

RENCONTRE DE LA SEXUALITE AVEC CERTAINS DEFICITS SENSORI-MOTEURS ET COGNITIFS CHEZ DES ADOLESCENTS AUTISTES

UN PROFIL CLINIQUE A RISQUE

Par Moïse Assouline¹

Exposé à la Journée d' Etudes de l'ASM13 : « L'autisme à la croisée du corps et de la psyché. (Hommage à André Bullinger) », 18 Juin 2011

Je vous suggère un contexte et un profil cliniques pour certains adolescents ou jeunes adultes. Il est important de le connaître pour prévenir l'apparition de troubles aigus, qui peuvent ensuite devenir chroniques, parfois irréversibles.

Introduction : Historique, présentation et méthodologie (trois modes d'approche).

C'est un petit ensemble parmi la cinquantaine de jeunes aux profils hétérogènes que je côtoie chaque année dans deux Hôpitaux de Jour.

Un jeune ayant ce profil à risque peut basculer dans une catégorie de santé publique appelée maintenant « Situations Complexes en Autisme et Troubles Envahissants du Développement ». Ces « SCATED » englobent donc ces jeunes quand ils ont décompensé, mais aussi bien d'autres : tous ceux qui sont exclus de centres spécialisés en autisme, devenus dépassés par l'apparition de nouveaux troubles. Ils relèvent alors des missions d'un dispositif de réinsertion créé en 2010, avec trois Unités Mobiles de semi urgence pour l' Ile de France. Celle de Paris et des Hauts de Seine est dans notre pôle autisme.²

Le recensement des « Situations Complexes » est pragmatique et il établit des causes très diverses pour ce statut d'exception. Souvent, ce sont plutôt des facteurs associés à l'autisme : depuis des marasmes psycho-sociaux dans la famille jusqu'à une comorbidité avec des pathologies psychiatriques sévères ou avec des atteintes somatiques graves ou cachées. Ces causes sont les plus nombreuses mais je ne vous en parlerais pas ici.

Le profil assez spécifique, qui fait l'objet de cet exposé, est au contraire celui d'autistes typiques, sans pathologie associée. Ils ont établi durant leur enfance des équilibres sensorimoteurs précaires, mais des équilibres tout de même. A l'adolescence, ils connaissent des phases de décompensation, des moments de tension ou de crise, inquiétantes mais courtes. Sans un traitement ou une prévention adéquats, ces séquences peuvent devenir chroniques, parfois sans retour.

¹ Médecin directeur, Centre Françoise Grémy, Hôpital de Jour, Paris, UMI - TED Centre (Paris Hauts de Seine) ; psychiatre, Hôpital de Jour d'Antony.

² Le pôle autisme de l'Association l'Elan Retrouvé est composé de l' UMI - TED Centre (Paris), des Hôpitaux de jour pour adolescents et jeunes adultes de Paris (CFG, ex- Santos-Dumont) et d' Antony (92) ; des Hôpitaux de Jour pour enfants de Fontenay-aux-Roses (92), de Chevilly-Larue (94).

Le cas maintenant ancien d'Aloïs nous a beaucoup renseigné sur l'installation de ces séquences et sur leur risque évolutif. Elles sont survenues alors qu'il était à l'Hôpital de Jour d'Antony il y a une dizaine d'années et nous avons échoué à empêcher leur répétition. Après plus d'un an, ayant agressé gravement sa famille, Aloïs a été hospitalisé par défaut au CHS de Clermont d'Oise, où il est encore.

Par la suite, nous avons repéré le même processus naissant chez d'autres jeunes, et les équipes ont appris à accompagner ces moments critiques pour prévenir le risque d'un destin asilaire semblable. Elles le font maintenant en routine (dans le stress, comme vous le verrez, mais en routine, pourrait-on dire).

Ce profil à risque concerne 3 à 5 personnes par unités dans des effectifs de 20 environ. Ils ne sont donc pas la majorité dans les centres sanitaires ou médico-sociaux, mais ils en représentent quand même 15 à 25 %. C'est une minorité conséquente et qui plus est, dans mon expérience, ce pourcentage reste stable quand l'effectif se renouvelle ; c'est une constante, malgré le turn over.

La description que je vous en fais aujourd'hui bénéficie de l'approche sensori-motrice d'André Bullinger. Cette approche serait une simple fenêtre d'exploration et de soin, selon ce que dit modestement Monsieur André. Certes, aucune approche n'est exhaustive en autisme mais celle-ci, et notamment ce qui concerne « l'espace de préhension », a été décisive pour comprendre ce profil à risque. Elle est particulièrement éclairante pour la première phase de décompensation, les crises épisodiques, ainsi que pour leur traitement. C'est une référence que je vous exposerai succinctement.

Une autre fenêtre est l'approche cognitive, et particulièrement, pour moi, celle de Laurent Mottron. Elle a son importance pour ce même profil, dans la phase d'aggravation. Quand les crises deviennent très fréquentes, cela favorise une deuxième phase, un deuxième risque, une surenchère. C'est la fixation d'une empreinte autistique qui fait réitérer les crises hors de tout contexte favorisant. Sont en cause dans cette évolution très particulière des mécanismes cognitifs pourtant courants dans l'autisme. Mais dans ces cas, l'émotion peut cimenter de façon aberrante des séquences d'action et d'émotion discordantes. Je vous en parlerais donc aussi.

Pour ces jeunes, une troisième fenêtre s'impose, la sexualité adolescente. Ces situations concernent un âge qui oscille autour de 20 ans. C'est une période où l'imprégnation des hormones dans le corps est maximale. Leur taux est bien plus élevé qu'à l'âge adulte et qu'à l'âge des plus jeunes (l'adolescence commence à partir de 11 ou 13 ans, suivant qu'ils sont filles ou garçons). Ce sont donc des crises de la grande adolescence.

La principale difficulté pour évaluer ces situations et en transmettre une représentation, est que nous devons observer ces désordres comme si nous regardions la personne autiste depuis ces trois fenêtres ; et non pas successivement, mais simultanément ! Regarder par deux ou trois fenêtres en même temps, cela donne une idée de ce que certains veulent dire par : « Il est difficile de penser l'autisme ».

Je vais donc vous présenter la succession de plusieurs de ces moments risqués, dans un ordre d'aggravation, à partir d'observations de ces jeunes faites par ces trois fenêtres.

Mais avant cela, excusez moi pour deux prémisses.

I. Prémisse 1 : quelques vignettes rapides sur des déficits sensori-moteurs courants dans l'autisme de l'adulte.

Ce sont des symptômes qui témoignent du déficit des enveloppes sensori-motrices, des déficits qui perdurent à l'âge adulte. Peut être que certains parmi vous ne connaissent pas ces signes sous ce nom mais vous allez les reconnaître très vite :

- le déficit d'enveloppe cutanée entraîne la recherche de plans durs externes (les planchers, les murs) qu'on touche avec son ventre ou son dos, ou, plus tard, seulement avec ses mains ; ou bien il entraîne la « rigidification » de son corps par l'hypertonie de ses propres muscles, qui deviennent une carapace ; ou bien la recherche de tissus enveloppants, couvrants, pour l'ensemble du corps ; ou encore la recherche du mouillé et des matières humides (on va prendre des douches tout habillé par exemple), le mouillé est fabriqué parfois avec son propre corps (générant ce qu'on appellera de manière inappropriée énurésie ou même encoprésie).
- le déficit d'enveloppe visuelle entraîne la recherche du noir (se réfugier dans une pièce obscure), celui de l'enveloppe auditive la recherche de bruits réguliers (ceux de machines, de voitures, celui de la musique à fort volume ou au contraire de sons qui ont une fréquence isolée, aigue ou grave), et parfois il entraîne même la création itérative et torturante de ses propres cris.
- le déficit d'enveloppe olfactive entraîne la recherche et la création d'odeurs fortes (jusqu'aux excréments parfois, avec les conséquences comportementales de cette recherche) ou au contraire leur évitement (avec des réactions violentes et disproportionnées à certaines odeurs de nourriture, de fromage fondu par exemple).
- le déficit proprioceptif entraîne la marche sur la pointe des pieds, des mouvements de marche incessante ou rapide, ou au contraire la lenteur et l'immobilité du mouvement, laquelle explore ou intensifie d'une autre façon les sensations profondes ; et encore, dans ce même domaine, la recherche de vibrations ressenties à l'intérieur du corps...
- on peut aussi parler du déficit d'enveloppe psychique et de la dépendance à l'attention mentale de l'autre, nécessaire parfois pour tenir un minimum son corps sans qu'il se relâche, dans son tonus ou ses orifices.

Ces troubles ont une intensité variée, ils évoluent dans le temps, ils se combinent en deux ou trois covariants, et ils forment des stéréotypies singulières. Leurs déstabilisations sont fréquentes, surtout lors des transitions, et dans ce cas peuvent apparaître des automutilations.

Tous ces équilibres précaires des enveloppes que vous observez couramment représentent, suivant une belle expression de Marie-Françoise Livoir-Petersen « des tentatives de créer des contenants ou, en cas d'échec, des tentatives d'immobiliser le milieu environnant ou son propre corps ».

Pour autant que ces déficits d'enveloppe génèrent des séquences de vie difficile pour ces jeunes, ce ne sont pas encore les séquences « à risque » de mon sujet d'aujourd'hui. Je les ai mentionné pour illustrer comment notre clinique de l'autisme est maintenant accordée au contexte sensori-moteur, comment sa lecture en dépend.

La notion suivante, celle de l'espace de préhension est en revanche particulièrement importante pour notre «profil à risque».

II. Prémisse 2 : Incidence d'une pathologie de l'espace de préhension sur les décompensations aiguës que nous étudions.

La constitution de cet espace est un mécanisme du développement sensorimoteur ordinaire.³ Je vais en dire quelques mots car il éclaire les exemples cliniques qui suivront.

Chez les petits, le dos et ses constituants (colonne et muscles notamment) délimitent l'arrière d'un espace qui est une sorte de demi sphère située au-devant, et un peu au delà des bras qu'on étendrait devant soi. On l'appelle « espace de préhension ». C'est une zone où le sujet peut sans se déplacer attraper ce qui est à sa portée. En grandissant, nous garderons tous un rapport différent avec ce qui est dans cet espace et ce qui est en dehors. De manière simple, tout le monde peut observer que, dès le plus jeune âge, si une stimulation auditive survient à l'intérieur de l'espace proche du corps, la réaction du petit est d'en saisir la source, et si elle survient en dehors de cet espace, il n'essaye même pas, il sait de manière innée qu'elle est trop loin, mais il a une réaction spontanée d'orientation et de localisation, il tourne sa tête et ses yeux vers ce qu'il a entendu. Les fonctions visuelle et auditive participent activement de cette organisation différenciée de l'espace.

Pour chacun d'entre nous, nos interactions avec les objets inanimés ou avec les sujets animés, les rapports de notre corps avec le corps des autres ne se sont pas construits de la même manière dans de cet espace et en dehors de lui, de part et d'autre de cette frontière. En revanche, nous nous ressemblons tous dans nos réactions quand nous sommes d'un côté ou de l'autre.

Pour les troubles du comportement que nous étudions, cette frontière est décisive.

Chez des petits, la frontière commune à ces deux espaces peut comporter des zones de perméabilité plus ou moins stables. Une des raisons en est que l'évolution de la coordination entre les deux mains et avec la bouche est précaire. Des difficultés d'ajustement entre la vision périphérique et la vision fovéale sont en cause. La construction de l'axe médian du petit est compromise.

Tout cela a des conséquences importantes et immédiates sur les conduites à l'intérieur de l'espace de préhension : la persistance d'une oralité archaïque (mordre pour saisir au lieu d'utiliser ses mains) ou des conduites d'agrippement (par crainte d'un effondrement tonique).

Il est remarquable de retrouver tous ces éléments pathologiques chez nos jeunes autistes « à risque » pendant la phase de décompensation aiguë, et dans ses expressions successives.

³ Voir André Bullinger : « Le développement sensorimoteur et ses avatars », ed. Eres. Dans le power point qui accompagne cet exposé, j'ai repris les 3 schémas du livre figurant l'espace de préhension, pages 88 et 89.

III. Sensori-motricité et sexualité dans la première phase (de décompensation aigue)

III.1. Regard périphérique et maintien à distance versus regard de face et agrippements de proximité : l'exemple de Charles.

Charles est un autiste très déficitaire. Il a un regard latéral ou périphérique très marqué depuis l'enfance, il a grandi en ne regardant jamais de face. Il sautille et est en mouvement toute la journée. La proximité qu'il supporte ou qu'il recherche parfois, et qui améliore ses performances, est l'appui latéral donné par ses parents ou ses accompagnants, par leurs bras et les cotés de leur corps.

Ses nombreux troubles impliquent beaucoup de nursing et je ne les détaille pas ici mais il fut toujours très docile et n'a jamais montré la moindre agressivité ni automutilation.

Devenu jeune adulte, de nouveaux problèmes ont surgi. L'un d'eux est celui-ci. S'il se trouvait par hasard dans une relation de proximité en face à face, dans une proximité inattendue avec un adulte, il tentait d'accrocher un regard, en vain, ce qui s'accompagnait de grimaces de perplexité et de souffrance, tandis qu'il s'agrippait et serrait la personne désespérément, pouvant lui faire très mal.

Alors, il suffisait de lui tourner la tête doucement, de lui faire quitter le regard de face, pour que ces conduites disparaissent et qu'il reprenne, avec son regard périphérique et en s'éloignant de vous, son train train et ses sautilllements.

Cette vignette nous montre que Charles, trouvant le corps d'un étranger inclus par effraction dans son propre espace de préhension, désorganise la relation de son corps à l'espace et aux autres.

Bien qu'il soit maintenant victime d'une « situation complexe », c'est pour d'autres raisons que ce qui est décrit ici. S'il est maintenant exclu du Foyer d'adultes qui l'avait accueilli après notre Hôpital de Jour pour adolescents, Charles ne fait pas vraiment partie du groupe que nous étudions (il a un autisme syndromique, une délétion interstitielle 19 q ter, et il est beaucoup plus déficitaire).

J'ai choisi cet exemple pour commencer car il nous montre avec simplicité le lien entre le rapprochement des corps, la modification du regard et la désorganisation praxique qui s'ensuit.

Elle est intéressante aussi parce qu' on voit la réversibilité complète du problème quand on ramène le regard de Charles à ses habitudes périphériques.

Cet exemple nous permet de mieux saisir les exemples suivantes, où ce mécanisme « de base » est en jeu, mais avec un éventail de possibilités plus large et plus risqué pour les jeunes, moins faciles pour les aidants.

III. 2 : Des séquences de gravité croissante pour les jeunes du « profil à risque » : l'exemple conjoint d'Aloïs et d'Alexis.

Aloïs et Alex ont tous deux ce profil « à risque » que nous étudions, et je vous les présente en parallèle, tels qu'ils étaient au même âge.

III.2. 1 : Éléments cliniques retenus pour ce profil à risque :

Aloïs, qui vit depuis dix ans au CHS de Clermont d'Oise, était auparavant dans notre HJ d'Antony. Il était, comme Alex l'est aujourd'hui, un grand adolescent de 20 ans avec un autisme typique sans cause connue, sans dysmorphie, « non syndromique » (c'est-à-dire pour lequel on ne retrouve pas d'étiologie génétique, ni à transmission héréditaire, comme une maladie liée à l' X, ni une maladie orpheline comme la délétion 19qter de Charles).

Aloïs et Alex ont tous deux un langage à la fois écholalique et de communication, leur compréhension verbale des autres est supérieure à leur niveau d'expression, et ils ont des stéréotypies et des stéréopraxies anciennes, remontant à l'enfance. Certaines sont endormies mais fortement activées par les émotions. Aloïs petit pouvait notamment pincer les personnes proches de lui, tandis qu'Alex leur donner des petits coups sur l'épaule.

En résumé : autisme non syndromique, associé à un niveau moyen de déficit, compréhension langagière supérieure à la capacité d'expression, stéréotypies de l'enfance atténuées à l'adolescence mais réactivées par les émotions.

Remarques sur la sélection des éléments de ce profil :

Cette sélection est arbitraire si on considère que dans le gradient des exemples qui vous seront présentés, chacun d'eux, isolément, peut rappeler d'autres autistes ou TED aux profils différents. L'exemple de Charles le montre pour le tout premier niveau, et, concernant les agrippements ou le toucher pathologique, de nombreux autres jeunes, au delà du « profil à risque » étudié, sont concernés. (C'est un autre intérêt de tous ces exemples : ils rappelleront des situations connues dans les centres, au-delà de ce profil minoritaire).

La pertinence de ce profil est donc relative. Si toutefois nous l'avons configuré ainsi, c'est, de manière pragmatique et provisoire :

- pour des raisons cliniques : la succession et la combinaison des déstabilisations (et notamment le mode d'arrêt sur la frontière de l'espace de préhension, que nous allons observer plus loin) se retrouvent plutôt dans ce profil, je ne l'ai pas observé chez d'autres jeunes.

- pour des raisons thérapeutiques et institutionnelles : la prévention des crises et leur accompagnement sera, en institution, très similaire pour chacun des jeunes de ce profil. (En revanche, nos stratégies seront plus variées quand ils s'en écartent, y compris par exemple pour des jeunes qui leur ressemblent fort mais qui ont un meilleur langage).

III.2.2 : Depuis l'enfance : distance territoriale et regard « distant » vont ensemble (comme pour Charles).

Depuis leur enfance, leur gestion habituelle des bonnes relations sociales avec les autres humains est caractérisée par le maintien d'une distance physique avec l'autre, accompagnée d'un évitement du regard.

On retrouve donc l'habitus de Charles. La différence est que ces deux facteurs sont moins intenses chez Aloïs et Alex et que ceux-ci ont des niveaux intellectuels et des capacités plus élevés.

Par exemple : quand il était plus jeune, Aloïs avait passé sa soirée de bar mitzva, qui fut partagée avec trois autres jeunes autistes juifs, avec une foule d'invités. Il pouvait circuler de l'un à l'autre et parler aux personnes mais à la différence de ses camarades (qui n'avaient pas ce profil particulier) c'était sans poser son regard sur les gens et sans s'en approcher plus de quelques secondes, malgré la foule compacte. Et c'est ainsi qu'il se conduisait au quotidien à l'Hôpital de Jour d'Antony. La gestion de la bonne distance sociale, si une proximité physique est inévitable, est favorisée par l'évitement du regard de face. Ainsi, elle était compatible avec sa participation conviviale à la plupart des activités éducatives ou ludiques, comme avec les activités familiales ou festives.

II.3.3 : A partir de l'adolescence, un gradient de gravité croissante : le débordement auto-contenu ; la perte de la distance (arrêt à la frontière) ; le franchissement de la frontière.

- Le débordement émotionnel et son « auto contention ».

Quand parfois ils sont envahis par un débordement émotionnel, cela commence par des tentatives d'auto contention dont l'allure est observée couramment dans les institutions.

Ce sont des mouvements d'extension du dos et des bras, assez typique de la recherche vaine d'un « arrière-fond »⁴. Cette réaction est un des paradigmes du déséquilibre tonico-émotionnel chez les personnes ayant des Troubles Envahissants du Développement . Pour Alex, on observe en plus, en même temps, des mouvements des mains et des doigts devant le visage (un autre signe de débordement observé couramment dans les institutions). Les mouvements d'extension sont souvent très puissants, avec des sauts en hauteur parfois gigantesques. Ils témoignent sans doute de tentatives de maîtriser leur débordement émotionnel et en même temps de le libérer, et parfois heureusement ils y arrivent par ce biais.

S'ils n'y arrivent pas, ils peuvent (et ici, les accompagnants commencent à être en difficulté) poursuivre par une jubilation auto-érotique, accompagnée souvent d'une érection (parfois difficile à voir) et surtout par un regard qui chavire, très caractéristique pour les équipes, parce qu'il est inhabituel et inquiétant.

- Perte de la distance : arrêt à la frontière avec jubilation érotique et regard qui chavire.

Cette jubilation érotique, avec des mouvements bizarres des yeux, qui sont écarquillés et qui oscillent entre la fuite vers la périphérie et l'agrippement fovéal, se manifeste près de vous alors qu'ils se sont rapprochés et que vous êtes à la frontière de leur « espace de préhension ». Observons alors par la fenêtre « sensori-motrice » les trois possibilités qui

⁴ *Cette notion est importante et récurrente dans les travaux d'André Bullinger, ainsi que dans ceux de Geneviève Haag.*

s'ensuivent.

- S'ils restent sur cette frontière, ils prolongeront cet état intermédiaire de déstabilisation mais ils résistent encore, et tout en sautant et jubilant, ils gardent une distance vis-à-vis de vous.

- S'ils s'éloignent, ce sera un retour au calme (parfois dégressif, après derechef quelques mouvements d'extension dos-bras) et, comme Charles tout à l'heure, ils reprendront leurs habitudes.

- Franchissement de la frontière (de l'espace de préhension) : rapprochement des corps et désorganisations sensori-motrice

En revanche, s'ils se rapprochent de vous, une fois franchie cette frontière, une fois qu'ils vous ont fait passer à **l'intérieur** de cet espace redoutable avec laquelle leur corps d'enfant avait passé des compromis (dont celui de communiquer à distance, en se tenant éloigné du corps des autres), une fois donc ce compromis perdu, alors est réactivée la désorganisation sensori-motrice archaïque, celle de leur enfance, celle du petit autiste en développement déviant.

- Dans le cas d'Alois, une fois trop rapproché du corps de l'autre, il était pris d'abord dans la résurgence des pincements (un geste fréquent dans son enfance mais qui avait peu de conséquences sociales car il était un petit de 30 kg). Puis, de mois en mois, les crises gagnent en violence et en expressions plus complexes que les pincements, avec une agitation débridée et chaotique (témoignant de l'effondrement tonique) avec un masque de souffrance qui se combine avec le rire, alors que les mains, les ongles, et parfois les dents, tentent des agrippements féroces.

- Dans le cas d'Alex, le rapproché du corps de l'autre entraîne, dans une même ambiance délétère de jubilation étrange, des coups ou des agrippements sur l'épaule de l'autre ou son bras. Mais cela ne va plus loin, car nous sommes dix ans après Aloïs, et l'équipe a maintenant le savoir-faire pour le dégager de cette emprise. Notons qu'avec Alex, on pourrait aujourd'hui décrire dans ce même Hôpital de Jour : Thomas et Bilal, avec ces mêmes coups sur l'épaule dans des circonstances voisines, ou Norbert, dont l'agrippement prend la forme de serrer le cou de sa voisine.

III. 3. Synthèse de la première phase (de décompensation aigue) :

Finalement, une lecture synthétique de cette première phase vue par la fenêtre sensori-motrice et par celle de la sexualité serait la suivante :

1. Un certain équilibre sensori-moteur a été durement établi à travers les péripéties enfantines d'une vie avec autisme. Cet équilibre est caractérisé par : **une distance prudente avec le corps de l'autre et l'évitement du regard.** (Le terme d'évitement que j'emploie ici est compatible avec une impossibilité ou bien avec une stratégie - c'est-à-dire le choix plus économique du regard périphérique par rapport à la vision fovéale - ou encore, il est compatible avec une défense contre trop de sollicitations stimulantes).

2. La sexualité adolescente, non pas celle qui est naissante chez les tout jeunes adolescents, mais qui est à son apogée vers 19 - 20 ans (hormones à leur maximum) renverse par moments, par « crises » si on veut, cet équilibre précaire, en poussant au

rapprochement du corps de l'autre. Ce mouvement est naturel mais comme ils franchissent la frontière défensive qu'ils respectaient auparavant, la proximité du corps de l'autre désorganise leurs actes, leur pensée, leur contrôle.

Si donc l'excitation et la curiosité sexuelles sont bien en cause, ce n'est pas comme une diablerie, un désordre dégénératif mystérieux chez nos adolescents autistes (ce que l'impuissance des institutions à les aider suggère parfois de manière tacite).

Elle est en cause en tant qu'elle rapproche les corps. Elle exige trop brusquement, trop violemment, avec aveuglement, qu'un certain équilibre du corps de l'enfant avec son environnement, un équilibre devenu désuet et périmé, soit révisé.

III.4 : Conséquences pratiques et institutionnelles pour la première phase (de décompensation aiguë):

Cette conceptualisation ouvre des espaces de travail assez simples mais impératifs.

- D'abord, il y a une urgence de terrain. Devant cette situation à risque, dont la cause est somme toute banale (comme chez tout adolescent ordinaire, ce n'est que l'apparition d'une attirance et d'une recherche de contact avec des personnes, compagnons d'âge ou autres), **on peut aider ces jeunes à retrouver la distance territoriale perdue.** Comme pour Charles, essayer de revenir à la distance apaisante.

C'est un pis-aller (revenir à la « distance sociale » de leur enfance...) à essayer en urgence. Mais ces jeunes sont moins dociles que Charles. Je dirais plus loin quelles sont les orientations institutionnelles complémentaires que nous suggérons à court terme.

- Ensuite, à plus long terme, on les aidera à trouver un nouvel équilibre corporel d'adolescent ou d'adulte, qui permette le rapprochement sans la désorganisation. Un exemple : au sein d'un travail qui mobilise la pluri-disciplinarité des équipes, Aurélien, psychomotricien à l' Hopital de Jour d' Antony, aide Alex à améliorer sa gestion des espaces et des frontières avec des exercices et des jeux dans des cerceaux de grandeurs différentes.

IV. Troubles cognitifs et sexualité : la deuxième phase (d'aggravation chronique) :

Dans les équipes, nous comprenons un peu mieux les situations de « crise » dont nous avons donné des exemples et nous voulons éviter l'étape suivante avec son risque d'irréversibilité. Celle-ci est une phase d'aggravation et de chronicité, avec des crises semblables aux précédentes mais qui se sont détachées de leur cause initiale (des mouvements en rapport avec l'adolescence) et nous devenons incapables de repérer les causes déclenchantes des crises.

Dans le cas d'Aloïs, la répétition des « crises » pendant plus d'un an a évolué en catastrophe comportementale. Après avoir gagné en fréquence et en intensité, elles ont fini par se déclencher hors de tout contexte, imprévisibles et terrorisantes.

Dans cette aggravation, il semble que des spécificités cognitives cette fois (et non plus sensori-motrices) mélangées à des émotions fortes sont en jeu. Excusez - moi encore pour une nouvelle prémisse.

IV. 1 : Rappel sur certains troubles courants de la coordination des fonctions exécutives.

Une personne ordinaire a les capacités psychiques et cognitives innées (puis renforcées par l'expérience) pour gérer simultanément des séquences de pensée, des séquences d'actions et des séquences d'émotions interdépendantes ou non, et les distribuer dans les registres appropriés. (L'alternance rapide de l'attention en fait partie, mais d'autres capacités encore sont sollicitées).

Au contraire, un des invariants autistiques est un trouble de la « coordination des fonctions exécutives », bien décrit par Laurent Mottron et ses patients de « haut niveau ». Il leur est difficile voire impossible de circuler **simultanément** dans ces séquences, de les agencer, d'établir d'emblée les associations ou les exclusions pertinentes. Les séquences doivent être traitées une par une pour prendre du sens.

Durant les crises d'Aloïs, il n'arrivait pas à trier les séquences de pensée qui surgissaient en lui (Je dois garder mes distances *versus* Je veux te toucher), les séquences d'actions correspondantes (Je m'éloigne *versus* Je me rapproche), les séquences d'émotions (Je suis excité *versus* J'ai peur d'être engueulé), etc. Ces séquences contradictoires s'imposaient malgré lui **ensemble** dans son comportement. Probablement, la présentation contradictoire des jeunes qui restent « à la frontière » (non seulement Aloïs mais tous ceux de ce profil à risque) en est la traduction.

Un degré plus loin, une fois la frontière franchie, on voyait Aloïs frapper et sangloter en même temps et n'y comprenant rien.

Mais jusque là, pour ces crises courtes, même celles qui sont plus intenses que d'autres, nous sommes encore devant un mécanisme cognitif courant, qui se rajoute aux mécanismes précédemment décrits.

Pour une équipe de terrain, aucune crise à laquelle elle trouvera du sens n'est irréductible. Devant une phase de déstabilisation où pulsions et frustrations, combinées avec des limites sensori-motrices déstabilisées et des processus cognitifs déviants créent des symptômes asociaux et de détresse, nous sommes encore en mesure de chercher des déterminismes et de trouver des solutions. Cela est beaucoup plus difficile pour le degré d'aggravation suivant, celui que nous risquons avec ce profil.

IV. 2. Emotion combinée au trouble de la coordination exécutive : un mécanisme complémentaire crée des « soudures » aberrantes.

Cette aggravation résulte d'un mécanisme complémentaire moins connu et de grande importance pour ce profil à risque. Une émotion puissante (la peur ou la jubilation par exemple) force les rapprochements entre ces séquences non organisées, non hiérarchisées, et parfois des séquences séparées voire antinomiques se « soudent » de manière déviante.

Laurent Mottron a recueilli sur ce plan le témoignage d'autistes « de haut niveau » et de personnes avec un Syndrome d'Asperger. Je le cite :

« Certains adultes arrivent à bien décrire que les formes visuelles et auditives constituant

le centre de leurs intérêts particuliers peuvent à l'occasion se souder avec des représentations de nature sexuelle».

Chez Aloïs, le collage concerne : l'excitation sexuelle, le rapprochement corporel, l'agressivité avec agrippements, pincements et morsure, son chagrin d'être violent, et même (dans cette étrange valise) une colère ancienne contre son père.

La répétition de la situation peut donc conduire ces « collages » (de représentations et d'affects, ou de représentations et d'actions) **à une fixation, une soudure, jusqu'à un point de non retour**. Le plus terrible sera que si, dans son environnement, un seul de ces éléments le sollicite (soit la proximité du corps, soit l'émotion sexuelle, ou même le simple souvenir de la colère envers son père) tout ce qui s'est précédemment soudé va s'exprimer ensemble, en dehors de tout **contexte signifiant**, en tout moment et en tout lieu.

Est-ce l'émotion qui force le trouble cognitif ? Est-ce le trouble cognitif qui capture et annexe l'émotion ? Est-ce un mécanisme spécial émotion-cognition ? Je ne saurais dire.

IV. 3 : Est-ce réellement irréversible ? L'exemple de Paul.

Aloïs est interné et même si, chaque semaine, une association partenaire l'accompagne hors du CHS pour des activités ludiques, il est toujours accompagné par deux personnes. Quand il rencontre ses parents, ce n'est que pour dix minutes, avant que cette « soudure » l'emporte dans la violence. Il en a lui-même si peur qu'il demande parfois à ses infirmières ou animateurs de l'enfermer ou de le contenir en le maintenant physiquement. Cette longue chronicité incite donc au pessimisme une fois que la « soudure » est installée.

Mais un exemple récent est plus rassurant, celui de Paul. Il a été début 2010 exclu d'une MAS pour autistes. Parmi ses troubles du comportement, il y avait un de ces collages bizarres. Il se précipitait dans la rue vers les chiens, il s'allongeait sur le ventre et se masturbait sur leurs excréments, tout en essayant de flairer l'animal. Un deuxième collage, plus récent, au domicile, impliquait de la violence envers sa petite sœur. Sans doute parce que les soudures étaient moins anciennes que pour Aloïs, l'accompagnement des équipes de réinsertion (un partenariat multiple avec l' UMI centre) et l'accueil subtil et progressif d'une nouvelle MAS ont permis d'aménager ces troubles.

Retenons donc ce facteur important du traitement : intervenir précocement pour dissoudre ces collages.

IV. 4 : Collages anodins ou soudures graves :

A la réflexion, dès l'enfance, des « soudures », petites, nombreuses s'installent peu à peu, à force de répétitions et d'émotions partagées. **Elles sont plus ou moins anodines**. Elles contribuent à l'étrangeté de la communication et des relations de chaque personne autiste et déterminent en partie son style personnel.

C'est seulement dans le cas où, parmi des éléments disparates, une séquence agressive se soude aux autres que nous avons un grave problème comportemental. Et c'est pour cela que le travail de prévention est essentiel.

IV.5 : Que faire pour prévenir cette phase d'aggravation ?

Les règles du soin institutionnel que nous avons établies sont assez simples mais elles demandent une attention collective et une certaine rigueur :

1. Ne pas laisser le comportement inadéquat sans réagir.
2. Dans l'opposition que nous allons lui montrer : ne pas élever la voix, ne pas montrer d'autoritarisme, pas de mouvements brusques, pas d'émoi, surtout ne pas faire peur.

Il est capital de se rappeler que les émotions, les nôtres et les leurs, servent de ciment à ces collages aberrants. *Nous pouvons participer, par inadvertance ou ignorance, à la formation de ces « soudures »*. Or le contrôle de nos émotions n'est pas simple en institution. De plus, à côté de jeunes ayant ce profil, il y en a d'autres pour qui c'est au contraire la mise en scène de nos émotions qui contribue à leur socialisation.

Ici, notre capacité d'alterner rapidement des réactions pédagogiques appropriées aux uns et aux autres est donc mise à l'épreuve.

3. Ne pas seulement s'opposer au comportement inadéquat mais toujours proposer une alternative (douce donc), de préférence avec l'aide d'un tiers. Malgré les problèmes d'effectif que connaissent tous les centres, il faudra aller chercher un tiers qui facilitera, par sa seule présence (même brève) le passage à une autre séquence.
4. Enfin, éviter la « surstimulation » c'est-à-dire qu'il y ait trop d'interactions avec les autres, ce qui aggrave chez ces jeunes (plus que chez d'autres) les difficultés de coordination. (Par exemple, on peut renoncer parfois à une activité de groupe prévue pour favoriser le retour au calme du jeune).

V. En résumé.

Pour ce profil particulier d'adolescents autistes, la sexualité réactive un sous-bassement sensori-moteur infantile et déficitaire, générant des troubles du comportement sévères mais réversibles, épisodiques. Les accompagnateurs peuvent aider assez facilement à la prévention de décompensations dangereuses moyennant une vigilance et une présence réfléchies.

Si ces troubles se renouvellent fréquemment, le risque existe que les spécificités cognitives de l'autisme figent des comportements incluant des collages dangereux ou très excluant socialement.

18 Juin 2011.

Remerciements :

Je vous remercie de votre attention, ainsi que, pour leur aide dans ce travail : tous mes collègues des Hôpitaux de Jour de Paris (CFG), d'Antony, de l' UMI Centre, Paola Ravanello, éducatrice, Sandy Gatou, psychologue, toutes deux responsables des Bilan Sensorimoteurs, Ludovic Duvergé et Aurélien d'Ignazio, psychomotriciens, les praticiens de l'Association du BSM et merci infiniment à Mr André Bullinger pour ses leçons.