

Réflexions critiques sur la méthode Teacch à partir de cinq ans d'expérience en Hôpital de Jour public

————— *Jacques Constant** —————

Résumé. Depuis cinq ans, l'auteur est le référent médical d'une unité spécialisée dans le traitement d'enfants autistes par la méthode Teacch au sein d'un hôpital de jour public. Les résultats de cette expérience sont évalués selon les plans d'expérience de santé de la Classification Internationale des Handicaps. La méthode paraît intéressante sur trois points principaux :

- le diagnostic et l'évaluation : le PEP (profil psycho-éducatif) de Schopler est un outil approprié permettant d'évaluer les potentialités du sujet sur le plan des déficiences et des incapacités, de cibler des objectifs d'apprentissage, d'évaluer des résultats obtenus ;
- les relations avec les parents, sont facilitées par une méthode qui reconnaît leur place de partenaire ;
- la ritualisation de l'environnement, la structuration des schémas journaliers, la systématisation des conditions imposées à l'enfant pour des temps de travail individuel sont apparues, à l'expérience, comme bien adaptées aux besoins de réassurance par routinisation des sujets autistes.

Tous ces points se heurtent à l'éradication systématique de la dimension psychiatrique dans les conceptions de leurs promoteurs. Le témoignage apporté met en évidence le retour des phénomènes inconscients refoulés et interroge la validité non pas des modalités pratiques, mais plutôt des explicitations théoriques qui en sont données. En conclusion est esquissée une modélisation des soins dans la méthode Teacch selon les références cognitivistes aux travaux de Bruner ou selon la conception psychodynamique référée aux auteurs post-kleinien

* Psychiatre, Chef de service, Chef de Secteur de psychiatrie infanto-juvénile, Centre Hospitalier Général
1 rue Saint-Martin-au-Val, 28000 CHARTRES.

Les réflexions qui suivent ne sont pas issues d'une recherche mais portent témoignage d'une pratique : depuis 5 ans j'assume la responsabilité d'une unité spécialisée au sein d'un hôpital de jour. Les soignants ont été formés au programme Teacch par les stages IDI (Édition - Diffusion - Information) Formation (Théo Peeters).

À l'origine cette unité avait été créée par une collaboratrice, le Docteur Catherine Milcent première traductrice en France d'un livre d'Eric Schopler⁽¹⁾. Lorsqu'elle a quitté notre secteur aucun praticien hospitalier n'a accepté la responsabilité médicale de cette unité. Beaucoup souhaitaient même l'interruption volontaire de cette initiative institutionnelle dont ils avaient suivi la gestation en se sentant agressés dans leurs références culturelles.

En première approche en effet, les présupposés conceptuels, et passionnels, antipsychiatriques et antipsychanalytiques sur lesquels reposent les propositions éducatives des auteurs anglo-saxons, ont de quoi lever des réactions massives chez les pédopsychiatres français. La plupart parle de «pèse», de «dressage», de non-respect de la personne humaine sans expérimenter plus loin le contenu pragmatique et individualisé des programmes proposés. Pour ceux qui ont la curiosité d'aller jusqu'aux contenus réels, les difficultés n'en restent pas moins importantes. Comment admettre de limiter les stimulations, de systématiser la structuration des médiations

proposées, de donner la priorité au visuel sur le verbal... alors que, notre expérience (il est vrai avec des enfants psychotiques, ou carencés graves, plus qu'avec des enfants autistes) nous a montré tout l'intérêt de s'adresser au sujet par des messages verbaux complexes, de bousculer les prévisions de la journée selon les désirs éventuellement exprimés et de multiplier les stimulations via les découvertes de l'environnement ?

Dans cette atmosphère qui répétait à l'échelon local⁽²⁾ le climat national, j'ai voulu continuer l'expérience à peine commencée.

Dans un premier temps, je me suis contenté d'observer, me pliant aux discours des soignants de retour de stage. À partir de la deuxième année, nous avons peu à peu mis en place des procédures qui ne sont pas assimilables à la simple application du programme Teacch. Il s'agit plutôt d'une approche multidimensionnelle spécifique, c'est pourquoi je préfère parler de méthode Teacch.

Au niveau des enfants, nous employons le modèle explicatif cognitif de Schopler⁽³⁾. Rester à ce niveau, où les séquences de comportement sont rendues intelligibles par référence au traitement spécifique de l'information cognitive par le psychisme du sujet, n'est pas toujours aisé en réunion d'équipe. Nos appareils psychiques normaux tendent à prêter de la signification intentionnelle aux conduites observées dans la vie quotidienne. Des «interprétations spontanées» qui ne sont souvent que des

(1) Schopler E., Reichler R., Lansing M. (1988). *Stratégies éducatives de l'autisme*, Paris, Masson.

(2) Le secteur comprend une gamme de moyens diversifiés : cinq hôpitaux de jour, un hôpital à temps complet, des prises en soins séquentielles en CATTP, et huit CMP implantés à Chartres et aux environs (140 000 habitants desservis)

(3) Rutter M., Schopler E. (1991). *L'autisme, une réévaluation des concepts et du traitement*, Paris, PUF.

projections défensives apparaissent alors. Nous les travaillons entre nous pour ce qu'elles sont : l'expression de nos moyens psychiques d'adultes en contact direct avec les enfants autistes. Sur le plan de l'action, nous appliquons des techniques éducatives et comportementales individualisées s'appuyant sur le développement des moyens de communication de l'enfant et sur une structuration éducative dirigiste avec ritualisation de l'environnement.

Au niveau des parents, nous avons conservé les formes de collaboration proposées par la méthode Teacch⁽⁴⁾, mais nous employons le modèle psychodynamique pour comprendre la signification des interactions, ainsi d'ailleurs qu'au niveau de l'équipe⁽⁵⁾.

Les rapports entre l'unité spécialisée et l'ensemble de l'institution ont évolué depuis cinq ans.

L'organisation globale amène les soignants de l'unité à partager avec leurs collègues d'autres activités ; de ce fait les fractures culturelles du début se sont estompées. L'influence de la structuration éducative a diffusé sur l'ensemble des équipes. Mais il persiste toujours des mouvements défensifs mutuels et des argumentations idéologiques entretenant des clivages. La caution du chef de service à l'expérience semble avoir été un facteur décisif pour sa continuité mais cet appui hiérarchique a aussi entretenu un certain isolement.

Notre équipe est constituée de personnes volontaires⁽⁶⁾ : deux éducatrices spécialisées, une éducatrice de jeunes enfants, une

infirmière psychiatrique forment les soignants de base. Ces personnes ne sont pas attachées à plein temps à l'unité. Il nous est apparu indispensable qu'elles consacrent une demi-journée ou une journée de travail par semaine à d'autres types de pathologie et de prises en charge dans le secteur. Il en est de même des différents intervenants (médecin, psychologue, orthophoniste, instituteur spécialisé, cadre infirmier). Ainsi se trouve réalisée l'articulation entre la nécessité d'un soin spécifique et le besoin des adultes de s'étayer sur des investissements différents et de ne pas risquer d'être «vestalisés» dans le soin aux seuls autistes.

Six garçons sont présents du lundi midi au vendredi soir aux horaires d'hôpital de jour. Le plus âgé a 13 ans, le plus jeune 3 ans. Certains bénéficient de séjours de rupture en lieux de vie avec internat.

Évaluation des résultats globaux

Notre expérience porte sur 9 enfants dont 3 sont suivis constamment depuis 5 ans. Un a été orienté vers un foyer à double tarification à l'âge de 17 ans. Deux d'entre eux ne sont pas restés sur l'unité.

Je supposerai le lecteur familier avec la classification internationale des handicaps, dont le modèle médico-social explicité par Wood permet de dépasser la fausse querelle entre maladie et handicap⁽⁷⁾.

(4) Peeters T. (1988). *Autisme : la forteresse éclatée*, Paris, Pro Aid Autisme.

(5) Hochmann J. (1994). *La consolation*, Paris, Odile Jacob.

(6) Mesdames Clarisse Vaudolon, Claire Lucas Pointeau, Claire Boulet et Dominique Moquet.

(7) Constant J. (1991). Autisme : pathologie et handicap, *Perspectives Psychiatriques*, 30, 298-303.

Ce schéma englobe le modèle médical classique : l'autisme y est reconnu comme une maladie chronique, dont on ignore la nature (malgré les nombreuses théories descriptives et explicatives) et l'étiologie (malgré les nombreuses recherches). Cette maladie chronique entraîne des conséquences handicapantes au triple plan d'expérience des déficiences, des incapacités et du désavantage social. Cette conception autorise à parler du handicap comme d'un processus s'exprimant sur divers plans d'expériences de santé, en interaction entre eux et avec l'environnement. Il est ainsi possible de décrire des niveaux de problématique pour le sujet et sa famille sans interférer avec les présupposés étiologiques ou étiopathogéniques au plan de la maladie.

Sur le plan d'expérience de la pathologie

Nous n'avons pas observé de guérison. Dans deux cas nous pensons que l'acquisition d'un langage utilisable par l'enfant pour formuler des états émotifs intérieurs, des craintes imaginaires, des interrogations sur des questions philosophiques (vie, mort, sexualité, etc.) témoigne d'un processus de humanisation que la méthode a probablement favorisé. Les critères B2 et B3 du DSM III R ont été, dans ces deux cas, modifiés dans un sens favorable.

À plan comportemental, les critères du DSM III R sur l'altération des interactions

sociales et sur la communication (critères A2-3-4 surtout) ont été favorablement influencés dans 6 cas sur 9. En revanche la restriction marquée du champ des activités et intérêts n'a été que peu modifiée par un élargissement progressif à partir des focalisations pathologiques.

En référence à la notion d'auto-organisation et d'humanisation soutenue par Gepner et Soulayrol⁽⁸⁾, 5 enfants sur 9 nous paraissent avoir été «plus présents». Ces éléments toutefois ne sont clairement apparents que dans un contexte ritualisé et donc sécurisant.

Sur le plan d'expérience des déficiences

Une analyse par fonction montre l'acquisition du langage dans trois cas, l'amélioration du langage préexistant dans un cas, l'apparition d'un proto-langage avec émissions sonores dans deux cas. Trois enfants restent hors langage.

Le développement psychomoteur est resté perturbé. Les stéréotypies gestuelles ont dans l'ensemble persisté. Les fonctions cognitives se sont révélées et se sont développées de façon proportionnelle évidemment à leur niveau de départ. Toutefois la pensée semble continuer à obéir à des logiques bizarres, à se soutenir d'imitations, de supports visuels, d'associations étranges et ne pas suivre une progression par phases.

(8) Gøner B., Soulayrol R. (1994), Utilité des concepts d'épigénèse et d'auto-organisation pour la compréhension des syndromes autistiques de l'enfant, *Psychiatrie de l'Enfant*, XXXVII, 1, 115-152.

Un seul enfant a appris à lire, et encore de façon très singulière. Deux autres savent utiliser le code écrit dans un contexte ritualisé. Un seul sait compter. Trois autres possèdent une numération jusqu'à 10.

Les notions de conscience d'exister, de conscience de penser et que les autres pensent, de reconnaissance de ses émotions et de celles des autres ont été abordées d'un point de vue pédagogique. L'objet de l'apprentissage a porté sur la reconnaissance d'expressions mimiques (apprendre à distinguer la photo d'un enfant qui rit de celle d'un enfant qui pleure, en arriver à la notion de «être content» ou «être pas content»...«être joyeux», «être triste» etc.). Cette éducation, à base d'exercices répétitifs utilisant des supports visuels, a pu se personnaliser par l'utilisation de photos polaroid de l'enfant lui-même en situation. Selon les cas, on a pu se rapprocher d'un vécu émotionnel ou au contraire s'en distancier en utilisant la symbolisation du sentiment dans un pictogramme. Il en est de même pour la notion de pensée, que l'on a tenté de mettre en forme dans des exercices systématiques, mais conçus à partir des préoccupations du sujet. Des dessins séquentiels ont souvent été le support de ce travail. La notion d'exister a pu être abordée selon la même méthode en mettant en scène des situations existentielles. Il a été plus difficile de visualiser la notion que «l'autre pense», mais l'inventivité des éducatrices a trouvé, dans la recherche d'exercices adaptés à chaque cas et à chaque enfant, de quoi alimenter leur propre intérêt pour leur travail en s'adaptant à la motivation de l'enfant. Selon la formule utilisée dans les stages Feacch, les éducatrices ont ainsi «appris à vivre» aux enfants. Dans cinq cas, les progrès ont été jugés remarquables par les parents.

Sur le plan d'expérience des incapacités

La méthode est particulièrement adéquate. La gestion des comportements déviants, l'acquisition de procédures de comportement dans les relations quotidiennes, le recours à des supports de communication non verbaux, l'apprentissage de l'autonomie et de l'utilisation du corps dans certaines tâches, sont les têtes de chapitres des programmes éducatifs et donnent des résultats permettant une vie familiale et sociale beaucoup plus autonome dans six cas sur neuf.

C'est sur ce plan d'expérience que les parents s'estiment satisfaits et que la collaboration professionnels-famille est la plus facilitée par la méthode. Il ne s'agit pas de réaliser la meilleure performance mais de viser la plus grande autonomie possible dans la vie quotidienne. Les manières de table, les comportements sphinctériens, les conduites dans les lieux publics sont l'objet de tous nos soins. Des procédés, parfois triviaux, donnent des résultats pragmatiques et ont pour conséquence d'améliorer le système de relation entre l'enfant, sa famille et l'environnement en général. Ainsi Peter, 9 ans, épuisait sa mère et les interprétations des équipes qui s'étaient jusque-là occupées de lui, en provoquant des scènes d'opposition quand on s'efforçait de le déshabiller pour l'amener à faire ses besoins naturels dans les toilettes. Le seul fait de l'habiller d'un pantalon de jogging à élastique, facile à glisser le long des jambes a permis aux éducatrices de lui apprendre à se déshabiller sans qu'il se sente agressé par l'environnement. Parallèlement des exercices plus symboliques ont été mis en place dans le cadre structuré du travail individuel : déshabiller un poupon (virilement sexué)

Quelques points de réflexion

vêtu d'un jogging identique à celui porté par Peter, associer une image de cuvette de W-C à chaque émission urinaire. En quelques mois — il est vrai après pas mal «d'accidents» — Peter, qui n'a pas accès au langage articulé, a pu montrer du doigt la photographie des toilettes pour signifier son besoin d'uriner. Les effets de cet aménagement symptomatique sur la relation mère-enfant ont dépassé le résultat pragmatique en modifiant la place imaginaire de l'enfant dans sa famille.

Sur le plan d'expérience des désavantages sociaux

Nous n'avons pas appliqué la méthode puisque notre unité est dans un lieu psychiatrique ce qui la différencie d'une classe d'autistes intégrée dans une école ordinaire. Les enfants ont progressé dans l'exercice de certains rôles sociaux (se tenir à table, se comporter dans un centre aéré, s'orienter dans un supermarché) mais ils ont tous achoppé sur le principal : le métier d'élève, malgré des efforts d'intégration scolaire. Leur dépendance à la structure d'environnement est restée majeure et le poids de leur présence dans la qualité de vie familiale ne s'est trouvée que partiellement allégée par la prise en charge dans notre unité. Les parents toutefois se sont estimés satisfaits par la prise en compte du désavantage social dans le projet individualisé.

Diagnostic et évaluation

Les éducatrices, au retour des stages, m'ont fait connaître des outils diagnostiques et évaluatifs qui ont modifié considérablement ma pratique.

J'ai appris à faire participer les parents à l'organisation chronologique du bilan diagnostique (Rutter)⁽⁹⁾. Les familles aujourd'hui sont informées par les médias, les associations de parents, elles s'attendent à un diagnostic d'autisme. La notion de handicap ne me paraît pas pathogène, une condition d'être employée dans le sens de la classification de l'OMS (c'est-à-dire comme une représentation des conséquences de maladies chroniques sur divers plans d'expérience de santé). Les enfants de l'unité ont tous été diagnostiqués selon la classification française, les critères du DSM-III R et le CARS (Children Autistic Rating Scale) de Schopler. Cette dernière grille a l'intérêt de fournir des items descriptifs tout en introduisant la subjectivité dans la notation des symptômes (l'évaluation doit aussi apprécier le degré de sévérité des anomalies).

L'originalité de la méthode TEACCH repose sur l'alliance des parents et des professionnels, à partir de l'évaluation de l'enfant et de l'établissement d'un projet individualisé. Cette élaboration commune repose sur un test le PEP⁽¹⁰⁾ (test de Profil

(9) Rutter M., Schopler E. (1991), *op. cit.*

(10) Ce test se présente comme une sorte de Borel Maisonny avec des catégories inhabituelles : imitation, perception motricité fine, motricité générale, coordination oculo-motrice et manuelle, performances cognitives, cognition verbale et langage... Nous avons dû l'acheter en Belgique.

Quelques points de réflexion

vu d'un jogging identique à celui porté par Peter, associer une image de cuvette de W-C à chaque émission urinaire. En quelques mois – il est vrai après pas mal «d'accidents» – Peter, qui n'a pas accès au langage articulé, a pu montrer du doigt la photographie des toilettes pour signifier son besoin d'uriner. Les effets de cet aménagement symptomatique sur la relation mère-enfant ont dépassé le résultat pragmatique en modifiant la place imaginaire de l'enfant dans sa famille.

Sur le plan d'expérience des désavantages sociaux

Nous n'avons pas appliqué la méthode puisque notre unité est dans un lieu psychiatrique ce qui la différencie d'une classe d'autistes intégrée dans une école ordinaire. Les enfants ont progressé dans l'exercice de certains rôles sociaux (se tenir à table, se comporter dans un centre aéré, s'orienter dans un supermarché) mais ils ont toujours accioppé sur le principal : le métier d'élève, malgré des efforts d'intégration scolaire. Leur dépendance à la structure d'environnement est restée majeure et le poids de leur présence dans la qualité de vie familiale ne s'est trouvée que partiellement allégée par la prise en charge dans notre unité. Les parents toutefois se sont estimés satisfaits par la prise en compte du désavantage social dans le projet individualisé.

Diagnostic et évaluation

Les éducatrices, au retour des stages, m'ont fait connaître des outils diagnostiques et évaluatifs qui ont modifié considérablement ma pratique.

J'ai appris à faire participer les parents à «l'organisation chronologique du bilan diagnostique (Rutter)⁽⁹⁾. Les familles aujourd'hui sont informées par les médias et les associations de parents, elles s'attendent à un diagnostic d'autisme. La notion de handicap ne me paraît pas pathogène à condition d'être employée dans le sens de la classification de l'OMS (c'est-à-dire comme une représentation des conséquences des maladies chroniques sur divers plans d'expérience de santé). Les enfants de l'unité ont tous été diagnostiqués selon la classification française, les critères du DSM III R et le CARS (Children Autistic Rate Scale) de Schopler. Cette dernière grille a l'intérêt de fournir des items descriptifs tout en introduisant la subjectivité dans la cotation des symptômes (l'évaluation doit apprécier le degré de sévérité des anomalies).

L'originalité de la méthode TEACCH repose sur l'alliance des parents et des professionnels, à partir de l'évaluation de l'enfant et de l'établissement d'un projet individualisé. Cette élaboration commune repose sur un test le PEP⁽¹⁰⁾ (test de Profil

(9) Rutter M., Schopler E. (1991), *op. cit.*

(10) Ce test se présente comme une sorte de Borel Maissonny avec des catégories inhabituelles : imitation, perception, motricité fine, motricité générale, coordination oculo-motrice et manuelle, performances cognitives, cognition verbale et langage... Nous avons dû l'acheter en Belgique.

Psycho éducatif).

Voici comment Schopler lui-même présente cet outil : «alors que la plupart des tests n'évaluent l'enfant que sur deux critères, la réussite ou l'échec, le PEP en fournit un troisième, original, connu comme émergence...

Ce sont les épreuves ni totalement ratées, ni totalement réussies... Le programme éducatif individuel va se centrer sur ces capacités émergentes. Ceci permettra à l'enfant d'être à même de réussir lorsqu'on lui demandera de se concentrer sur l'apprentissage d'une nouvelle acquisition».

Les éducatrices, très enthousiasmées par leur stage à ce sujet, m'ont installé avec les parents d'un enfant, de l'autre côté d'une glace sans tain, et m'ont obligé à les observer en cours de passation de PEP. Assez mal à l'aise au début, j'ai vite perçu tout l'intérêt, rassurant, pour les parents de pouvoir observer comment les professionnels acceptaient leur enfant en se heurtant aux mêmes difficultés de comportement qu'eux-mêmes. Ensuite, et toujours en présence des parents, les éducatrices ont dépouillé les résultats du test, mettant en schéma les émergences à partir desquelles elles pensaient pouvoir inventer un programme personnalisé pour l'enfant. Mais elles ont aussitôt demandé aux parents leur avis et même «leurs priorités» pour modifier tel ou tel comportement. Ainsi telle famille va insister sur les conduites à table, telle autre sur l'autonomie d'habillage ou la propreté et ces désirs vont être considérés par les soignants comme des buts à atteindre.

En pratique les éducatrices font repasser le PEP à l'enfant une à deux fois par an et utilisent d'autant plus cet outil que l'enfant a de faibles capacités intellectuelles. Les psychologues de notre service ont appris à manier cet instrument mais il me semble

efficace d'en laisser la responsabilité aux professionnels qui vont directement se servir des résultats dans leur pratique. À partir d'émergences remarquées, les éducatrices ont fait preuve d'une étonnante inventivité pour trouver des idées d'exercices répétitifs mais suffisamment attirants et adaptés à chaque enfant. Alors que je craignais à l'origine, d'après mes lectures, une certaine monotonie en raison de la ritualisation de la méthode, j'ai été heureusement surpris de constater quels trésors d'imagination il fallait développer pour trouver des supports qui tiennent compte à la fois des priorités parentales et des potentialités de l'enfant ainsi que de son intérêt pour les thèmes proposés.

Le revers de cette médaille réside dans les aspects a priori conceptuels de ses concepteurs pour eux (Peeters, 1988 ; Milcent, 1990 ; Rutter, Schopler, 1991 ; Schopler et al., 1988 ; 1993), la dimension de souffrance psychiatrique n'existe pas ; les parents, les professionnels, l'enfant n'ont pas le moindre inconscient venant se manifester à leur insu. L'enfant ne peut pas avoir de défenses, et le monde familial et celui du travail ne peuvent que collaborer dans la transparence !

Dans notre expérience, malgré l'excellence de l'outil PEP et la volonté consciente des acteurs, nos projets se sont constamment trouvés parasités par des thèmes inconscients ou subconscients récurrents autour des scénarii étiologiques autour des actifs sabotages de leurs propres potentialités par les enfants et des divers phénomènes de contre-attitudes des adultes.

Ce retour de la dimension psychiatrique n'a cependant pas détruit l'intérêt de l'outil évaluatif du PEP, ni celui d'un programme individualisé, à objectifs datés, pragmatiques et comportementaux avec réévaluation régulière.

La relation avec les parents

Élève de Bettelheim, en rupture totale avec son maître, Éric Schopler fait de l'implication des parents au programme Teacch le point central de son approche.

Les parents aident l'enfant à «généraliser» ses acquisitions en lui faisant refaire, dans le contexte de la maison, ce qu'il a appris à faire dans celui de la classe Teacch.

Une telle méthode nécessite des parents disponibles et motivés et peut paraître élitiste. Dans notre expérience – certes insuffisante pour former une statistique – nous avons eu affaire à des parents «tout venant» et nous avons constaté que la méthode se donnait les moyens de les impliquer : cahier journalier, échanges d'informations, évaluation transparente, et surtout tables rondes régulières, dont un compte-rendu en deux colonnes (positions des parents et des professionnels) est rédigé par le médecin.

Sur le plan manifeste, cette organisation, s'appuyant sur l'intelligibilité d'un discours comportemental à explicitation cognitive, représente une réponse adaptée aux besoins des familles qui donnent leur accord et s'impliquent dans ce mode de soins.

Mais, sur le plan latent, nous avons vite retrouvé les limites déjà exprimées au paragraphe précédent. Les éducatrices remarquaient que «les parents réels ne correspondent pas aux parents qu'on nous décrit dans les stages». Malgré ma vigilance, notamment sur le contenu du cahier de liaison, le retour des phénomènes inconscients refoulés a toujours été présent. Les soignants tiennent à ce que nous encadrions les tables rondes de réunions pour réfléchir ensemble aux significations des discours et des attitudes de chacun. Les professionnels

ont tendance à rêver de parents «sur mesure», connaissant la méthode. Même quand cela arrive (certains parents ont déménagé pour que leur enfant soit admis à l'unité), les phénomènes de projection, de rivalité, les mouvements d'amour et de haine, les alternances d'enthousiasme et de suspicion, ne nous ont pas été épargnés. Parfois, la pathologie parentale ou familiale s'est exprimée crûment. Nous étions fiers de montrer une bande vidéo à la grand-mère de Claude : un déjeuner où l'enfant se nourrissait, ce qui était un des objectifs du projet. Mais la grand-mère a aussitôt remarqué qu'il n'y avait «pas de pain sur la table» et elle en a conclu «que les éducatrices affamaient son petit-fils comme elle-même avait été si mal nourrie par les éducatrices dont elle dépendait dans son enfance à l'assistance».

Finalement ce que la méthode Teacch nous a apporté tient dans le changement de la position fondamentale des professionnels vis-à-vis des parents. Nous considérons les parents comme des partenaires d'un projet thérapeutique et éducatif. Notre expérience cependant, ne nous permet pas d'adhérer au slogan des associations du type : «les parents sont des co-thérapeutes».

Outre les phénomènes de rivalité, les adultes sont guettés par des confusions, des problématiques d'appropriation, de projection. Enfin la fameuse culpabilité, soi-disant produite par les psychanalystes, n'a jamais été absente, même si l'humour, l'authenticité dans les échanges et le respect mutuel, ont permis de ne pas la ressentir comme un élément de premier plan.

Ritualisation de l'environnement quotidien

Pour Schopler (Schopler et al., 1988 ; Rutter et Schopler, 1991), l'autisme n'est pas considéré comme une défense psychologique. L'enfant ne se retire pas activement du monde, il n'arrive pas à traiter les informations venues de l'environnement. Dès lors, les soignants se doivent de filtrer les stimuli, de les hiérarchiser pour permettre une facilitation de la discrimination à l'enfant et pour espérer ensuite une intégration de ces stimuli dans son psychisme. Théo Peeters (Peeters, 1988) insiste beaucoup sur ce qu'il appelle «la structure» : en l'absence de structuration de la pensée par le sujet autiste, ce sont aux adultes d'organiser, en le structurant à l'extrême, le monde extérieur autour de l'enfant.

La méthode utilise ainsi paradoxalement le besoin d'immuabilité du sujet. Les activités s'appuieront sur son mode de fonctionnement par ritualisation.

Les temps de travail individuel (TI) concrétisent ce projet.

Les éducatrices installent l'enfant à sa table de travail, se placent derrière lui, prennent des boîtes à gauche, les ouvrent, font faire à l'enfant un exercice très simple, (au besoin au début en lui tenant les mains), rangent les boîtes ensuite à droite. Cette ritualisation a pour effet de visualiser le temps de l'exercice. Elle aide l'enfant à comprendre les exigences éducatives de l'adulte. Avec plus de cinq ans de recul, j'ai constaté que les autistes les plus régressés acceptaient cette éducation dirigée, et modifiaient certains de leurs comportements.

Bien que répétitif, ce travail nécessite une

grande disponibilité de la part des adultes qui doivent être à la fois inventif et ritualisés, contrôlant leurs attitudes, filtrant leurs émissions verbales, tout en étant très réceptifs au comportement de l'enfant. Malgré les nécessités de fermeté et d'exigence, je n'ai observé aucune dérive dans le sadisme.

Le vocabulaire spontanément employé par les éducatrices traduit l'intensité de la relation dans ces moments de TI : «j'ai senti qu'il se branchait ou qu'il disjonctait», étant des expressions fréquentes.

Trois enfants (pour lesquels le diagnostic de Kanner n'était pas certain) n'ont pas bénéficié de cette ritualisation de l'environnement. L'un d'entre eux avait eu un développement normal puis une encéphalite herpétique à 4 ans qui avait amené une régression massive, une autre (la seule fille de notre échantillon) présentait un tableau dysharmonique inscrit dans une dynamique identificatoire familiale très complexe. Le dernier présente à l'âge de 6 ans un tableau qui évoque une psychose déficitaire. Ces enfants pouvaient être considérés comme autistes à partir des critères élargis du DSMIIIR, mais on ne retrouvait pas chez eux les modalités de stratégie cognitive avec ritualisation, focalisation sur des objets autistiques et clivage permanent. On peut donc en conclure que la méthode de la ritualisation de l'environnement, qui s'appuie sur les mécanismes ritualisants de la pensée autistique, sert aussi d'instrument de discrimination pour le diagnostic.

Les exercices apparaissent souvent comme simples, voire simplistes : encastrement, enfilage de perles, manipulations d'objets. Les éducatrices ont appris dans leur stage à les complexifier progressivement et à les transformer en opérations logiques pour l'enfant. Damien, à 5 ans, ne

parlait pas encore du tout et passait son temps à se balancer tout en focalisant son intérêt sur un bizarre objet autistique. L'éducatrice lui proposait en TI d'enfiler d'assez grosses perles en organisant peu à peu les séquences de couleurs et de formes qu'il devait imiter. Damien a mis plusieurs mois à comprendre ce qui lui était demandé et j'ai constaté le plaisir qu'il a eu à réussir les séquences. Cet enfant que je n'avais jusque-là jamais vu prendre d'initiatives, redemandait l'exercice, le répétait dans le coin de loisirs structurés et à travers sa réussite, communiquait avec l'éducatrice. Les effets en boucle sur son propre narcissisme et sur le narcissisme de ses parents ont été importants.

C'est dans ce cadre de travail individuel que nous avons constaté l'apparition du langage comme si cette situation hyperstructurée favorisait l'émission sonore. Pour trois enfants, tous trois très déficitaires, l'émission de sons, puis de mots chuchotés, puis de mots reconnaissables, s'est progressivement installée en un an et demi.

À partir de ces émissions, souvent en écholalie différée, les éducatrices ont orienté les exercices vers «apprendre à parler». Cette façon d'opérer, très à l'opposé de l'attente d'un langage communicatif, ne saurait résumer toute la complexité des phénomènes de langage chez les enfants autistes. Cependant, sur un plan très pragmatique, l'évolution de Damien, là encore, est particulièrement intéressante. Il a commencé à chuchoter des mots en écholalie différée, répétant les instructions de l'éducatrice. Puis des exercices lui ont été proposés, s'appuyant sur une pédagogie de différenciation des sentiments reconnus sur des photos, des

images, ainsi que sur l'apprentissage systématique de situations sociales simples à partir de dessins. Damien s'exprimait le plus souvent, à cette époque, (il avait entre 7 et 9 ans), par des crises clastiques d'opposition. Les éducatrices lui ont appris à reconnaître quand il était content, ou pas content, en colère ou calme. Il peut aujourd'hui, certes d'une façon très frustrée, employer des mots pour communiquer ses états thymiques et il a cessé totalement de frapper ou de casser des objets à chaque frustration de la vie quotidienne.

Ce bilan positif doit cependant être nuancé. Il est vrai que craignant des phénomènes de robotisation, nous n'avons pas appliqué à la lettre la méthode enseignée. L'obtention de petits automates est peut-être une amélioration pour la vie sociale et familiale, mais ne peut pas entrer dans nos objectifs d'équipe. Un des enfants, Yann, nous a particulièrement fait réfléchir sur ce point. Il a une capacité surprenante à dévitaliser n'importe quel exercice et des tendances à l'intellectualisation qui nous entraînaient à lui proposer des boîtes au contenu de plus en plus mathématique et abstrait. En cherchant systématiquement, par notre travail d'équipe, quels contenus d'exercices, quelles attitudes, quelles paroles contribueraient à éviter cette tendance à la déshumanisation, nous avons engagé une course poursuite entre ses tendances mortifères et nos désirs vivifiants. Nous retrouvons bien dans ce cas, l'aspect défensif de l'autisme tel que le décrit Hochmann⁽¹¹⁾. L'évolution de Yann, les questions sur la condition humaine qu'il lui arrive de nous poser, sont pour nous un très grand encouragement et la preuve que l'on peut s'appuyer sur une ritualisation de type Teacch, tout en gardant un espoir

(11) Hochmann J. (1994), *op. cit.*

d'humaniser les enfants autistes et de les amener à quitter leurs défenses robotisantes.

Pratique et théorie ... Des hypothèses et non une conclusion

Notre témoignage critique de façon fondamentale, les a priori anti-psychiatriques du programme Teacch. Depuis cinq ans, notre expérience quotidienne nous semble prouver qu'il ne sert à rien de nier les manifestations de l'inconscient. Elles reviennent au galop ! Chacun peut y ressentir les effets que le fonctionnement psychique de ces enfants autistes provoque sur les adultes qui s'occupent d'eux (au point d'être parfois occupés, voire envahis, par leur problématique).

Ces phénomènes bien décrits par les auteurs psychodynamiques, apparaissent comme un retour du refoulé dans l'expérience de l'unité Teacch dans un hôpital de jour public.

Notre témoignage n'apporte rien au débat étiologique. Dans les stages animés par EDI Formation (organisme qui exerce de fait, sous l'influence de Théo Peeters, un véritable monopole sur la formation au programme Teacch), il est affirmé que l'autisme est un trouble du développement d'origine génétique, DONC que le traitement se résume à l'éducation.

Ce DONC est arbitraire. J'ai déjà souligné⁽¹²⁾ que la liaison effectuée entre l'hypothèse étiologique et la réponse pédagogique ne reposait pas sur un lien logique. Cette cohérence réfère au modèle médical classique : étiologie → manifestations → thérapeutique. En l'état actuel de nos ignorances, ce modèle n'est pas opérant dans le champ de l'autisme.

L'origine éventuellement génétique de certains syndromes autistiques (plusieurs enfants de notre échantillon peuvent illustrer des thèses organiques) ne nous dispense pas d'observer des manifestations de l'inconscient activement à l'oeuvre. Même si les exercices prennent parfois la forme de « programmation comportementale », notre position thérapeutique ne se réduit pas à un dressage. Nous avons souvent constaté des conduites de destructivité, l'expression d'un négativisme, qui nous confortent dans l'hypothèse de mécanismes de défenses autistiques qu'il faut bien appeler inconscients. L'intensité des éprouvés affectifs des soignants dans ces situations nous semble la preuve de l'existence de ces phénomènes inconscients.

Par ailleurs, d'autres enfants de notre faible échantillon peuvent illustrer des thèses étiologiques psychogénétiques. Cette constatation ne nous a pas enfermés dans une réponse uniquement psychothérapeutique. Quelle que soit l'origine de la maladie, c'est au niveau de ses conséquences que nous avons donné la priorité à l'abord éducatif.

À notre avis, la distinction opérée par Wood entre les divers plans d'expérience de santé, sa conception d'un processus handicapant en interaction avec l'environ-

(12) Constant J. (1991), *art. cit.*

nenent sur chacun de ces plans, permettent de clarifier le débat et de sortir de cette liaison abusive entre organicité et pédagogie.

La méthode Teacch, telle que nous la pratiquons (c'est-à-dire en y intégrant une réflexion psychodynamique) nous est apparue comme pragmatique et pertinente sur le plan des déficiences et des incapacités. Nous ne sommes pas en mesure de la comparer aux autres modes d'abord insitutionnels non spécifiques, dont nous avons constaté dans notre pratique antérieure, l'utilité et l'efficacité non négligeables.

Il nous semble toutefois (mais peut-être faut-il faire la place ici à notre propre investissement), que la méthode Teacch obtient des résultats comparables plus rapidement au plan de la déficience et des résultats meilleurs au plan des incapacités pour la gestion des comportements.

Toutefois, il est abusif de tirer des conclusions de notre expérience : elle est trop courte, elle porte sur un nombre d'enfants trop réduit, elle s'appuie sur les exceptionnelles qualités dont les éducatrices ont fait preuve, sur leur inventivité et leur engagement personnel.

Les différences de point de vue qui existent souvent entre les éducatrices formées par les stages Teacch et nous-mêmes portent aussi témoignage du fait que l'on peut être efficace sans être cohérent théoriquement. Ce point avait déjà été relevé par les praticiens du service public ayant une expérience comparable à la notre⁽¹³⁾.

Est-il pensable de dépasser cette incohérence et d'articuler des modes d'approche aussi opposés que le point de

vue psychodynamique reposant sur la notion de défense autistique et celui cognitiviste reposant sur la notion de déficit avec absence d'intégration des perceptions ?

La conflictualité semble incontournable entre les conceptions du soin qui découlent de ces deux points de vue. Dans l'hypothèse psychodynamique, le soin psychiatrique prend son sens dans l'écart symboligène (ou supposé tel) entre l'agi et le représenté, alors que dans les méthodes comportementales, c'est la fonction de réparation directe qui est privilégiée.

Remarquons que Schopler lui-même s'affirme pédagogue et non théoricien. Notre témoignage admet l'efficacité de la méthode Teacch. Est-il pour autant, indispensable d'adhérer à la théorisation qui sous-tend cette méthode ?

En première analyse, l'efficacité des procédures comportementales employées doit être admise. L'utilisation du conditionnement opérant, les encouragements, la clarté des directives données à l'enfant, l'emploi de récompense constituent des techniques éducatives qui sont apparues adaptées aux objectifs d'apprentissage et de modifications de comportement. Bien que les références behavioristes ne fassent pas partie de mes repères habituels (il ne serait même pas exagéré de dire que j'ai été conditionné, à travers ma formation de pédopsychiatre français, à l'aversion pour ces concepts !), je dois constater que les résultats obtenus ont été notables, d'autant plus d'ailleurs que les parents en ont clairement compris l'intérêt et ont pu généraliser les comportements acquis à l'hôpital de jour dans la vie domestique. Des mécanismes d'imitation,

(13) Iessaux Ch. (1992). Les enfants autistes, Freud et Teacch à l'hôpital de jour, *Synapse*, 86, 62-68.

nenent sur chacun de ces plans, permettent de clarifier le débat et de sortir de cette liaison abusive entre organicité et pédagogie.

La méthode Teacch, telle que nous la pratiquons (c'est-à-dire en y intégrant une réflexion psychodynamique) nous est apparue comme pragmatique et pertinente sur le plan des déficiences et des incapacités. Nous ne sommes pas en mesure de la comparer aux autres modes d'abord insitutionnels non spécifiques, dont nous avons constaté dans notre pratique antérieure, l'utilité et l'efficacité non négligeables.

Il nous semble toutefois (mais peut-être faut-il faire la place ici à notre propre investissement), que la méthode Teacch obtient des résultats comparables plus rapidement au plan de la déficience et des résultats meilleurs au plan des incapacités pour la gestion des comportements.

Toutefois, il est abusif de tirer des conclusions de notre expérience : elle est trop courte, elle porte sur un nombre d'enfants trop réduit, elle s'appuie sur les exceptionnelles qualités dont les éducatrices ont fait preuve, sur leur inventivité et leur engagement personnel.

Les différences de point de vue qui existent souvent entre les éducatrices formées par les stages Teacch et nous-mêmes portent aussi témoignage du fait que l'on peut être efficace sans être cohérent théoriquement. Ce point avait déjà été relevé par les praticiens du service public ayant une expérience comparable à la notre⁽¹³⁾.

Est-il pensable de dépasser cette incohérence et d'articuler des modes d'approche aussi opposés que le point de

vue psychodynamique reposant sur la notion de défense autistique et celui cognitiviste reposant sur la notion de déficit avec absence d'intégration des perceptions ?

La conflictualité semble incontournable entre les conceptions du soin qui découlent de ces deux points de vue. Dans l'hypothèse psychodynamique, le soin psychiatrique prend son sens dans l'écart symboligène (ou supposé tel) entre l'agi et le représenté, alors que dans les méthodes comportementales, c'est la fonction de réparation directe qui est privilégiée.

Remarquons que Schopler lui-même s'affirme pédagogue et non théoricien. Notre témoignage admet l'efficacité de la méthode Teacch. Est-il pour autant, indispensable d'adhérer à la théorisation qui sous-tend cette méthode ?

En première analyse, l'efficacité des procédures comportementales employées doit être admise. L'utilisation du conditionnement opérant, les encouragements, la clarté des directives données à l'enfant, l'emploi de récompense constituent des techniques éducatives qui sont apparues adaptées aux objectifs d'apprentissage et de modifications de comportement. Bien que les références behavioristes ne fassent pas partie de mes repères habituels (il ne serait même pas exagéré de dire que j'ai été conditionné, à travers ma formation de pédopsychiatre français, à l'aversion pour ces concepts !), je dois constater que les résultats obtenus ont été notables, d'autant plus d'ailleurs que les parents en ont clairement compris l'intérêt et ont pu généraliser les comportements acquis à l'hôpital de jour dans la vie domestique. Des mécanismes d'imitation,

(13) Issaux Ch. (1992). Les enfants autistes, Freud et Teacch à l'hôpital de jour, *Synapse*, 86, 62-68.

nement sur chacun de ces plans, permettent de clarifier le débat et de sortir de cette liaison abusive entre organicité et pédagogie.

La méthode Teacch, telle que nous la pratiquons (c'est-à-dire en y intégrant une réflexion psychodynamique) nous est apparue comme pragmatique et pertinente sur le plan des déficiences et des incapacités. Nous ne sommes pas en mesure de la comparer aux autres modes d'abord institutionnels non spécifiques, dont nous avons constaté dans notre pratique antérieure, l'utilité et l'efficacité non négligeables.

Il nous semble toutefois (mais peut-être faut-il faire la place ici à notre propre investissement), que la méthode Teacch obtient des résultats comparables plus rapidement au plan de la déficience et des résultats meilleurs au plan des incapacités pour la gestion des comportements.

Toutefois, il est abusif de tirer des conclusions de notre expérience : elle est trop courte, elle porte sur un nombre d'enfants trop réduit, elle s'appuie sur les exceptionnelles qualités dont les éducatrices ont fait preuve, sur leur inventivité et leur engagement personnel.

Les différences de point de vue qui existent souvent entre les éducatrices formées par les stages Teacch et nous-mêmes portent aussi témoignage du fait que l'on peut être efficace sans être cohérent théoriquement. Ce point avait déjà été relevé par des praticiens du service public ayant une expérience comparable à la notre⁽¹³⁾.

Est-il pensable de dépasser cette incohérence et d'articuler des modes d'approche aussi opposés que le point de

vue psychodynamique reposant sur la notion de défense autistique et celui cognitiviste reposant sur la notion de déficit avec absence d'intégration des perceptions ?

La conflictualité semble incontournable entre les conceptions du soin qui découlent de ces deux points de vue. Dans l'hypothèse psychodynamique, le soin psychiatrique prend son sens dans l'écart symboligène (ou supposé tel) entre l'agi et le représenté, alors que dans les méthodes comportementales, c'est la fonction de réparation directe qui est privilégiée.

Remarquons que Schopler lui-même s'affirme pédagogue et non théoricien. Notre témoignage admet l'efficacité de la méthode Teacch. Est-il pour autant, indispensable d'adhérer à la théorisation qui sous-tend cette méthode ?

En première analyse, l'efficacité des procédures comportementales employées doit être admise. L'utilisation du conditionnement opérant, les encouragements, la clarté des directives données à l'enfant, l'emploi de récompense constituent des techniques éducatives qui sont apparues adaptées aux objectifs d'apprentissage et de modifications de comportement. Bien que les références behavioristes ne fassent pas partie de mes repères habituels (il ne serait même pas exagéré de dire que j'ai été conditionné, à travers ma formation de pédopsychiatre français, à l'aversion pour ces concepts !), je dois constater que les résultats obtenus ont été notables, d'autant plus d'ailleurs que les parents en ont clairement compris l'intérêt et ont pu généraliser les comportements acquis à l'hôpital de jour dans la vie domestique. Des mécanismes d'imitation,

(13) Desaux Ch. (1992). Les enfants autistes, Freud et Teacch à l'hôpital de jour, *Synapse*, 86, 62-68.

de renforcement par répétition sont très probablement pour partie responsables des améliorations constatées. La question de la récompense (quasi systématique) doit être abordée, car la formation des éducatrices ne les avaient pas préparées à cette méthode. Des récompenses concrètes (bonbons, objets autistiques préférés) sont d'abord associées aux compliments. Puis, comme nous l'avons montré pour Damien, la boucle des effets positifs passe par le plaisir que l'enfant éprouve à expérimenter sa capacité de communication et de compréhension. Notre courte expérience rejoint ici les remarques de Schopler qui parle de «renforcement lié à la compétence» et qui, dans le chapitre des interventions comportementales, s'exprime ainsi : «la meilleure forme d'appréciation que l'enfant puisse recevoir d'un adulte est que celui-ci reconnaisse sa compétence, ses capacités de décision et le contrôle qu'il a sur ses actes pour répondre à son attente»⁽¹⁴⁾.

Cette citation montre bien que Schopler ne peut se réduire à la caricature d'un behavioriste pur et dur. Même si l'on doit reconnaître l'efficacité du conditionnement opérant, notre expérience rejoint les commentaires de l'inventeur du Teacch qui rappelle que le schéma stimulus/réponse est insuffisant pour décrire le phénomène en jeu, et que la notion d'interaction doit être présente dans l'esprit des éducatrices. Celles-ci ont à situer le travail de l'enfant en fonction, certes, de ses potentialités cognitives, mais aussi en fonction de ses goûts, du style relationnel et culturel de sa famille. L'établissement d'une bonne relation avec l'enfant passe par le respect de sa singularité. Je pense, pour ma part, qu'il faut ajouter la

dimension des phénomènes inconscients à ce point de vue éducatif. Notre expérience se distingue alors radicalement de celle de Schopler. La technique éducative du Teacch avec son côté «enseignement systématique dans le cadre d'un environnement ordonné», comme la définit Lawrence Bartak⁽¹⁵⁾, forme certes la base des interactions conscientes. Mais le travail d'équipe s'efforce de lire, dans les conduites de l'enfant et dans nos réactions, les manifestations de l'inconscient à l'oeuvre chez tous.

De plus, même en demeurant dans le registre de la référence cognitiviste, il est possible de trouver des modèles théoriques plus élaborés que ceux proposés par Théo Peeters dans les stages Teacch. Ces modèles permettent de mieux rendre compte, à notre avis, de la dimension soignante et même psychothérapeutique présente dans notre expérience.

Ainsi, le psychologue, Jérôme Bruner, en étudiant le passage de la communication au langage⁽¹⁶⁾, évoque l'ontogenèse des actes de langage. Il met en évidence, l'importance de ce que Garvey (1979) a appelé des «formats», c'est-à-dire «les échanges habituels qui fournissent un cadre pour l'interprétation concrète de l'intention de communication entre mère et enfant».

Bruner insiste sur ces formes d'interaction mère/enfant, suffisamment invariantes, qui constituent «des contextes très familiers déjà fortement conventionnalisés par le jeune enfant et sa mère». Ces formats constituent le cadre dans lequel va apparaître l'échange verbal.

(14) Schopler E., Reichler R., Lansing M. (1988), *op. cit.*, p. 126.

(15) Rutter M., Schopler E. (1991), *op. cit.*, p.536.

(16) Bruner J.S. (1983). *Savoir faire, savoir dire.*, Paris, PUF.

Ne peut-on penser que le talent pédagogique de Schopler a consisté à créer, non pas comme il le dit, «une structure», mais une **formatisation** ?

Les séquences de TI dont nous avons constaté l'évidente efficacité, reconstruiraient alors, expérimentalement, une situation où l'enfant est placé en position de régression et où il peut revivre les conditions archaïques des premières interactions mère/enfant de la période pré-linguistique.

En s'appuyant sur une telle conception (qui reste fidèle à l'esprit cognitiviste des auteurs), on pourrait obtenir une modélisation théorique qui dépasserait les slogans simplistes du style : le traitement, c'est l'éducation.

À partir de cet éclairage, pourquoi ne pas oser lancer une passerelle entre les conceptions cognitivistes et psychodynamiques ?

Schopler insiste sur la nécessité de filtrer les informations. Il donne de ce phénomène, une explication rationnelle neurologique : l'encéphale de l'enfant ne peut pas hiérarchiser toutes les perceptions. Il me semble qu'il n'est pas impossible de donner de ce même phénomène, à savoir la nécessité de filtrer les informations, une autre explication dans un registre psychodynamique.

On parlera alors de phénomène de parexcitation, on évoquera les modèles post-kleinéens de la naissance de la psyché, la

fonction de filtre du psychisme maternel par rapport aux projections des éléments β de Bion, et ce modèle pourra nous servir de référence pour interpréter le travail des éducatrices.

Dans mon expérience, lorsque j'entends les éducatrices, il me semble qu'elles apportent un matériel que l'on peut interpréter selon des modèles cognitivistes (comme Bruner le propose dans l'ontogenèse du langage), ou selon des modèles psychodynamiques (comme Bion l'évoque dans sa conception de la naissance de la personne).

Mais, peut-être m'apportent-elles ce matériel parce qu'elles me sentent inquiet sur ma passerelle, entre deux théories, et qu'elles ont besoin de se sentir reliées à leurs collègues et de cesser d'être traitées en pestiférées conditionneuses !

Pour conclure, je leur laisserai la parole (notes prises au cours de réunions) : «Claude, je ne l'ai pas assez dans la tête... Colas, l'autre jour, franchement, il m'a pris le chou... Yann, il est toujours chiatique, mais il a un côté plus vivant dans son chiatique... J'ai senti quelque chose à lui... Damien, c'est comme ils disent dans les stages, le T.I. ça l'aide à gérer sa frustration... Yann, c'est pas pareil, ça l'aide à dépasser les situations angoissantes et Claude, lui, ça lui permet de développer le langage... Quand Yann me demande : «qui commande le soleil ? » ou qu'il me dit : «c'est long, une vie...» et «c'est drôle, les cercueils...», ma formation Teacch ne me sert plus à rien...».