l'enfant), remplacent de plus en plus souvent les neuroleptiques classiques bien que leurs effets secondaires (prise de poids, diabète) incitent à la prudence. L'aripiprazole, d'utilisation récente, largement prescrit aux États-Unis, paraît également efficace et mieux supporté, mais ce produit n'a pas l'AMM en France pour les enfants et il n'existe pas de travaux français actuellement publiés à son sujet. Les manifestations anxieuses, l'agitation, peuvent faire préférer ou associer des neuroleptiques sédatifs ou des tranquillisants anxiolytiques type clonazépam ou hydroxyzine. Les TOC ou les mouvements dépressifs assez fréquents en période de maturation adolescente peuvent amener à prescrire des antidépresseurs dont l'effet sédatif et anxiolytique est parfois appréciable. Dans le cas d'agitation avec trouble de l'attention, on peut être amené à prescrire du méthylphénidate. Les antiépileptiques sont bien sûr prescrits en cas de pathologie épileptique associée, ils peuvent l'être aussi pour apaiser les oscillations de l'humeur (valproate, carbamazépine, lamotrigine).

La découverte récente d'un déficit nocturne en mélatonine [324] chez certains autistes a amené à prescrire de la mélatonine chez les autistes souffrant de troubles du sommeil avec un effet remarquable dans les quelques cas décrits dans la littérature [304].

Le rôle de certaines allergies alimentaires a été suggéré dans certains troubles du comportement des patients autistes. Ces données ont conduit à proposer des régimes sans gluten et sans caséine sans démonstration scientifique précise [49].

L'éducation

Dans le soin institutionnel, l'éducation est fondée sur un souci de donner un sens social aux interactions de la vie quotidienne [338]. Les moyens psychothérapeutiques, au sens large, sont articulés avec les moyens éducatifs. De même que l'éducateur, avec sa formation, sa compétence, a aussi une fonction psychothérapeutique, le thérapeute ne peut se départir d'un souci éducatif. L'utilisation des intérêts restreints des enfants peut être un point de départ pour enrichir ensuite le

champ de ses intérêts Les publications insistent sur l'importance des repérages dans le temps et l'espace, sur les emplois du temps individualisés et visualisés, permettant l'accrochage sensoriel, sur une attention à l'établissement de liens entre les divers lieux et les diverses activités, mais aussi sur le travail de groupe qui permet d'articuler la conscience de soi avec la conscience du « nous » [318]. Une expérience de journal réalisé par des autistes – Le Papotin à l'hôpital de jour d'Antony – montre tout l'intérêt d'initier les jeunes à la dimension culturelle, de manière à lutter contre l'isolement et la fermeture sur une pensée stéréotypée [54]. Des recherches ont montré l'importance de la valorisation des rôles sociaux ainsi que de l'apprentissage de stratégies adaptées favorisant la socialisation et la communication [237, 239].

– Les nouvelles techniques

Certaines équipes ont intégré à leur pratique des approches en provenance de nouveaux modèles théoriques.

Le programme TEACCH, initié en Caroline du Nord par E. Schopler, a été importé en France dans les années 1980, par des associations de parents, notamment par ProAid Autisme qui a développé un important travail de formation. Ce programme cherche à formaliser la structuration de l'environnement temporo-spatial et propose des activités réglées adaptées aux émergences cognitives de l'enfant telles qu'elles sont mesurées par des tests spécifiques (PEP et PEP-R) [253, 277, 303]. Des institutions médico-sociales ont intégré tout ou partie de ce programme dans leur fonctionnement (on en trouve des témoignages sur les sites web d'associations [123]). Après Dessaux [121], J. Constant a été l'un des premiers à introduire la méthode TEACCH dans le cadre de son service de pédopsychiatrie à Chartres [90, 91]. D'autres équipes ont, depuis, repris des éléments de cette approche. On a pu leur reprocher de favoriser une « culture de l'autisme » en adaptant l'environnement à l'enfant au détriment, peut-être, du développement de ses potentialités vers une socialisation moins conformiste et plus créative [13]. Elles sont fondées sur un partenariat étroit avec les parents, incités eux-mêmes à suivre une formation et à devenir ainsi des coéducateurs, voire des cothérapeutes de leur enfant.

Les méthodes *d'éducation du jeu (floor time)*, qui commencent à se développer actuellement en France, où elles sont également importées des États-Unis [156], ne rencontrent pas le même genre de critiques et semblent davantage en phase avec l'« apprendre à jouer » qui prévaut dans les institutions françaises [296].

La méthode *ABA (Applied behavioral analysis)* enfin, est une méthode comportementaliste fondée sur le conditionnement opérant. Elle a été appliquée aux autistes par Lovaas, il y a une cinquantaine d'années, et a connu depuis un certain nombre de modifications et de perfectionnement. Elle repose sur une interaction individuelle avec l'enfant, poursuivie, selon son promoteur, pendant 40 heures par semaine, avec la participation des parents. L'opérateur propose à l'enfant un certain nombre de comportements sous la forme d'« essais discrets » et récompense les réussites. Il favorise aussi les comportements souhaités lorsqu'ils émergent spontanément [221, 238].

La scolarisation

Inscrite depuis 2005 dans la loi, la scolarisation a depuis longtemps fait l'objet de réflexions et d'expériences diverses et nombreuses de la part des équipes pédopsychiatriques françaises qui, depuis des années, se sont préoccupées de scolariser les enfants autistes ou autres TED dans des conditions susceptibles de favoriser au maximum la socialisation et les apprentissages [37, 55, 58, 71, 72, 73, 131, 135, 171, 230, 325]. Les publications font état de plusieurs types de scolarisation.

– Au sein de l'institution

La scolarisation a pu et peut encore se faire au sein de l'institution de soins, à temps plein ou à temps partiel. Les enseignants détachés sont, en principe, des enseignants spécialisés qui travaillent en lien étroit avec les équipes soignantes [71, 72, 75].

– En milieu ordinaire

D'autres expériences ont été tentées, dès la fin des années 1960, dans des classes alors appelées de « perfectionnement », devenues depuis classes d'inclusion scolaires (CLIS)

dans des écoles ordinaires. Cette procédure, qui a l'avantage de placer l'enfant dans un milieu « normalisant » et socialisant, nécessite une collaboration étroite entre enseignants et équipes de soins (hôpital de jour ou CATTP) qui est malheureusement parfois remise en cause aujourd'hui par les nouvelles dispositions de l'Éducation Nationale, à la suite de la loi de 2005. Les publications relativement nombreuses décrivent les modalités d'insertion, à temps plein ou à temps partiel, *soit individuellement dans une CLIS « ordinaire »*, avec l'intervention d'une équipe de pédopsychiatrie auprès des enseignants – en complément des thérapies et rééducations s'adressant directement à l'enfant [175, 188], *soit en groupe dans une classe dite « thérapeutique » ou « intégrée »*, à très petit effectif (6 ou 7) *ne recevant que des enfants atteints de TED* [188, 244]. Certaines classes ont été créées en collaboration avec une association de parents [83, 271].

Une enquête récente [273] a montré que depuis 2005 la majorité des enfants avec TED suivis par trois secteurs de pédopsychiatrie de Besançon sont scolarisés dans une école. Mais on ne dispose pas de données globales pour l'ensemble du pays.

L'intégration de la classe dans la vie scolaire de l'établissement et la participation aux activités périscolaires nécessitent un important travail des enseignants, assistés par des soignants ou des éducateurs pour faciliter la tolérance par les autres enfants. Certaines classes servent de base pour l'insertion à temps partiel de l'enfant dans les classes ordinaires. Initiées généralement en primaire, ces expériences se sont étendues en maternelle [45, 176] puis, sous la forme d'UPI, aujourd'hui ULIS, au collège et dans des lycées professionnels [185].

Les *classes intégrées* permettent le développement d'une pédagogie adaptée aux particularités de la pensée autistique et aux modalités particulières de communication et de socialisation de l'enfant autiste. Elle peut contribuer à cette communication et à cette socialisation de manière réglée et mesurée, ce qui n'est pas toujours le cas lorsque l'enfant est plongé seul, sans médiation, dans un milieu scolaire ordinaire, où l'enseignant et les autres élèves sont mal préparés à le recevoir et où il n'a, pour toute assistance, qu'un(e) auxiliaire de vie scolaire peu ou pas du tout formé(e) [58, 177].

Le nombre d'enfants autistes qui bénéficient d'une scolarité normale est sans doute en cours d'évolution mais on ne dispose pas de données publiées précises. Un soutien important de la part de la famille est généralement nécessaire, avec l'aide de thérapeutes et de rééducateurs (orthophonie notamment).

Dans le cadre d'un réseau de recherche de l'INSERM, un sous-groupe « Pédagogie et cognition » a permis de mettre en relation un certain nombre d'équipes associant soignants et enseignants, engagés depuis plusieurs années dans une démarche coopérative d'intégration scolaire des enfants autistes et psychotiques. Par-delà les partages d'expérience et l'interinformation représentée par ces partages, plusieurs journées d'études en groupe restreint ont permis d'approfondir la place de la métaphore dans le travail soignant, éducatif et pédagogique (Journée de Lyon, 21.3.92), l'apport des sciences cognitives et de la théorie de l'esprit (Journées des 3.3.93 et 17.9.93), les processus d'imitation et d'identification [136, 137].

LE PARTENARIAT AVEC LES FAMILLES

L'amélioration du partenariat est aujourd'hui une revendication forte des familles, dont certaines se sont élevées contre des pratiques qui devraient être en voie de disparition et qui ont été à l'origine de nombreux malentendus [180]. Il n'est plus acceptable aujourd'hui que les parents soient tenus à l'écart des lieux de soins, sous prétexte de préserver un espace autonome pour l'enfant. Cette revendication s'inscrit dans un contexte social nouveau où l'utilisateur demande à être informé et à pouvoir exercer sa liberté de choix [77, 79].

Une première rencontre internationale, organisée en 1987 dans le cadre de l'INSERM et du CNRS par l'ARAPI, une association regroupant parents, chercheurs et praticiens, avait montré l'existence de désaccords entre la pédopsychiatrie française et certaines familles [157]. Des nouvelles coopérations institutionnelles ont commencé ensuite à s'établir dans les années 1990 : colloque de Grenoble (1992), colloque de Montpellier [21], colloque de Nancy (1994). Ces différentes rencontres, et le travail de préparation et de synthèse qui les

a entourées, ont abouti à un volume codirigé par un pédopsychiatre et un parent [260]. Les parents ont pu faire part de leurs attentes : sortir de l'errance diagnostique ; comprendre des situations souvent énigmatiques ; mieux accepter et affronter l'autisme de leur enfant, grâce en particulier à une meilleure information ; conserver l'espoir. Ils demandent à rencontrer des praticiens formés, ayant une ligne de conduite cohérente et tolérante, et travaillant, dans le respect mutuel, en réel partenariat avec eux [282]. Ils réclament notamment une aide dans la vie quotidienne et que les professionnels consacrent du temps à mieux communiquer leurs pratiques et les fondements théoriques de ces pratiques. Le partenariat ne peut s'établir que si le cadre de travail des équipes soignantes, éducatives et pédagogiques formalise des lieux et des temps de rencontre ainsi que les moyens de communication avec les familles [1] : entretiens individuels réguliers et fréquents avec le médecin responsable, le référent de l'enfant, les responsables d'ateliers thérapeutiques ou éducatifs, les enseignants (avec contribution de tous à la tenue d'un « cahier de liaison »), groupes de parents, journées portes ouvertes dans les institutions. Les échanges, qui peuvent contribuer à mieux prendre en compte les dimensions intersubjectives liées à la souffrance de l'enfant, tant dans sa famille qu'avec les professionnels, doivent particulièrement porter sur les conséquences directes handicapantes du processus autistique et sur les conséquences de la pathologie au niveau des incapacités et des difficultés de comportement dans la vie quotidienne [27]. Ils doivent permettre de mieux connaître et comprendre les activités proposées à leur enfant et, dans un espace d'élaboration commune, de partager entre parents et professionnels les questionnements, les doutes, les sentiments d'impuissance mais aussi les espoirs que suscitent ces enfants, aussi bien que de requalifier les parents dans les stratégies qu'ils inventent pour répondre à la situation particulière qui est la leur. Ils ont enfin une fonction de soutien dans une coopération au long cours [89]. La famille est ainsi mise en position de « maître d'ouvrage » qui exprime ses besoins, trouve une écoute et établit un contrat avec des partenaires coordonnés entre eux. C'est tout l'enjeu d'une bonne « alliance thérapeutique » soignants/parents,

particulièrement étudiée en France par B. Kabuth [208], F. Morel-Fatio [268] et S. Vuailat [335].

On retrouve aussi dans ce cadre la notion essentielle de réseau [170, 269] qui fait sa place au travail avec la famille.

L'ÉVALUATION

La grande variété des tableaux cliniques que recouvrent les diagnostics d'autisme et plus encore de TED, le caractère global des prises en charge, les multiples actions pluridisciplinaires entreprises, la longue durée des suivis sur plusieurs années, la difficulté à évaluer une progression qualitative centrée sur l'amélioration de la qualité de vie, de la socialisation, de l'intégration dans le contexte familial et social, sont autant d'obstacles qui se prêtent mal à une évaluation quantitative strictement mesurable [16, 99, 106, 139, 272, 326]. G. Magerotte [236], chercheur psychologue belge, insiste quant à lui sur la difficulté de faire des programmes de recherches sur la population autiste du fait de la complexité clinique, de la nécessité de tenir compte des phénomènes développementaux et familiaux. Certaines études témoignent pourtant de cette préoccupation.

Depuis une vingtaine d'années, des observations montrant la reprise du développement, la sortie de l'isolement, l'apparition d'un langage ont apporté des arguments en faveur de l'efficacité *d'interventions précoces et intensives* [11] « chez les bébés à risque autistique » selon le titre de l'ouvrage (Érès, 1998) coordonné par P. Delion [113].

Pour des enfants plus âgés, *de nombreuses monographies* de cas longuement suivis font état d'évolutions favorables dans le cadre d'une prise en charge qui peut être individuelle, notamment *psychothérapique* [2, 40, 96, 115, 139, 162, 168, 183, 200, 220, 224] mais aussi centrée sur une *médiation* (psychomotricité, orthophonie) [5, 92, 103, 117, 312]. Des thèses d'exercice en médecine [126, 139, 207], des mémoires de DES [273, 276] ou de DU [87, 132], des articles [31, 64], des livres [7, 111, 112], rapportent également des évolutions positives dans le cadre bien sûr de *prises en charge institutionnelles multidisciplinaires*.

Dans tous ces cas, l'amélioration est jugée par le thérapeute lui-même sur la progression de l'enfant dans la communication non verbale et verbale, la qualité de ses relations sociales, l'autonomie, la souplesse de son fonctionnement psychique et la diminution des troubles de son comportement ; ce jugement repose rarement sur des évaluations formalisées ou standardisées. Généralement, l'intensité et la qualité de l'investissement du thérapeute, quelle que soit la médiation, sont considérées comme des facteurs importants pour une évolution favorable [120, 133, 201].

Certaines études portent sur des populations d'enfants longuement suivis en institution

- Dans les années 1980, R. Misès [263], E. Fombonne [140], C. Aussilloux [17], B. Voizot [334] avaient déjà eu le souci d'évaluer le devenir *a posteriori* et à long terme [155], et de faire connaître les résultats des nouveaux modes du traitement des enfants autistes.
- Il faut rappeler aussi la recherche longitudinale multicentrique lancée en 1996 par C. Aussilloux qui visait à étudier l'évolution sur 3 ans d'une cohorte de 263 enfants de moins de 7 ans, dont les résultats sont rapportés dans la thèse d'université d'A. Baghdadli [24] et dans des publications internationales ultérieures [22, 23, 284]. Les résultats confirment que l'évolution à 3 ans est clairement fonction du niveau intellectuel de départ ; ils montrent une corrélation positive entre le niveau du langage et celui du développement psychologique général, ainsi qu'avec l'intensité des symptômes [285]. Par contre, cette étude n'a pas mis en évidence d'influence significative du nombre des interventions thérapeutiques et/ou éducatives sur la trajectoire développementale [105].
- En 2006, J.-P. Thévenot [317] a publié les premiers résultats du suivi pendant 5 ans d'une cohorte de 437 enfants (145 en hôpital de jour, 148 en centre de soins ambulatoires, 144 en IME) diagnostiqués selon la CFTMEA autisme typique (42 %), psychoses déficitaires (13 %), dysharmonies psychotiques (21 %), dont 27 % fréquentent

un établissement scolaire ordinaire. 78 % ont pu être retrouvés au bout d'un an. Durant ce temps, les diagnostics ont un peu évolué (plus d'autistes stricts), les prises en charge également (des hôpitaux de jour vers les IME), il y a eu sortie des institutions pour 38 enfants, souvent les plus lourdement handicapés, qui se retrouvent quelquefois avec d'autres, ceux qui étaient sans prise en charge au départ (74 en tout).

- En 2006, A. Ferreti dans sa thèse déjà citée [139], sous la direction d'E. Moussaoui, étudie à l'aide des échelles de Vineland et de CARS l'évolution de 18 enfants pris en charge en psychothérapie individuelle dans le cadre d'un accueil en hôpital de jour pratiquant des prises en charge multidisciplinaires associées. Cette étude souligne l'imperfection des outils utilisés pour une évaluation globale des progrès qui diffèrent selon la problématique de chaque enfant. Elle propose en plus l'utilisation d'une grille spécifique pour l'évaluation des progrès du point de vue subjectif du psychothérapeute.
- Cette expérience rejoint les efforts actuels pour faire reconnaître et utiliser une grille spécifique [167] à l'évaluation du travail psychothérapique, dans le cadre d'un projet national conduit par J.-M. Thurin pour évaluer les effets des psychothérapies [319, 321] notamment dans l'autisme. Dans ce cas, les psychothérapies sont souvent réalisées dans un cadre institutionnel et familial assurant la prise en charge globale et comprenant éventuellement d'autres interventions par des médiations. Les évaluations se font par formulations répétées de cas en groupes de psychothérapeutes qui coapprécient l'évolution symptomatique (comportement, socialisation, autonomie, langage, tolérance...) mais aussi la qualité du fonctionnement mental : sentiment de soi, de l'autre, dans la continuité [320].
- En 2008, B. Dubois [126] a étudié dans sa thèse de médecine le devenir de 13 enfants porteurs d'un TED pris en charge en hôpital de jour au CHU de Marseille (P^r Poinso) selon une stratégie multidisciplinaire. L'évolution des enfants à au moins 18 mois de suivi est appréciée par la CARS [286], comme c'est le cas pour la majorité des études

cliniques actuelles, dont les scores diminuent nettement pour les autistes mais de manière peu significative pour les « autismes non spécifiques » alors que les scores de l'échelle de Vineland s'améliorent nettement pour le groupe de ces autistes non spécifiques.

- En 2009, C. Carbonnel-Chabas [61] a étudié l'évolution de 32 adolescents dont 29 garçons pris en charge, dans un abord multidisciplinaire, à l'hôpital de jour du service de B. Gepner à Aix-en-Provence. Le devenir à 5 ans est estimé moins sombre qu'habituellement décrit : la moitié a accédé au langage, ils sont plus performants dans la communication en général, les comportements violents se sont atténués de même que l'instabilité alors que les maladroresses sociales et les stéréotypies gestuelles n'ont guère évolué, le pronostic est d'autant meilleur que le langage est acquis et le niveau intellectuel est non déficitaire (facteurs retrouvés dans toutes les études).
- B. Kabuth déjà cité [208] a montré quant à lui, à propos de 33 enfants de 3 à 10 ans, dont 18 TED, suivis en hôpital de jour pendant un an, le lien significatif entre la bonne qualité de l'alliance thérapeutique avec les mères, d'une part, et d'autre part l'évolution sociale évaluée par l'inventaire de Gunzburg [160] de leur enfant indépendamment de l'évolution symptomatique. On retrouve le même type d'évaluation, à propos de cinq cas dans la thèse de F. Morel-Fatio déjà citée [268].

D'autres évaluations sont plus clairement focalisées sur le développement d'une ou plusieurs fonctions

- Il faut rappeler ici les travaux déjà cités de l'équipe de Tours (avec G. Lelord, D. Sauvage, C. Barthélemy, J.L. Adrien, P. Lenoir [36, 119, 243] où la collaboration privilégiée de chercheurs et de cliniciens a permis de développer des méthodes d'observation et d'évaluation originales. Dans la démarche de cette équipe, l'évaluation des troubles autistiques associe des données comportementales, neuropsychologiques et cognitives, et neurophysiologiques [35, 38]. Grâce à leur hypothèse

d'étude (le défaut d'une fonction cérébrale), ils peuvent construire une méthodologie plus rigoureuse y compris dans l'évaluation du résultat de l'acquisition de compétences dans des domaines préalablement définis (attention conjointe, théorie de l'esprit, langage, expression des émotions, communication, compréhension, fonction symbolique, scolarisation) et dans une perspective développementale utilisant notamment l'échelle de BECS (batterie d'évaluation du développement cognitif et social) pour une série de 10 enfants bénéficiant d'une thérapie d'échange et de développement [86]. L'équipe de M.-C. Mouren à Paris [59] cherche de même à intégrer ses interventions dans une vision plus globale et plus personnalisée du développement de l'enfant dans son environnement, l'école, les parents.

- Il nous faut aussi mentionner les études sur les modalités d'accueil et d'accompagnement des personnes TED (Mesure 28 du Plan Autisme) réalisées sous la direction d'A. Baghdadli : enquête en Languedoc-Roussillon [25], puis extension de l'étude sous l'égide de l'ANCRA dans trois régions de France – Nord-Pas-de-Calais, Île-de-France, Franche-Comté – dont les résultats sont en cours de publication [30].
- Les travaux cités précédemment, qui portent majoritairement sur des cas d'autismes sévères le plus souvent suivis en hôpital de jour, ne répondent pas aux critères méthodologiques des études contrôlées (groupes témoins comparatifs, randomisation, double insu). Cependant une équipe de Montpellier déjà citée [28] a présenté en 2010 une étude comparative randomisée chez 14 enfants et adolescents de 8 à 12 ans atteints du syndrome d'Asperger montrant la supériorité – jugée sur la qualité de vie en milieu scolaire – d'un groupe d'entraînement aux « habiletés sociales » par rapport à la prise en charge habituelle. Cette étude a aussi l'intérêt d'insister davantage sur les compétences mobilisables que sur les déficiences.
- D'autres chercheurs, généralement psychologues, ont développé des modes d'approche plus strictement comportementaux (Teacch de Schopler ; ABA de Lovaas) [143]

sous forme de programmes supervisés, appliqués de manière plus ou moins rigoureuse, introduisant parfois une possibilité de jeu. Souvent exclusives, elles s'adressent à des populations (16 enfants pendant 3 ans dans la thèse de Wittemeyer [340], 14 enfants pendant 2 ans puis 16 enfants pendant 1 an dans la thèse de Mantoulou [247]) dont les progrès, dans un comportement problématique sur lequel a été centrée l'intervention éducative, sont évalués chaque mois. Ils peuvent objectiver, par des échelles construites à dessein, des résultats notables qui confortent leurs hypothèses.

L'abondante littérature nord-américaine, portant notamment sur de nombreuses évaluations des résultats de ces méthodes, n'est pas encore rejointe par la littérature francophone qui reste encore limitée en France [294] mais se développe en Belgique [237, 238]. Au Québec, ces méthodes sont appliquées depuis une quinzaine d'années. Une récente communication de M. Lemay [228], un praticien québécois, ne confirme pas les résultats miraculeux revendiqués par ses promoteurs. Dépassant les prises de positions idéologiques parfois exclusives qui prévalent en France, la méthode, au Québec, semble s'être assouplie et des praticiens créatifs et sensibles ont su intégrer un certain nombre de paramètres jusque-là utilisés seulement par les soignants d'orientation psychodynamique : l'empathie, un souci de maintenir avec l'enfant une relation chaleureuse et respectueuse, attentive à ses affects et à ses émotions, la dimension de plaisir dans le jeu. C'est dans le même état d'esprit que M.D. Amy [10] a montré la possibilité et le bénéfice d'associer pour un enfant en institution psychothérapie et utilisation partielle, fine, intelligente et souple des principes de l'ABA.

A notre connaissance (voir notre revue bibliographique), ces approches ont peu été utilisées mise à part par J. Constant déjà cité [90] qui évaluait les résultats de ses prises en charge, ni rigoureuses, ni exclusives, par les échelles de PEP et le CARS. Elles sont critiquées par G. Cullere-Crespin et par V. Shea dans deux articles de la revue *La Psychiatrie de l'Enfant* [101, 308], notamment pour des raisons éthiques.

ÉTHIQUE

Les déterminants de ces modes de prise en charge multidisciplinaires articulés et personnalisés « à la française » que nous avons recensés ont amené des questionnements éthiques notamment développés par A. Danion-Grillat à propos de l'annonce diagnostique et C. Bursztejn à propos du fonctionnement des CRA dans le même rapport sur l'éthique [104] au Congrès de Neurologie et de Psychiatrie de Langue Française en 2006. Ils ont été plus récemment repris par R. Misès, dans une communication à la Société psychanalytique de Paris, à paraître dans le Bulletin de cette Société [261] :

« L'attention de tous les intervenants s'est portée sur des paramètres qui représentent des valeurs éthiques fondamentales : le souci de la dignité de la personne, le respect du libre arbitre, l'accès à un consentement éclairé, d'où a découlé la priorité donnée à des mesures qui, en soutenant le soin psychique, cherchent à offrir un plein accès à l'autonomie – une autonomie qu'on envisage à la fois dans les rapports du sujet à lui-même et dans les interrelations qu'il noue avec d'autres personnes. [...] Les perspectives intégratives de la pédopsychiatrie française s'accordent bien avec le souci éthique d'offrir une information loyale et sincère qui permette d'aborder, sans parti pris, les questions que les consultants soulèvent sur l'origine des troubles, leur nature, leur évolution, les réponses à apporter. Mais dans ces rencontres, le clinicien s'est dégagé d'une procédure systématisée où des phases distinctes seraient consacrées successivement à l'évaluation, à l'information, à la recherche du consentement : l'écart entre les différents plans s'estompe, pour laisser place à un processus ouvert à l'expression de l'intersubjectivité. »

CONCLUSION

L'étude bibliographique que nous avons menée montre que depuis plus de quarante ans l'autisme et les TED ont suscité en France un intense travail d'élaboration autant dans

la réflexion théorique que dans les tentatives thérapeutiques. Dans l'ensemble, ces travaux s'accordent pour souligner l'importance d'une approche globale, plutôt que d'une juxtaposition d'interventions spécialisées sans cohérence entre elles.

Les pratiques de la pédopsychiatrie se sont diversifiées et les dispositifs institutionnels se sont pour la plupart de plus en plus ouverts, cherchant à favoriser le plus possible l'enfant dans la vie sociale, notamment dans le cadre de l'école.

Les publications que nous avons consultées ne permettent pas cependant de rendre compte précisément de l'application sur le terrain, dans les pratiques, des principes posés dans ces écrits. Elles ne permettent pas non plus de différencier de probables disparités locorégionales en fonction notamment des différences de moyens dont disposent les équipes. Ceci relève des études de terrain en cours.

On n'a pas encore non plus de données publiées sur les pratiques nouvelles d'évaluations diagnostiques et fonctionnelles développées dans le cadre des équipes cliniques associées aux CRA. Mais il paraît évident que des changements sont en cours dans ce domaine.

Les effets positifs des évolutions des modes de prise en charge des enfants atteints de troubles autistiques ne paraissent pas avoir été pleinement reconnus, peut-être parce que – à l'exception de quelques équipes qui ont particulièrement mobilisé leur énergie dans ce type de recherche – l'importance et les difficultés du travail clinique ont pris le pas sur le souci de l'évaluation et de la publication de ces effets dans les préoccupations des pédopsychiatres. On a rappelé aussi les difficultés méthodologiques des recherches et les questions éthiques qu'elles peuvent poser. Des travaux récents, publiés jusqu'ici surtout sous la forme de thèses et mémoires, témoignent cependant d'un mouvement dans ce sens.

Tous les travaux publiés soulignent enfin le caractère essentiel du partenariat avec les parents : de ce point de vue aussi, l'évolution semble se faire vers une plus grande ouverture des institutions à ce partenariat.

RÉFÉRENCES

- [1] Agman M., « Hôpital de jour pour enfants », in B. Golse, M. Soulé, *Le Traitement des psychoses infantiles*, Paris, Bayard, 1992.
- [2] Algranti-Filfier B., *Autisme, naissance, séparation, avec Thibaut sur le chemin : chronique d'un parcours psychanalytique avec un enfant de 4 ans*, Paris, L'Harmattan, 2000.
- [3] Allione C., *Espace psychique, transfert et démocratie en institution, à propos de l'expérience de solstices*, Vigneux, Éditions Matrice, 1995.
- [4] Allouch E., *Au seuil du figurable : autisme, psychose infantile et techniques du corps*, Paris, PUF, 1999.
- [5] Almeida V., Adrien J.-L., Coq J.-M., Lefebvre-Desnouettes A., Sarfaty J., « Études de l'imitation gestuelle immédiate, du jeu symbolique et de la compréhension du langage et de leur lien développemental dans l'autisme de l'enfant : à propos du suivi de 4 enfants », *ANAE*, 2007, n° 91, 49-59.
- [6] Amar M., « En quoi le travail de placement familial thérapeutique a-t-il modifié notre conception de la pédopsychiatrie ? », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1992, 40(3-4), 165-171.
- [7] Amy M. D., *Comment aider l'enfant autiste : approche psychothérapique et éducative*, Paris, Dunod, 2009.
- [8] Amy M. D., *Psychothérapie de l'enfant autiste*, Paris, Dunod, 2004.
- [9] Amy M. D., « Autisme et psychanalyse aujourd'hui : le site de la CIPPA (Coordination internationale entre psychothérapeutes psychanalystes s'occupant de personnes avec autisme) », *Perspectives psychiatriques*, 2007, 46(3), 293-294.
- [10] Amy M. D., « Une psychanalyste au pays de l'ABA », *Enfances et Psy*, 2010, 46, 82-93.
- [11] ANECAMSP – Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce, « Autismes : de l'évaluation à la prise en charge », *Contraste*, 2006, 25, 5-385.
- [12] Artuso D., *L'Aide au très jeune enfant autiste*, Mouans-Sartoux, AFD Éditions, 2005.
- [13] Assouline M., « Hommage aux équipes spécialisées en autisme qui accompagnent des jeunes aux handicaps variés : artistes atypiques ou "situations complexes" : l'adolescence et ses destins », *La Lettre du psychiatre*, 2008, 4(2), 63-66.
- [14] Assouline M., « De l'adolescence à l'âge adulte, diversité évolutive de l'autisme », *Sésame*, 1999, 130, 2-9.
- [15] Assouline M., « Adolescents et jeunes adultes autistes et psychotiques en hôpital de jour », *L'Information psychiatrique*, 1997, 1, 17-23.
- [16] Aussilloux C., « Diagnostic et soins psychiatriques pour les personnes avec troubles envahissants du développement », *Le Pélican* (CREAI du Languedoc-Roussillon), 2008, 197, 5-13.
- [17] Aussilloux C., Baghdadi A., Brun V. (dir.), *Autisme et communication*, Paris, Masson, 2004.
- [18] Aussilloux C., Baghdadi A., Bursztejn C., Lazartigues A., « Recherche sur les facteurs d'évolution de l'autisme », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2001, 49, 96-107.
- [19] Aussilloux C., Livoir-Petersen M.-F. (dir.), *L'Autisme cinquante ans après Kanner*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, 1994.
- [20] Aussilloux C., Piquet C., « Vers une évaluation multidimensionnelle des troubles en psychiatrie de l'enfant : illustration à partir d'une expérience de recherche sur l'autisme », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2001, 49(2), 91-95.
- [21] Aussilloux C., Roques H., « Devenir des enfants psychotiques à l'âge adulte », *Revue de neuropsychiatrie de l'Ouest*, 1991, 106, 27-33.
- [22] Baghdadi A., *Etude des facteurs de variabilité des troubles autistiques de l'enfant : vers une identification des facteurs pronostiques de l'autisme*, thèse de médecine, Montpellier, 2001.

- [23] Baghdadli A. (coord.), « Description de l'accueil en établissements et services des personnes avec des troubles envahissants du développement : enquête pilotée en Languedoc-Roussillon [en ligne], 2007, disponible sur : <http://www.autisme-ressources-lr.fr/Accueil-des-personnes-avec-TED>.
- [24] Baghdadli A., Brisot-Dubois J., Picot M. C., Michelon C., « Comparaison de l'effet de deux interventions prosociales sur l'évolution des capacités d'identification des expressions faciales et du raisonnement social d'enfants avec un syndrome d'Asperger ou d'autisme de haut niveau », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2010, 58, 456-462.
- [25] Baghdadli A., Darrou C., Coudurier C., Michelon C., Rayssé P., Ledessert B. et al., « Durée des prises en charges d'enfants autistes et qualité de vie de leurs parents », *Pratiques et organisation des soins*, 2008, 39(1), 53-60.
- [26] Baghdadli A., Gonnier V., Aussilloux C., « Revue des traitements pharmacologiques de l'autisme chez l'adolescent et l'adulte », *L'Encéphale*, 2002, 28, 248-254.
- [27] Baghdadli A., Noyer M., Aussilloux C., « Interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme », rapport au ministère de la Santé et des Solidarités, Paris, Direction générale de l'action sociale, 2007.
- [28] Baghdadli A., Pascal C., Grisi S., Aussilloux C., « Risk Factors for Self-Injurious Behaviours among 222 Young Children with Autistic Disorders », *Journal of Intellectual Disability Research*, 2003, 47(Pt 8), 622-627.
- [29] Baghdadli A., Picot M. C., Michelon C., Bodet J., Pernon E., Bursztejn C. et al., « What Happens to Children with PDD when they Grow up? Prospective Follow-up of 219 Children from Preschool Age to Mid-Childhood », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2007, 115(5), 403-412.
- [30] Baghdadli A., Rattaz C., Ledesert B., Bursztejn C., « Étude descriptive des modalités d'accompagnement sanitaire, médicosocial et scolaire des personnes avec troubles envahissants du développement (TED) et de la satisfaction des familles : aspects méthodologiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2010, 58(8), 469-477.
- [31] Baillet A., « Dossier : Prise en charge de l'autisme infantile. Accompagner l'autisme », *Soins Psychiatrie*, 2006, 245, 15-42.
- [32] Barre A., Denni-Krichel N., « Intérêt et limite de l'utilisation de l'ordinateur avec des enfants autistes », *Rééducation orthophonique*, 2001, 39, 95-99.
- [33] Barrows P., « Troubles autistiques, traumatisme et agressivité, leur élaboration à travers une thérapie ludique », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2005, 53(7), 365-377.
- [34] Barthélemy C., Bonnet-Brilhault F., Blanc R., Roux S., « Les troubles envahissants du développement », in A. Berthoz, C. Andres, C. Barthélemy, J. Massion, B. Rogé (éds.), *Autisme : de la recherche à la pratique*, Paris, Odile Jacob, 2005.
- [35] Barthélemy C., Bonnet-Brilhault F., Bourreau Y., Blanc R., Roux S., « L'évaluation clinique des troubles autistiques », in B. Rogé, C. Barthélemy, Magerotte G. (dir.), *Améliorer la qualité de vie des personnes autistes*, Paris, Dunod, 2008, p. 23-28.
- [36] Barthélemy C., Hameury L., Lelord G., « L'autisme de l'enfant : la thérapie d'échange et de développement », Paris, Expansion scientifique française, 1995.
- [37] Bassereau S., Adrien J.-L., Mahé C., Gabard A., « TED et l'école du service », in C. Barthélemy, L. Hameury, G. Lelord, *L'autisme de l'enfant : la thérapie d'échange et de développement*, Paris, Expansion scientifique française, 1995, p. 306-308.
- [38] Bataille M., Dansart P., Blanc R., Mahe C., Malvy J., Barthélemy C., « Autisme : la thérapie d'échange et de développement », in C. Tardif (éd.), *Autisme et pratiques d'interventions*, Marseille, Solal, 2010, p. 59-84.
- [39] Belle-Croix M., « Les ateliers musicaux », in Soulé M., Golse B., *Les Traitements des psychoses de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Bayard, 1992.
- [40] Bercier B. C., Vivaldi J., Benony H., « Dysharmonie psychotique et psychothérapie à propos du cas d'un enfant atteint du syndrome de Williams-Beuren », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2003, 51(8), 439-449.
- [41] Bernard-Jaumont K., « Être créatif dans la prise en charge de l'enfant autiste », *Ortho Magazine*, 2010, n° 88, 17-20.

- [42] Bernes-Simon M., « Quelques réflexions sur la fonction soignante à l'hôpital de jour », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1992, 40, 415-420.
- [43] Bertinetto Beddock P., *Syndrome autistique du jeune enfant : signes précoces et prise en charge à temps partiel*, thèse de médecine, Paris-VII, 2000.
- [44] Botbol M., « Maternelle intégrée et intégration aux soins », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1995, 43(7-8), 313-319.
- [45] Botbol M., Tordjman S., « Brèves réflexions sur la communication facilitée », in R. Misès, P. Grand, *Parents et professionnels devant l'autisme*, Paris, CTNERHI, 1997, p. 331-334.
- [46] Boutineaud J., « Les troubles de l'image du corps chez les enfants atteints de psychose et d'autisme infantile », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2007, 55(2), 102-106.
- [47] Boutineaud J., *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, Paris, In Press, 2009.
- [48] Bouvet C., « Les prises en charge de l'autisme, pratiques et recherches en France », *Pratiques en santé mentale*, 2009, 55(3), 1-51.
- [49] Bresson J.-L., Minez S., Cassou de Saint Mathurin R., « Efficacité et innocuité des régimes sans gluten et sans caséine proposés à des enfants présentant des TED », *Bulletin scientifique de l'Arapi*, 2010, 25, 32-34.
- [50] Brousse P., Denni-Krichel N., « Le système PECS, un système alternatif au langage », *Rééducation orthophonique*, 2001, 39, 83-94.
- [51] Brun A., « Questions éthiques et autisme en pratiques institutionnelles », in Régine Scelles (dir.), *Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques*, Ramonville-Saint-Agne, Éres, 2008, p. 137-150.
- [52] Brun A., « Les médiations thérapeutiques, perspectives générales et/ou groupales sur la médiation », *Carnet Psy*, 2010, 41, 24-27 et 42, 23-26.
- [53] Brun A., *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, Paris, Dunod, 2007.
- [54] Bruner J., *L'Éducation, entrée dans la culture*, Paris, Retz, 1997.
- [55] Buferne R., Ferrari P., « Réflexions sur la scolarisation proposée aux jeunes enfants psychotiques pris en charge en hôpital de jour », *L'Information psychiatrique*, 1993, 69(8), 703-708.
- [56] Burnand S., Manzano J., Palacio-Espasa F., « L'action thérapeutique des centres de jour », in J. Manzano, F. Palacio-Espasa, *Soigner l'enfant : les thérapies en psychiatrie infantile et en psychopédagogie*, Lyon, Césura, 1989.
- [57] Bursztejn C., « Les centres de ressources pour l'autisme : place dans le dispositif de soins », in A. Danion-Grilliat, *Le Diagnostic en psychiatrie : questions éthiques*, Paris, Masson, 2006, p. 81-86.
- [58] Bursztejn C., Gerber R., « Quelle école pour les enfants autistes ? », *Enfance et Psy*, 2001, 16, 60-70.
- [59] Busato D., Malpesa G., « Pluridisciplinarité autour de l'enfant autiste », *Soins. Pédiatrie-Puériculture*, 2005, 225, 27-32.
- [60] CNSA-Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, « MDPH/Centres de ressources autisme : construire des pratiques communes pour mieux accompagner les TED : actes de la première rencontre nationale, 8 décembre 2009 » [en ligne], c2010, disponible sur : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/actes_journee_mdph_autisme-3.pdf
- [61] Carbonnel-Chabas C., Gepner B., « Le devenir à l'adolescence d'enfants atteints de troubles envahissants du développement : l'exemple de l'hôpital de jour d'Aix-en-Provence », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2009, 57(2), 118-127.
- [62] Cahn R., « Les structures intermédiaires, panorama et bilan », *La Psychiatrie de l'enfant*, 1983, 26, 257-298.
- [63] Caillot J.-P., Chéné A., « Approche thérapeutique familiale des enfants psychotiques et autistes », *Handicaps et inadaptations – Les cahiers du CTNERHI*, 1995, 67-68, 119-128.
- [64] Calicis B., Fiorito Y., Schonne I., « Le travail pluridisciplinaire autour d'un enfant autiste à l'hôpital de jour », *Revue des hôpitaux de jour psychiatriques et des thérapies institutionnelles*, 2003, 7, 36-42.
- [65] Calligaro S., *Être et rester soignant face à l'autisme. Travail de fin d'études infirmier*, IFSI Haguenau, 2005.
- [66] Carel A., Medjahed M., « Le traitement à domicile, une forme de thérapie familiale », *Groupal*, 2000, 6, 133-144.

- [67] Carel A., Maqueda J., Grisi S., « Être ensemble et séparés au jardin d'enfants thérapeutique en groupes conjoints », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2001, 49(3), 186-199.
- [68] Casalegno-Bellaguet A.-M., « Accompagnement lors des passages difficiles "dits situations de crise" : pour la création d'accueils thérapeutiques », *Sésame*, 2006, 159, 6-11.
- [69] Caucau D., Brunod R., *Les Aspects sensoriels et moteurs de l'autisme*, Mouans-Sartoux, AFD Éditions, 2010.
- [70] Caucau D., Travers S., « Autisme et psychomotricité : l'exemple de l'institut "Notre-École" », *Évolutions psychomotrices*, 2000, 49, 134-148.
- [71] Cervoni A., « Enseigner dans une institution thérapeutique », in R. Misès, P. Grand, *Parents et professionnels devant l'autisme*, Paris, CTNERHI, 1997, p. 255-260.
- [72] Cervoni A., Charbit C., *L'Enfant psychotique et l'école*, Paris, Bayard, 1993.
- [73] Cervoni A., Charbit C., « Adolescents psychotiques en situation d'apprentissage », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1993, 41(1-2), 69-75.
- [74] Chabane N., Leboyer M., Mouren-Simeoni M.-C., « Opiate Antagonists in Children and Adolescents », *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 9, 144-150.
- [75] Chabanne J.-L. (1997), « L'école dans l'hôpital de jour pour autistes et psychotiques », in R. Misès, P. Grand, *Parents et professionnels devant l'autisme*, Paris, CTNERHI, 1997, p. 241-254.
- [76] Chabrol H., Bonnet D., Roge B., « Psychopharmacologie de l'autisme », *L'Encéphale*, 1996, 22, 197-203.
- [77] Chamak B., « L'autisme dans un service de pédopsychiatrie, les relations parents-professionnels », *Ethnologie française*, 2009, 39(3), 425-433.
- [78] Chamak B., « Les associations de parents d'enfants autistes : nouvelles orientations », *Médecine/Sciences*, 2008, 24, 768-770.
- [79] Chamak B., Cohen D., « Transformations des représentations de l'autisme et de sa prise en charge », *Perspectives psychiatriques*, 2007, 46(3), 218-227.
- [80] Chapelle A., « Apports et limites de l'utilisation du PECS avec de jeunes autistes », *Sésame*, 2005, n° 155, 11-20.
- [81] Chapuis Y., Redon M.-N., Didier P., Rivière J., Bousignac L., « Étude thérapeutique, une expérience de dix ans à Villeurbanne », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1995, 43(7-8), 335-343.
- [82] Charon J., *Extension d'un SESSAD en IME pour jeunes autistes : opportunité pour refonder le projet d'établissement*, mémoire CAFDES – Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale, École nationale de la santé publique (ENSP), Rennes, 2007.
- [83] Chaudruc R., Lenoir P., Marcelli D., « Création d'une CLIS pour autistes », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2004, 52(2), 85-90.
- [84] Chauvry P., *Prise en charge des personnes autistes par le secteur psychiatrique en Auvergne*, thèse de médecine, Clermont-Ferrand, 2002.
- [85] Claudon P., Dall'Asta A., Lighezzolo-Alnot J., « Étude chez l'enfant autiste d'un des fondements corporels de l'intersubjectivité : le corps propre comme partage émotionnel », *La Psychiatrie de l'enfant*, 2008, 51(1), 125-152.
- [86] Coadalen S., Blanc R., Adrien J.-L., Roux S., Bonnet-Brilhault R., Barthélémy C., « Evolution des capacités d'attention conjointe, de jeu symbolique et d'expression émotionnelle chez des enfants avec TED bénéficiant de thérapie d'échange et de développement », *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 2007, 12(3), 3-13.
- [87] Collet D., *Le Développement d'un autiste au sein d'un groupe d'éducation thérapeutique structurée*, mémoire du psychopathologie de l'enfant, Nancy, 2007.
- [88] Constant J., « Éléments de réponse aux questions des parents sur les difficultés de la vie quotidienne », in R. Misès, P. Grand, *Parents et professionnels devant l'autisme*, Paris, CTNERHI, 1997, p. 147-160.
- [89] Constant J. (1997), « La méthode TEACCH dans un hôpital de jour public. À propos d'une expérience concrète », in R. Misès, P. Grand, *Parents et professionnels devant l'autisme*, Paris, CTNERHI, 1997, p. 209-229.

- [90] Constant J., « Un exemple d'évolution des pratiques : le programme CHARTRES du Teacch en hôpital de jour », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2000, 48(6), 402-406.
- [91] Constant J., Durand B., « Personnes autistes et professionnels de terrain », *Pratiques en santé mentale*, 2009, 55(3), 5-10.
- [92] Coq J.-M., « Introduction d'un tiers dans l'approche psychothérapeutique d'un enfant autiste », *Information psychiatrique*, 2002, 78(8), 781-787.
- [93] Coq J.-M., Vidal J.-M., « Un essai d'évaluation de prises en charge relationnelles d'enfants autistes », *Psychiatrie française*, 2001, 2, 119-129.
- [94] Coudreau C., Robert C., Marquet C., Biasse A., « Le jeu en vaut la chandelle », in P. Delion, *L'Autisme et la psychose à travers les âges de la vie*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, 2000, p. 197-206.
- [95] Courtois-du-Passage N., Galloux A.-S., « Bilan orthophonique de l'enfant atteint d'autisme : aspects formels et pragmatiques du langage », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2004, 52(7), 471-477.
- [96] Crespin G., « Deux ans de thérapie analytique d'un enfant autiste : discussion de l'approche et des résultats », in *Actualités du soin : approches cognitivo-comportementales et analytiques. Cahiers de Préaut*, n° 4, Paris, L'Harmattan, 2007, p. 55-90.
- [97] Cullere-Crespin G., *Autismes : états des lieux du soin. Cahiers de Préaut*, n° 3, Paris, L'Harmattan, 2006.
- [98] Cullere-Crespin G., *Évaluation des traitements des TED : présentation de différentes méthodes, critiques, débats. Cahiers de Préaut*, n° 6, Paris, L'Harmattan, 2009.
- [99] Cullere-Crespin G., *Actualités du soin : approches cognitivo-comportementales et analytiques. Cahiers de Préaut*, n° 4, Paris, L'Harmattan, 2007.
- [100] Cullere-Crespin G., « Quelques remarques à propos de la revue commentée des articles consacrés à la méthode ABA par Victoria Shea », *Psychiatrie de l'enfant*, 2009, 52(1), 265-271.
- [101] Cullere-Crespin G., Contejean Y., Kaye K., Van der Horst L., Pagès C., « Évaluations d'un syndrome autistique traité : une approche pluridisciplinaire », in G. Crespin (dir.), *Évaluations diagnostiques, évaluation des traitements de l'autisme. Cahier de Préaut*, n° 5, Paris, L'Harmattan, 2008, p. 23-62.
- [102] Cuny F., « Groupes de communication et d'habiletés sociales pour jeunes enfants autistes : "un manuel d'orientation pour extraterrestres" », *Ortho Magazine*, 2010, 88, 20-23.
- [103] Cuny F., Marais B., « Témoignage sur l'évaluation et sur la prise en charge précoce d'un enfant autiste », *Rééducation orthophonique*, 2001, 32(2), 119-29.
- [104] Danion-Grilliat A., Pascal-Fenninger V., Vroust-Gradel I., Cohen D., « Questionnements éthiques autour de l'annonce du diagnostic d'autisme en France », in A. Danion-Grilliat, *Le Diagnostic en psychiatrie : questions éthiques*, Paris, Masson, 2006, p. 65-80.
- [105] Darrou C., Pry R., Pernon E., Michelon C., Aussilloux C., Baghdadli A., « Outcome of Young Children with Autism: Does the Amount of Intervention Influence Developmental Trajectories? », *Autism*, 2010, 14(6), 663-677.
- [106] Dazord A., « Comment évaluer les psychothérapies », *Journal de psychologie*, 1994, 114, 21-27.
- [107] Deligny F., *Œuvres*, Paris, Éd. L'Arachnéen, 2007.
- [108] Delion P., *Le Packing avec les enfants autistes et psychotiques*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, 1998.
- [109] Delion P., « Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle », Ramonville-Saint-Agne, Érès, 1998.
- [110] Delion P., « La psychiatrie de secteur au service des enfants autistes », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2001, 49(3), 226-331.
- [111] Delion P., *L'Autisme et la psychose à travers les âges de la vie : l'enfant, l'adolescent, l'adulte*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, 2000.
- [112] Delion P. (dir.), *Corps, psychose, institution*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, 2002.
- [113] Delion P., « Dépistage et prise en charge précoce des troubles autistiques de la petite enfance », *Évolution psychiatrique*, 2004, 69(4), 641-650.

- [114] Delion P., *Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2009.
- [115] Delion P., Golse B. (dir.), *Autisme : état des lieux et horizons*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2006.
- [116] De Lubersac R., « La thérapie avec le cheval », in M. Soulé, B. Golse, *Les Traitements des psychoses de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Bayard, 1992.
- [117] Denni-Kirchel N., « La place de l'orthophonie dans la prise en charge multidisciplinaire », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2004, 52(7), 471-477.
- [118] Denni-Kirchel N., « Le partenariat parents-orthophonistes », *Enfance et Psy*, 2003, 21(1), 51-57.
- [119] Desombre H., Malvy J., Revol O., Fournerey P., de Villard R., Sauvage D., « Autisme et retard mental : étude clinique comparative chez le très jeune enfant à l'aide de l'échelle d'évaluation des comportements autistiques-nourrisson (ECA-N) », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1997, 45(11-12), 755-757.
- [120] Despland J.-N., « L'évaluation des psychothérapies », *L'Encéphale*, 2006, 32, 1037-1046.
- [121] Dessaux C., « Éclectisme et autisme infantile : pour un étayage polythéorique des soins », *Synapse*, 2001, 172, 37-44.
- [122] Diatkine R., Avram C. et al., *Pourquoi on m'a né ? Un traitement contre les méfaits du destin*, Paris, Calmann Lévy, 1995.
- [123] Dionisi J.-P., « Le programme TEACCH à l'IME "Notre-École" à Paris » [en ligne], disponible sur : <http://www.afg-web.fr/TEACCH-a-Notre-Ecole-Paris.html>
- [124] Dole G., *L'Impact de l'organisation institutionnelle sur les progrès de l'offre de prise en charge des personnes autistes adultes en France*, mémoire inspecteur de l'Action sanitaire et sociale, Ecole des hautes études en santé publique, Rennes, 2009.
- [125] Du Pasquier Y., Doyon-Puzelat E., « Balnéothérapie, hydrothérapie, pataugeoire », in M. Soulé, B. Golse, *Les Traitements des psychoses de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Bayard, 1992.
- [126] Dubois B., *Autisme et autres troubles envahissants du développement : les stratégies actuelles de prise en charge*, thèse de médecine, Aix-Marseille, 2008.
- [127] Dufour-Cochelin V., « Le traitement d'une position autistique par la méthode des enveloppements humides », *La Psychiatrie de l'enfant*, 2001, 44(2), 531-556.
- [128] Dumy M., « Approches thérapeutiques des troubles narcissiques graves dans le cadre d'une dysharmonie », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2006, 54(6-7), 360-363.
- [129] Durey B., *Autisme et humanité*, Saint-Maximin, Théétète, 1995.
- [130] Edelson V., *Psychothérapie institutionnelle, sciences cognitives : la perception pacifique*, Mémoire du autisme et troubles apparentés, Strasbourg, 2000.
- [131] Epelbaum C., Misès R., Ferrari P., « Scolarisation et prise en charge à temps partiel : l'équipe de pédopsychiatrie et les nouvelles demandes (l'hôpital, l'école, le secteur social) », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1992, 40, 228-232.
- [132] Etylopsy S., *Prise en charge d'un enfant autiste : le cas de Pierre*, Mémoire des psychopathologie de l'enfant, Nancy, 2007.
- [133] Falissard B., « L'évaluation des psychothérapies », *L'Encéphale*, 2006, 32, 1047-1048.
- [134] Ferrant A., « Quel avenir pour l'hôpital de jour ? Cadre institué et théorie du soin », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1995, 43(7-8), 320-327.
- [135] Ferrari P., Botbol M., « Rapport du réseau de recherche INSERM 49.20.06. Étude comparative de l'évolution de l'autisme et des psychoses infantiles précoces dans leurs diverses composantes symptomatologiques, cognitives, langagières, relationnelles, psychoaffectives, biologiques » [en ligne], disponible sur : <http://psychoc-fr.broca.inserm.fr/Recherche/Rech/autismplan.html>
- [136] Ferrari P., Bouvet M., Crochette A., Royaux J., « L'intégration scolaire des jeunes enfants psychotiques en hôpital de jour », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1987, 35(7), 297-302.

- [137] Ferrari P., Bouvet M., Crochette A., « Intérêts et spécificité de l'hôpital de jour pour les enfants psychotiques », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1988, 36(8-9), 313-316.
- [138] Ferrari P., Hochmann J., *Imitation et identification chez l'enfant autiste*, Paris, Bayard, INSERM-CTNERHI, 1992.
- [139] Ferreti A., « Exploration méthodologique et mise en perspective de l'évaluation de la psychothérapie psychanalytique de l'enfant autiste », thèse de médecine, Caen, 2006.
- [140] Fombonne E., Talan I., Bouchard F., Lucas G., « A Follow-up Study of Childhood Psychosis », *Acta Paedopsychiatrica*, 1989, 52, 12-25.
- [141] Gaetner R., *De l'imitation à la création : les activités artistiques dans le traitement des psychoses et de l'autisme*, Paris, PUF, 2000.
- [142] Gaetner R., *Un hôpital de jour pour les enfants autistes et psychotiques*, Paris, Bayard, 2000.
- [143] Gattegno M.-P., « La prise en charge des personnes avec autisme et troubles envahissants du développement : l'intervention adaptée et individualisée », *ANAE*, 2008, 100, 305-308.
- [144] Geissmann P., Geissmann C., Amar M., Imbert D., « Suppression de l'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1981, 29(8-9), 421-430.
- [145] Georgieff N., « L'empathie aujourd'hui, au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse », *La Psychiatrie de l'enfant*, 2008, 51(2), 357-394.
- [146] Gibert E., « La dimension thérapeutique d'un groupe de jeu », in R. Misès, M.-J. Bailly-Salin, S. Breon, F. Feder, J.-L. Fortabat, E. Gilbert, *La Cure en institution*, Paris, Expansion scientifique française, 1980.
- [147] Gillet F., *Promouvoir les conditions d'éducabilité et de bientraitance face aux troubles envahissants du développement en IME*, mémoire CAFDES – Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale, Rennes, École nationale de la santé publique (ENSP), 2007.
- [148] Gillis A., *Peinture d'origine : rencontres esthétiques avec des enfants présentant des troubles de la communication*, Paris, Adam Biro, 1994.
- [149] Goeb J.-L., Mouren M.-C., « Place des traitements psychotropes dans l'autisme de l'enfant et de l'adolescent », *Annales médicopsychologiques*, 2005, 163(9), 791-801.
- [150] Goeb J.-L., Ravary M., Lallié G., Kechid G., Jardi R., Bonelli F. et al., « Les enveloppements humides initialement froids (*packings*) sont efficaces dans les troubles graves du comportement chez les enfants et adolescents autistes », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2009, 57(6), 529-34.
- [151] Golse B., Eliez S., « A propos de l'autisme et des troubles envahissants du développement : du processus autistique à l'autisme de scanner », *La Psychiatrie de l'enfant*, 2007, 50(1), 29-60.
- [152] Golse B., Haag G., Bullinger A., « Autisme, psychanalyse et cognition : trois exemples de convergence », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2000, 48(6), 427-431.
- [153] Graber J.-L., *L'Enfant, la parole et le soin : la clinique mise à l'épreuve*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, 2004.
- [154] Gravil O., *Évaluation et diagnostic de l'autisme : réflexion à partir de l'activité du Centre d'évaluation et de diagnostic de l'autisme de Villeurbanne : étude descriptive et rétrospective d'un échantillon de 111 dossiers d'enfants primoévalués*, thèse de médecine, Lyon, 2001.
- [155] Greenspan S., Greenspan T., *The Learning Tree: Overcoming Learning Disabilities from the Ground up*, Cambridge, Da Capo Press, 2010.
- [156] Grémy F., Tomkiewicz S., Ferrari P., Lelord G. et al., *Autisme infantile : colloque international INSERM-CNRS à l'initiative de l'Arapi*, Paris, INSERM, 1987.
- [157] Grenier E., Roge B., « L'intervention des psychomotriciens auprès des personnes avec l'autisme : réflexions et pistes de travail », *ANAE – Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, 2009, 104-105, 471-479.
- [158] Grison M., *Peut-on parler de « circothérapie » ? Réflexions et développement théorique autour d'un atelier cirque à Arc-en-cirque, avec des enfants suivis par une équipe de pédopsychiatrie du CHS de Bassens*, thèse de médecine, Grenoble-I, 2009.

- [159] Gunzburg H., *Progress Assessment: Chart of Social Development*, Birmingham, Sefa, 1969.
- [160] Guyader M. (coord.), « Cheminer avec les autistes », *Vie sociale et traitement*, 2009(102), 7-23.
- [161] Haag G., « Psychothérapie d'un enfant autiste », *Lieux de l'enfance*, 1985, 3, 65-78.
- [162] Haag G., « La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1985, 33(2), 107-114.
- [163] Haag G., « La pratique psychanalytique avec les enfants autistes : aménagements techniques, processus possibles, développements métapsychologiques », in J. Cornut, J. Schaeffer (dir.), *Pratiques de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2000, p. 75-85.
- [164] Haag G., « Communication préverbale dans le développement précoce et émergence des états autistiques. Ressemblances et différences », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2005, 53(7), 349-353.
- [165] Haag G., « Comment les psychanalystes peuvent aider les patients avec autisme et leurs familles », *Médecine et Enfance*, 2005, 25(5), 272-277.
- [166] Haag G., Tordjman S., Duprat A., Cukierman A., Druon C., Jardin F. et al., « Présentation d'une grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité », *Psychiatrie de l'enfant*, 1995, 38(2), 495-527.
- [167] Haag G., Bessé J., Bloch S., Castex E., Gauvrit I., « Évolution au long cours d'un enfant autiste : travail d'une équipe de la maternelle au lycée », *Contraste - Revue de l'Anecamp*, 2006, 25, 231-279.
- [168] Haag G., Castex E., « Évolution d'un enfant autiste au cours de neuf ans de psychothérapie analytique », *Handicaps et inadaptations-Les cahiers du CTNERHI*, 1996, 69-70, 127-140.
- [169] Hamdane N., Lemant C., « Les parents au cœur d'un dispositif de soins précoces dans les pathologies autistiques », colloque AREF *Évolution des pratiques de soins dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dans la prise en charge de l'enfant autiste et de sa famille*, Paris, 12-13/11/2010, Actes à paraître.
- [170] Hameury L., Mollet M., Massé S., Lenoir P., Barthélémy C., « Scolariser l'enfant autiste : objectifs et modalités », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2006, 54(6-7), 375-378.
- [171] Haut Conseil de la santé publique (commission Sécurité des patients), « Risques associés à la pratique du *packing* pour les patients mineurs atteints de troubles envahissants du développement » [en ligne], rapport de synthèse d'experts, février 2010, disponible sur : <http://www.hcsp.fr>
- [172] Hochmann J., « L'hospitalisation à domicile des enfants psychotiques », *L'Information psychiatrique*, 1973, 49(8), 743-749.
- [173] Hochmann J., « L'institution mentale : du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques désinstitutionnalisés », *Information psychiatrique*, 1982, 58(8), 987-991.
- [174] Hochmann J., « Un aspect de la collaboration enseignants-psychiatres : à propos de l'intégration des enfants psychotiques dans les classes de perfectionnement », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1985, 33, 375-377.
- [175] Hochmann J., *Pour soigner l'enfant psychotique, des contes à rêver debout*, Paris, Odile Jacob, 1997.
- [176] Hochmann J., « La pédagogie avec les enfants autistes », *Les Cahiers de Beaumont*, 1991, 54, 5-17.
- [177] Hochmann J., « L'hôpital de jour dépassé ? », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1995, 43(7-8), 293-297.
- [178] Hochmann J., « La place de la psychothérapie dans la prise en charge des enfants autistes », *Handicap et inadaptations- Les cahiers du CTNERHI*, 1996, 69-70, 3-16.
- [179] Hochmann J., « De quelques malentendus dans le partenariat avec les parents chez le très jeune enfant », in R. Misès, P. Grand, *Parents et professionnels devant l'autisme*, Paris, CTNERHI, 1997, p. 339-344.
- [180] Hochmann J., « Au risque de la psychiatrie communautaire, une expérience de suivi au long cours d'enfants puis d'adolescents autistes », *Sésame*, 2004, 132, 4-8.

- [181] Hochmann J., « Théorie de l'esprit et mise en récit dans la clinique de l'autisme infantile : vers une approche intégrée », *Confrontations psychiatriques*, 2006, 46, 31-44.
- [182] Hochmann J., « Soigner, éduquer, instituer, raconter », *Revue française de psychanalyse*, 2006, 70(4), 1045-1063.
- [183] Hochmann J., *Histoire de l'autisme*, Paris, Odile Jacob, 2009.
- [184] Hochmann J., « L'intégration scolaire des enfants souffrant de TED », in B. Cramer, S. Eliez, B. Stolca, *Des psychanalystes en pédopsychiatrie*, Paris, PUF, 2010.
- [185] Hochmann J., « Soins institutionnels aux enfants souffrant de troubles graves et précoces du développement (autisme et psychoses de l'enfance) », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, mise au point 2010, tome Psychiatrie, 37210A10.
- [186] Hochmann J., André A., Chalvet O., Epstein R., Besson C., Redon M. N. et al., « Une expérience de soins ambulatoires intensifs auprès d'enfants autistes et psychotiques », in F. Grémy, S. Tomkiewicz, P. Ferrari, G. Lelord et al., *Autisme infantile : colloque international INSERM-CNRS à l'initiative de l'Arapi*, Paris, INSERM, 1987.
- [187] Hochmann J., André A., Redon M. N., Tisserand A., Michel E., « Alain foutu... à propos de la prise en charge d'un enfant psychotique dans son cadre familial », *Information psychiatrique*, 1971, 47(10), 883-894.
- [188] Hochmann J., André A., Redon M. N., Riviere J., « Réflexions sur l'intégration scolaire des enfants présentant des troubles de la personnalité », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1985, 35(7), 291-296.
- [189] Hochmann J., André A., Riviere J., Redon M. N., « Réflexions sur l'intégration scolaire des enfants présentant des troubles de la personnalité », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1987, 35(7), 291-296.
- [190] Hochmann J., Lemay M., « Débat », *Prisme*, 1994, 4(4), 346-373.
- [191] Hochmann J., Machabert R., André A., Cleyet-Marrel F., Redon M. N., « Une expérience de groupe thérapeutique avec des enfants autistes possédant le langage : contribution à une étude du développement de la représentation interpersonnelle de soi », *La Psychiatrie de l'enfant*, 2000, 43(1), 127-173.
- [192] Hochmann J., Misès R., « Les approches multidimensionnelles chez l'enfant, institutions spécialisées et actions en réseau », in R. Misès, P. Grand, *Parents et professionnels devant l'autisme*, Paris, CTNERHI, 1997, p. 345-366.
- [193] Hochmann J., Redon M. N., Boccard H., « L'enfant psychotique, l'équipe psychiatrique et l'école », *Confrontations psychiatriques*, 1983, 23, 209-234.
- [194] Horassius M., Horassius N., Halimi Y., Barré P., « De l'indication d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie infantile », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1981, 29(8-9), 385-407.
- [195] Houzel D., *La Transmission psychique : parents et enfants*, Paris, Odile Jacob, 2010.
- [196] Houzel D., « Le monde tourbillonnaire de l'autisme », *Lieux de l'enfance*, 1985, 3, 169-183.
- [197] Houzel D., « Traitement à domicile des enfants autistes : une application de la méthode d'Esther Bick », in R. Sandri, *L'Observation du bébé selon la méthode d'Esther Bick et ses applications*, Lyon, Césura, 1994, p. 157-183.
- [198] Houzel D., « Approches psychothérapeutiques de l'autisme infantile », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2000, 48(6), 416-426.
- [199] Houzel D., « La psychothérapie psychanalytique d'un enfant autiste », in R. Misès, P. Grand, *Parents et professionnels devant l'autisme*, Paris, CTNERHI, 1997, p. 179-190.
- [200] INSERM, « Psychothérapie : trois approches évaluées » [en ligne], rapport expertise collective, Paris, INSERM, 2004, disponible sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>
- [201] Inizan D., « Une expérience de psychologue impliqué dans un dispositif de prise en charge institutionnelle d'adolescents présentant des troubles autistiques », *Sésame*, 2008, 166, 7-10.
- [202] Jardin F., Rebillaud B., « Une unité de soins spécialisés à domicile pour jeunes enfants », *La Psychiatrie de l'enfant*, 2004, 47(1), 27-58.

- [203] Joly F., « L'angoisse dans l'autisme et les états postautistiques : une étude psychopathologique et psychanalytique », Lille, Presses universitaires du Septentrion, 1999.
- [204] Joly F., « Le sens de thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2007, 55(2), 73-86.
- [205] Joubert M., *L'Enfant autiste et le psychanalyste : essai sur le contre-transfert dans le traitement des enfants autistes*, Paris, PUF, 2009.
- [206] Juvin-Acker S., *Articulations entre les approches thérapeutiques et les approches éducatives dans l'accompagnement des enfants autistes*, thèse de médecine, Caen, 2006.
- [207] Kabuth B., De Tychev C., Vidailhet C., « Alliance thérapeutique avec les mères et évolution clinique des enfants d'un hôpital de jour », *Annales médico-psychologiques*, 2005, 163, 486-492.
- [208] Kestemberg E., Jeammet P., *Le Psychodrame analytique*, Paris, PUF, 1987.
- [209] Klein M., « L'importance de la formation du symbole dans le développement du Moi », in Melanie Klein, *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1968.
- [210] Kloeckner A., Jutard C., Bullinger A., Nicoulaud L., Tordjman S., Cohen D., « Intérêt de l'abord sensori-moteur dans les pathologies autistiques sévères : introduction aux travaux d'André Bullinger », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2009, 57(2), 154-159.
- [211] Krauss S., *L'Enfant autiste et le modelage : de l'empreinte corporelle à l'empreinte psychique*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2007.
- [212] Labarthe B., *Refonder l'offre de service d'un IME pour répondre aux besoins spécifiques de personnes atteintes d'autisme*, Mémoire : CAFDES – Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale – Option – Enfance : ENSP – École nationale en santé publique, 2006.
- [213] Lafay H., *L'Intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés. Rapport aux Ministres de la Santé et de l'Éducation nationale*, Paris, La Documentation française, 1986.
- [214] Lafforgue P., *Petit Poucet deviendra grand : le travail du conte*, Bordeaux, Mollat, 1995.
- [215] Lafont J., *Les Dessins des enfants qui commencent à parler : réflexions sur l'autisme et l'écriture*, Paris, Efedition, 2001.
- [216] Latour A.-M., *La Pataugeoire : contenir, transformer les processus autistiques*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2007.
- [217] Latour A.-M., « Processus autistique et psychomotricité : apprendre de l'expérience », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2008, 56(1), 39-43.
- [218] Lavau B., *Je vais passer une bonne journée cette nuit : chronique d'une institution pour adolescents autistes*, Paris, Le Seuil, 2009.
- [219] Laznik M.-C., *Vers la parole : trois enfants en psychanalyse*, Paris, Denoël, 2003.
- [220] Leaf R., Mac Eachin J., *Autisme et ABA : une pédagogie de progrès*, Paris, Pearson Education, 2006.
- [221] Lebovici S., « La place de l'externat en psychiatrie infantile », *Sauvegarde de l'enfance*, 1958, 7-8, 565-588.
- [222] Lebovici S., « L'autisme et les psychoses de l'enfant : à propos de leur traitement », in P.-J. Parquet, C. Bursztejn, B. Golse, *Soigner, éduquer l'enfant autiste ?*, Paris, Masson, 1990, p. 5-18.
- [223] Lechevalier B., Golse B., *Traitement psychanalytique mère-enfant : une approche au long cours des psychoses de l'enfant*, Paris, In Press ; 2004.
- [224] Lefort R., Lefort R., *La Distinction de l'autisme*, Paris, Le Seuil, 2003.
- [225] Lelord G., Muh J., Barthélémy C., Martineau J., Gallaway E., « Effects of Pyridoxine and Magnesium on Autistic Symptoms: Initial Observations », *Journal of Autism and Developmental Disabilities*, 1981, 11(2), 219-230.
- [226] Lemay M., « Vers une approche intégrative de l'autisme », in B. Rogé, C. Barthélémy, G. Magerotte (dir.), *Améliorer la qualité de vie des personnes autistes*, Paris, Dunod, 2008, p. 171-187.
- [227] Lemay M., « Les approches thérapeutiques auprès de l'enfant autiste », *Sésame*, 2010, 175, 2-7.

- [228] Lenfant A. Y., Leroy C., Bonelli F., Goeb J. L., « Articulation du soin et du pédagogique en hôpital de jour : le psy et l'instit parlent-ils du même enfant ? », *Perspectives psychiatriques*, 2007, 46, 267-273.
- [229] Lenoble E., Marmurstein R., Durand B., « Cadre scolaire et cadre thérapeutique. Articulation soins et pédagogie dans une classe dite intégrée », *L'Information psychiatrique*, 1993, 69(8), 721-727.
- [230] Leslie A., « Pretense and Representation: the Origin of the Theory of Mind », *Psychological Review*, 1987, 94, 412-426.
- [231] Leveque S., *Au pied du mur : perspectives développementales et psychopathologiques d'une médiation thérapeutique par l'escalade auprès d'enfants souffrant d'autisme*, thèse de médecine, Nantes, 2010.
- [232] Lheureux Davidse C., « Autisme et handicap : le choix des thérapeutiques », in R. Scelles (dir.), *Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques*, Ramonville-Saint-Agne-Erès, 2008, p. 151-165.
- [233] Livoir-Petersen M.-F., « Soins aux jeunes enfants autistes : une urgence. Un exemple de prise en charge globale », *Naissances*, 2004, 19, 112-134.
- [234] Lucas G., Talan I., *Les Hôpitaux de jour en psychiatrie de l'enfant*, Paris, ESF, 1973.
- [235] Magerotte G., « Intervention précoce et qualité de vie de la famille dans le cas d'autisme », *Enfance*, 2002, 1, 31-39.
- [236] Magerotte G., « Les bonnes pratiques : recommandations à partir de la recherche des bonnes pratiques psychoéducatives », in A. Berthoz, C. Andrès, C. Barthélémy, J. Masson, B. Rogé, *L'Autisme, de la recherche à la pratique*, Paris, Odile Jacob, 2005.
- [237] Magerotte G., « Une intervention clinique pour les personnes ayant de l'autisme : apports de l'analyse appliquée du comportement (ABA ou AAC) », *La Forteresse éclatée*, 2006, 68-69, 6-10.
- [238] Magerotte G., Montreuil N., *Pratique de l'intervention individualisée*, Bruxelles, De Boeck, 1994.
- [239] Magerotte G., Rogé B., « Intervention précoce en autisme : un défi pour les praticiens », *Évolution psychiatrique*, 2004, 69(4), 579-588.
- [240] Maiano C., « Intégrer le sport dans un projet plus vaste », *Sésame*, 1999, n° 133, 11-13.
- [241] Maleval J.-C. (dir.), *L'Autiste, son double et ses objets*, Rennes, PUR – Presses universitaires de Rennes, 2009.
- [242] Malvy J., Roux S., Richard C., Adrien J.-L., Barthélémy C., Sauvage D., « Analyse des profils cliniques d'enfants "préautistiques" de moins de trois ans », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1997, 45(11-12), 749-754.
- [243] Manin S., « L'intégration scolaire ou un temps pour penser », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2005, 53(3), 114-120.
- [244] Mannoni M., *Un lieu pour vivre : les enfants de Bonneauil, leurs parents et l'équipe de soignants*, Paris, Le Seuil, 1976.
- [245] Mannoni M., *Bonneuil, seize ans après : comment échapper aux destins programmés par l'État providence ?*, Paris, Denoël, 1986.
- [246] Mantoulan C., *Étude de l'évolution du jeu lors d'une prise en charge éducative en autisme*, thèse de psychologie, Toulouse-II, 2008.
- [247] Maqueda J., « L'orthophonie, un espace sonore, musical, verbal », in R. Misès, P. Grand, *Parents et professionnels devant l'autisme*, Paris, CTNERHI, 1997, p. 285-298.
- [248] Maqueda J., *L'Enfant et la gourmandise des mots*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2001.
- [249] Marco S., *Le Concept d'enveloppe corpore-psychique à l'épreuve de la clinique de l'enfant autiste*, thèse de médecine, Lille-II, 2008.
- [250] Mauger B., « L'approche systémique au service des états psychotiques », *Handicaps et inadaptations – les Cahiers du CTNERHI*, 1995, n° 67-68, 113-118.
- [251] Meltzer D., Bremer J., Hoxter S., Weddell D., Wittenberg I., *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot ; 2004.
- [252] Mesibov G., *Autisme, le défi du programme Teacch*, Paris, Éditions Pro Aid Autisme, 1995.
- [253] Mimmo L., « Dimension psychoéducative : intervention auprès de personnes présentant des troubles graves du comportement », *ANAE – Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, 2006, 86, 25-27.

- [254] Misès R., « Le placement thérapeutique de longue durée des psychoses infantiles », *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*, 1967, 15(1-2), 77-83.
- [255] Misès R., « Éléments d'orientation dans le traitement de psychoses autistiques », in P.-J. Parquet, C. Bursztejn, B. Golse, *Soigner, éduquer l'enfant autiste ?*, Paris, Masson, 1990, p. 19-32.
- [256] Misès R., « Les actions institutionnelles à temps partiel en pratique sectorielle », *Information psychiatrique*, 1992, 58(9), 1107-1113.
- [257] Misès R., « Psychothérapie institutionnelle, cure et institution », in P. Ferrari, C. Epelbaum, *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Flammarion, 1993, p. 517-524.
- [258] Misès R., « Les pathologies à composante et à risques déficitaires au cours de l'adolescence : des faits », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1995, 43(12), 523-527.
- [259] Misès R., Grand P., *Parents et professionnels devant l'autisme*, Paris, CTNERHI, 1997.
- [260] Misès R., « L'avènement des conceptions dynamiques et le renouvellement de l'éthique », *Bulletin de la Société psychanalytique de Paris* (octobre 2010), à paraître.
- [261] Misès R., Hochmann J., « L'orientation des institutions de soins psychiatriques pour les enfants et les adolescents en France, colloque international pédopsychiatrique d'Athènes », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1992, 40(5-6), 333-340.
- [262] Misès R., Perron R., « L'évolution des psychoses de l'enfant », in R. Misès, *Cinq études de psychopathologie de l'enfant*, Toulouse, Privat, 1981, p. 109-129.
- [263] Misès R., Perron R., « L'adolescence des enfants autistes et psychotiques, une recherche », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1993, 41(1-2), 36-50.
- [264] Misès R., Bailly Salin M.-J., Breon S., Feder F., Fortabat J.-L., Gilbert E., *La Cure en institution : l'enfant, l'équipe et la famille*, Paris, ESF, 1980.
- [265] Mojica D., *Extension d'un SESSAD en IME pour jeunes autistes : opportunités pour refonder le projet d'établissement*, Mémoire : CAFDES – Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale : École nationale de la santé publique (ENSP), Rennes, 2007.
- [266] Montreynaud V., « Une unité d'hospitalisation à temps complet pour des enfants atteints d'autisme », *Information psychiatrique*, 2001, 77(6), 556-564.
- [267] Morel-Fatio F., *Troubles autistiques et troubles envahissants du développement : la question de l'alliance thérapeutique avec les familles*, thèse de médecine, Paris-XI, 2007.
- [268] Mosca F., « La Place des parents dans le traitement », Colloque AREF : *Évolution des pratiques de soins dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dans la prise en charge de l'enfant autiste et de sa famille*, Paris 12-13/11/2010, Actes à paraître.
- [269] Olivier L., *Réflexions autour d'une expérience nouvelle concernant les soins apportés aux enfants autistes et adolescents autistes, psychologues ou apparentés en situation de crise : l'Unité mobile départementale*, thèse de médecine, Psychiatrie, Aix-Marseille-II, 2002.
- [270] Oswald S., *Quelle place pour l'école dans les soins aux enfants psychotiques et autistes ? Les « classes thérapeutiques » du service pour enfants et adolescents du CHU de Strasbourg*, thèse de médecine, Strasbourg-I, 2008.
- [271] Ouss-Rynagert L. (éd.), « Autismes, de l'évaluation à la prise en charge », *Contraste – revue de l'Anecamp*, 2006, n° 25, 5-395.
- [272] Pahin A., *Troubles envahissants du développement et scolarisation. À propos d'une enquête dans trois services de soin à Besançon*, Mémoire : DES Psychiatrie, Besançon, 2008.
- [273] Parquet P.-J., Bursztejn C., Golse B., *Soigner, éduquer l'enfant autiste ?*, Paris, Masson, 1990.
- [274] Pecout L., *Actualité des prises en charge en hôpital de jour pour enfants. À propos du suivi d'un enfant ayant un syndrome d'Asperger*, Mémoire, DES Psychiatrie, Besançon, 2008.

- [275] Pecout L., *La Fonction du club thérapeutique en psychothérapie institutionnelle*, thèse de médecine, Besançon, 2008.
- [276] Peeters T., *L'Autisme : de la compréhension à l'intervention*, Paris, Dunod, 1996.
- [277] Pelloux A.-S., Méry A., « Regards croisés à l'hôpital de jour », *Enfance & Psy.*, 2009, 41, 82-94.
- [278] Petillon L., *Nourrissons à risque d'évolution autistique : dépistage et prise en charge précoce*, thèse de médecine, Paris-XI, 2000.
- [279] Peyruchaud L., Delean S., Verbe I., Coulin J., « Prise en charge d'un patient souffrant d'autisme : entre soigner et éduquer », *Soins infirmiers*, 2007, 100(12), 44-47.
- [280] Picco M., « Apprendre à jouer : un cas de psychose infantile dans le contre-transfert », *La Psychiatrie de l'enfant*, 2003, 46(1), 79-108.
- [281] Préfaut C., « Les attentes des familles », in C. Aussilloux, M.-F. Livoir-Petersen, *L'Autisme cinquante ans après Kanner*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, 1994, p. 189-196.
- [282] Propp V., *Morphologie du conte*, Paris, Le Seuil, 1970.
- [283] Pry R., Bodet J., Pernon E., Aussilloux C., Baghdadli A., « Initial Characteristics of Psychological Development and Evolution of the Young Autistic Child », *Journal of autism and developmental disorders*, 2007, 37(2), 341-353.
- [284] Pry R., Petersen A., Baghdadli A. « The Relationship between Expressive Language Level and Psychological Development in Children with Autism 5 Years of Age », *Autism*, 2005, 9(2), 179-189.
- [285] Pry R., Aussilloux C., « Le "Childhood Autism Rating Scales (CARS)" chez l'enfant autiste jeune : analyse des items, étude des traits latents, validité concourante et généralisabilité », *Psychologie et psychométrie*, 2000, 21(1), 33-47.
- [286] Racamier P.-C., Diakine R, Lebovici S., Paumelle P., *Le Psychanalyste sans divan*, Paris, Payot, 1970.
- [287] Ramos O., Tresse Daquin C., *Les SESSAD « autisme » : accompagnement des personnes avec autisme et autres TED et de leurs familles*, Mouans Sartoux, AFD Editions, 2010.
- [288] Rey-Flaud H., *L'enfant qui s'est arrêté au seuil du langage : comprendre l'autisme*, Paris, Aubier, 2008.
- [289] Ribas D., *Un cri obscur : l'énigme des enfants autistes*, Paris, Calmann-Lévy, 1992.
- [290] Ribas D., « La thérapeutique de l'autisme infantile en hôpital de jour », *Perspectives psychiatriques*, 1996, 35(1), 44-48.
- [291] Richard Y., Saint-André S., Porchel G., Lazartigues A., « Hospitalisation en pédopsychiatrie : description et évolution d'une unité », *Archives de pédiatrie*, 2010, 17(4), 446-451.
- [292] Riot G., *Protocole thérapeutique non médicamenteux chez l'enfant autiste. Comparaison des prises en charge entre les unités de pédopsychiatrie de Paris et Stanford*, Mémoire, DES Psychiatrie, Nancy, 2006.
- [293] Riviere V., *Analyse du comportement appliquée à l'enfant et à l'adolescent*, Lille, Presses universitaires du Septentrion, 2006.
- [294] Rivy B., « Le centre équestre comme moyen d'éveil », *Sésame*, 2000, 135, 13.
- [295] Rocca C., « Une expérience de classe intégrée : une école pour apprendre à communiquer », *Bulletin scientifique de l'Arapi*, 2002, 9, 45-48.
- [296] Roge B., *Autisme, comprendre et agir*, Paris, Dunod, 2009.
- [297] Salome E., « Le loup dans la bergerie : de l'articulation entre l'éducation et les soins aux enfants autistes », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2001, 49(1), 72-77.
- [298] Sans P., *Les Placements familiaux thérapeutiques*, Paris, Fleurus, 1987.
- [299] Sans P., « L'accueil familial thérapeutique, un métier à reconnaître », *Évolution psychiatrique*, 1994, 59(3), 479-494.
- [300] Sarfaty N., Denni-Krichel N., « Le programme Makaton pour des enfants autistes : expérience d'une institution, expérience institutionnelle », *Rééducation orthophonique*, 2000, 39, 71-81.

- [301] Sargnon S., *Intérêt de la pratique artistique dans l'approche d'un enfant autiste : réflexions théoriques et cas cliniques*, thèse de médecine, Dijon, 2002.
- [302] Schopler E., Reichler R. J., Lansing M., *Stratégies éducatives de l'autisme*, Paris, Masson, 1988.
- [303] Schröder C., « Les troubles du sommeil », in A. Danion-Grilliat, *Traité de psychopathologie de l'enfant*, Paris, Flammarion, 2011 (à paraître).
- [304] Sellin B., *Une âme prisonnière*, Paris, Robert Laffont, 1994.
- [305] Sentenac C., *Évaluation comparative des effets de deux interventions éducatives ciblant les habiletés sociales chez des enfants avec un syndrome d'Asperger ou un autisme de haut niveau*, thèse de médecine, Montpellier, 2009.
- [306] Serret S., Myquel M., Renaudo N., Argaud E., Askenasy F., « Syndrome d'Asperger et autisme de haut niveau : évaluation des effets d'une prise en charge de groupes sur la communication à partir d'un support vidéo », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2009, 57(4), 260-266.
- [307] Shea V., « Revue commentée des articles consacrés à la méthode ABA », *Psychiatrie de l'enfant*, 2009, 52(1), 273-299.
- [308] Soubeyrand E., Xavier J., Guilé J.-M., « Quand le langage émerge... Travail orthophonique auprès d'enfants à risque autistique en très petit groupe », *Perspectives psychiatriques*, 2007, 46(3), 283-292.
- [309] Soulé M., Golse B. (dir.), *Les Traitements des psychoses de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Bayard, 1992.
- [310] Soyez-Papernick E., *Comprendre la rééducation des anomalies du développement*, Paris, Masson, 2005.
- [311] Spoljar P., « Les moments narratifs du groupe thérapeutique d'enfants : temps et récit en situation clinique et thérapeutique », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2004, 52(8), 544-555.
- [312] Tanet-Mory I., « Croisement des approches psychodynamique et cognitive dans la prise en charge de l'enfant autiste », *Enfance et Psy*, 2010, 46, 121-130.
- [313] Tanet-Mory I., « Le travail de l'orthophoniste auprès de jeunes enfants autistes », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2002, 50, 128-131.
- [314] Tassin C., « Le travail des soignants dans les groupes auprès des enfants psychotiques et autistes à l'hôpital de jour », in R. Misès, P. Grand, *Parents et professionnels devant l'autisme*, Paris, CTNERHI, 1997, p. 313-319.
- [315] Terral D., *Prendre en charge à domicile l'enfant handicapé : les SESSAD (services d'éducation spéciale et de soins à domicile)*, Paris, Dunod, 2006.
- [316] Thévenot J.-P., « L'accès aux soins institutionnels des enfants autistes : l'apport épidémiologique d'une situation pénurique », *Carnet Psy*, 2002, 76, 31-32.
- [317] Thévenot J.-P., Philippe A., Casadebaig F., « Suivi d'une cohorte d'enfants porteurs de troubles autistiques en Ile-de-France de 2002 à 2007 », *Information psychiatrique*, 2006, 82, 763-767.
- [318] Thomas C., Creupelandt J.-C., « Un accompagnement au quotidien », *Sésame*, 2003, 146, 9-13.
- [319] Thurin J.-M., « Modalités d'évaluation des prises en charge multiples », *Pour la recherche - Bulletin de la Fédération française de psychiatrie*, 2009, 60, 6-8.
- [320] Thurin M., Journet F., Malempré M., « Suivi d'un cas pendant un an », *Pour la recherche - Bulletin de la Fédération française de psychiatrie*, 2009, 60, 2-5.
- [321] Thurin M., Thurin J.-M., Schneider C., « Questionnaire de configuration du processus psychothérapique, Version enfant, traduction française », *Pour la recherche - Bulletin de la Fédération française de psychiatrie*, 2010, 66, 2-11.
- [322] Tirard-Collet C., *Incidences de la pathologie autistique sur les collectifs soignants d'enfants autistes*, thèse de psychologie, Lyon-II, 2000.
- [323] Tordjman S., Mailhes A.-S., « Les troubles du développement de l'image du corps dans la petite enfance : une dimension commune partagée par la schizophrénie et l'autisme ? », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2009, 57(1), 6-13.

- [324] Tordjman S., Anderson G. M., Pichard N., Charbuy H., Toutitou Y., « Nocturnal Excretion of 6-Sulphatoxymelatonin in Children and Adolescents with Autistic Disorder », *Biological psychiatry*, 2005, 57(2), 134-138.
- [325] Tordjman S., Botbol M., Sebbah M. J., Brengard D., Ferrari P., « Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel : les effets dans le processus thérapeutique du soin à temps partiel associé au maintien de la scolarisation : du métissage au tissage de liens et de pensées », *La Psychiatrie de l'enfant*, 1999, 42(1), 245-267.
- [326] Tordjmann S., « Les instruments d'évaluation de l'autisme : intérêts et limites », *La Psychiatrie de l'enfant*, 2002, 45(2), 533-558.
- [327] Tosquelles F., *Éducation et psychothérapie institutionnelle*, Mantes-la-Ville, Hiatus, 1984.
- [328] Touati B., Joly F., Laznik M.-C., *Langage, voix et parole dans l'autisme*, Paris, PUF, 2007.
- [329] Tustin F., *Autisme et psychose de l'enfant*, Paris, Le Seuil, 1977.
- [330] Urwand S., « Le groupe pour les enfants autistes et psychotiques », *Contraste*, 2003, 19, 61-75.
- [331] Vesperini S., *Présentation et évaluation d'une intervention ciblant les habiletés sociales à partir d'un support vidéo chez des enfants et adolescents avec un syndrome d'Asperger ou un autisme de haut niveau*, thèse de médecine, Nice, 2009.
- [332] Vexiau A.-M., « La communication assistée comme porte-parole des autistes », in R. Misès, P. Grand, *Parents et Professionnels devant l'autisme*, Paris, CTNERHI, 1997, p. 321-330.
- [333] Vidonne A., « L'atelier cheval de Cormeilles », *Sésame*, 1996, 127, 10.
- [334] Voizot B., « Évolution des pathologies graves déficitaires : travaux des auteurs francophones », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1995, 43(12), 509-514.
- [335] Vuailat S., « L'enfant autiste et ses parents : un exemple de travail au sein d'un CATTP petits », *Perspectives psychiatriques*, 2007, 46(3), 256-266.
- [336] Welniarz B., Medjoub H., « L'hospitalisation à plein temps en psychiatrie infantile, état des lieux », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2007, 55(7), 401-406.
- [337] Willaye E., Magerotte G., *Évaluation et intervention auprès des comportements-défis : déficience intellectuelle et/ou autisme*, Bruxelles, De Boeck, 2008.
- [338] Wing L., « L'approche éducative », in P.-J. Parquet, C. Bursztejn, B. Golse, *Soigner, éduquer l'enfant autiste ?*, Paris, Masson, 1990, p. 109-128.
- [339] Winnicott D., *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.
- [340] Wittemeyer K., *Développement de la communication dans l'autisme : effets d'un programme d'intervention précoce et individualisé*, thèse de psychologie, Toulouse-II, 2008.
- [341] Zigante F., Borghini A., Golse B., « Narrativité des enfants en psychothérapie analytique, évaluation des changements », *La Psychiatrie de l'enfant*, 2009, 52(2), 5-40.