

# Au coeur d'un laboratoire diagnostique médical d'expertise de l'autisme

## REVUE MÉDECINE ET PHILOSOPHIE

Christophe Hovine

### RÉSUMÉ

Comprendre le fonctionnement du trouble du spectre autistique est certes complexe. Mais saisir la manière dont ce diagnostic est posé, comment il est réfléchi et exposé, puis mis en corrélation avec les données scientifiques actuelles nécessite une analyse immersive de cette mise en pratique. La « science en action » semble en effet se dérober à toute circonscription théorique. C'est ainsi qu'en conservant une posture ethnographique dans un « laboratoire » d'expertise diagnostique médicale, nous avons construit un modèle pragmatique susceptible de comprendre l'interpénétration fine entre le trouble du spectre autistique, ses représentations sociales, et la position épistémique et expérimentale qui en découle.

**MOTS-CLÉS** ethnographie ; autisme ; sociologie

### Introduction

Le croisement des pratiques scientifiques et des explorations subjectives fournissent des données importantes à la science médicale. Les pathologies décrites dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux dans sa cinquième édition (DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; American Psychiatric Association, 2013) sont des entités cliniques. Leur nosographie s'appuie sur des paramètres sémiologiques. En parallèle, la recherche actuelle tente d'isoler les marqueurs biologiques, morphologiques et fonctionnels permettant d'asseoir la psychiatrie sur un socle positiviste. Ces recherches font par exemple partie du projet RDoC, pour Research Domain Criteria, qui tente de délimiter les « unités d'analyse » des marqueurs les plus objectifs. Différents niveaux explicatifs de la sémiologie clinique doivent être pris en compte dans le même temps (Micoulaud-Franchi et al., 2019). De la neuropsychologie à la génétique, en passant par l'imagerie fonctionnelle et l'immunologie, chacun de ces niveaux pourrait tenter de résumer la phénoménologie de la personne autiste. L'aléatoire clinique et subjectif doit composer avec la science objective. Mais ce n'est qu'à travers l'exploration de la synthèse de ces champs que nous pourrions saisir le sujet (et l'aider) dans sa globalité. Le

sujet normatif du soin est l'objet naturalisé de la science. Pour mener à bien l'enquête sociologique que nous proposons (Latour, 2005), nous avons observé, pendant six mois, le fonctionnement social (Engel, 1977) des soignants d'un Dispositif Ressource Autismes français. En suivant la méthodologie sociologique de Groulx (1997), nous avons donc :

- pris en compte le contexte social établi entre soignants et soignés
- examiné la hiérarchisation et la complexité des processus mis en jeu
- recherché les écarts de représentation sociale.

Nous avons donc étudié les relations tissées entre les différents acteurs du Centre, plutôt que les individus isolés, dans une approche constructiviste (Beaud et Weber, 1997).

### Accès au terrain

Cette étude a été effectuée dans le cadre d'une observation du fonctionnement social des soignants d'un Dispositif Ressource Autismes (dont nous ne donnerons pas le nom, à la demande du directeur du Centre). Les contacts ont été multipliés pour mieux analyser le réseau et le fonctionnement de la structure d'accompagnement, et avoir accès aux principales personnes présentant elles-mêmes des troubles du spectre de l'autisme. Nous avons ainsi été accueilli au sein du service de consultation, d'évaluation et de prise en charge adapté du Centre Hospitalier référent. Celui-ci accueille des sujets dont le diagnostic

d'autisme a été évoqué, et qui viennent alors obtenir un diagnostic de certitude. Une évaluation globale, un suivi et une prise en charge adaptée et personnalisée fait suite à l'éventuel diagnostic. À travers le point de vue de ce groupe homogène de soignants, nous avons tenté de comprendre comment se formait la représentation de l'autisme et les relations sociales au sein du service. Des entretiens avec une dizaine de professionnels (psychiatres, psychologues, assistantes de service social, infirmières, cadres) ont porté sur leur perception de la pathologie autistique et l'intrication de cette perception avec le récit du patient ou de la famille. Les observations et les entretiens ont été réalisés afin de mettre en lumière la diversité des situations et les difficultés concrètes soulevées par la divergence nosologique, des définitions et des perceptions du trouble. Les conflits en résultant chez les intervenants ont également été étudiés. L'observation in situ avait pour objectif de comprendre les pratiques et d'échapper aux raisonnements et catégories a priori (Goffman, 1975). Dans cet article, ce sont essentiellement les entretiens qui seront analysés. Nous observerons la représentation de la science médicale actuelle au sein de ce Centre. L'intérêt de cette première partie sera d'éclairer le lecteur sur les connaissances actuelles de praticiens « experts » dans le domaine. Autrement dit, nous verrons « ce que dit la science aux praticiens », à ce sujet, et combien cette science est adaptée à la réalité du trouble du spectre de l'autisme. Dans un second temps, nous verrons comment cette pratique s'applique au sein du Centre, et comment elle est déployée et adaptée par chaque praticien. L'ensemble du rapport sera émaillé de citations recueillies chez différents praticiens du Centre.

### Approche sociale

La typologie du trouble social dans le spectre autistique se fonde sur une différence dans l'ajustement interactif vis-à-vis des sujets neurotypiques (Tardif, 1997). Pour initier et maintenir des interactions sociales, il faut faire porter des significations, et savoir donner un sens aux perceptions. L'information n'est pas une donnée brute, mais socialement teintée. Cette remarque est d'autant plus vraie pour les concepts et les autres abstractions. Erving Goffman (1973) a longuement étudié l'ensemble de codes nécessaires à la communication sociale. Les nuances subtiles exprimées à travers le regard, les gestes, les mimiques ou les postures sont des règles sociales implicites.

*« Il a fallu plus de quatre semaines de réflexion à un jeune adolescent pour mettre en place un tableau informatisé que son lycée lui demandait. Cette introspection intense lui a permis de saisir que la variation des chiffres dans le tableau ne pouvait être saisie que d'une seule manière : par la couleur violette. Tout son intérêt s'est porté sur cette question, et sa satisfaction sur la réponse qu'il en donnait. Ce n'est pas du perfectionnisme. On pourrait dire que c'est un trouble des fonctions exécutives. Celles-ci permettent notamment d'avoir une flexibilité mentale adaptée (savoir abandonner une tâche pour une autre plus « importante » - donc hiérarchiser les priorités). » (l'infirmière du Centre)*

Notons également que les difficultés sociales peuvent être traduites, en neuropsychologie, par un ensemble de cinq composantes (de la cognition sociale) : la théorie de l'esprit (parvenir à se mettre à la place d'autrui), le traitement des informations émotionnelles, et le style attributionnel (teinter une perception ou un événement de manière négative ou positive, par exemple, en évitant les biais cognitifs, et attribuer les événements à des causes extérieures ou internes), ainsi que par les connaissances sociales et la perception sociale. Ces

composantes semblent impactées dans le trouble du spectre de l'autisme.

*« On a pu voir des adultes autistes s'étonner de la capacité d'autrui à « parler avec les yeux » : comment donc lire dans un sourcil haussé ? Comment mesurer le millimètre inférieur de paupière qui indique que celui-là exprime sa tristesse ? D'aucuns auraient pu affirmer qu'une ampoule allumée ou un coin de table pouvait être tout aussi intéressant qu'un regard. Ce qui est décrit en sémiologie comme un « évitement du regard », peut alors être perçu comme une difficulté à prendre en compte autrui : autrui est en effet emplie de pensées, de croyances et de désirs inaccessibles pour la personne autiste. En vérité, l'anxiété chez l'autiste ne relève pas d'une déformation de la réalité, qui transformerait par exemple la souris en éléphant. Elle naît plutôt du fait du « monde imaginaire » qu'il crée contre son gré, transformant par exemple les souris blanches en imposants rats d'égout. » (la psychologue du Centre)*

### Approche communicationnelle

En terme de langage, la particularité du sujet porteur d'un trouble du spectre de l'autisme porte sur la fonction pragmatique du langage que sur la production langagière (Bishop, 2014). La fonction pragmatique correspond à l'usage approprié d'un moyen de communication, porteur de croyances, d'intentions, et de sens, dans un but de socialisation. Par exemple, cette instrumentation de la fonction pragmatique explique les difficultés dans l'attention conjointe : les gestes déclaratifs, suscitant la communication, témoignent nécessairement d'un accès à la connaissance de soi et de l'autre (Carpenter et Tomasello, 2000).

*« Ces mécanismes, inhérents à la fonction du langage, ne peuvent être séparés de paramètres sociaux complexes : quelles attitudes corporelles, quelle proxémique, quels sens des priorités, quelle déduction et évaluation doit-on développer lorsqu'on produit un tel code ? Quelle intonation spécifique sera susceptible de modifier substantiellement la portée de la proposition verbale et de la syntagme ? D'ailleurs, la métaphore et la symbolique du langage peuvent être énigmatiques pour la personne autiste. » (l'orthophoniste du Centre)*

### Approche émotionnelle et socio-affective

Les divergences de sensibilité et d'affirmation émotionnelle peuvent être comprises comme des différences primaires (Hobson, 2011), ou conçues comme étant secondaires à un déficit plus global (Baron-Cohen, 1994). Au sein du laboratoire d'expertise diagnostique, nous retrouvons la mise en lumière de ces variations interindividuelles en fonction des intervenants et des approches disciplinaires. Les représentations signifiantes, se traduisant par des émotions différentes chez la personne porteuse d'un trouble du spectre de l'autisme par rapport à celle de personnes dites « neurotypiques », sont plus ou moins authentifiées en fonction des spécialités médicales et paramédicales.

*« Comme ici, combien d'enfants refusent de goûter aux aliments de couleur jaunes, car l'impact de la synesthésie leur fait se remémorer un souvenir douloureux ? Combien n'ont pas pu aller à l'école à cause du contact du métal des chaises sur leurs avant-bras ? Combien encore sont descendus à ski sur un tibia brisé parce qu'ils ne savaient pas exprimer « convenablement » leur douleur ? » (l'ergothérapeute du Centre)*

Quel que soit le modèle neuropsychologique utilisé, l'oscillation autour de la « normale statistique » reste globalement la même (Carter et al., 1998). Au sein du Centre, différents

modèles explicatifs tentent de résumer l'explication causale de la sémiologie perçue. Il peut s'agir : d'un déficit dans la théorie de l'esprit, engendrant des défauts de communication et de la relation sociale ; d'une sensibilité sociale divergente ou irrégulière, rendant difficile l'expression signifiante ou la représentation des codes ; d'anomalies sensorielles, avec une hyposensibilité de certains sens (par exemple du tact protopathique) et une hypersensibilité d'autres sens (par exemple le tact épicrotique) témoignant d'une différence dans le filtrage des stimuli ; enfin, d'un trouble des fonctions exécutives, régulant par exemple l'initiation de tâches, la planification, la flexibilité ou l'inhibition. Les outils choisis pour réaliser ce nivellement sont issus des données neurocognitives (Motttron et Belleville, 1994). Il se pourrait que d'autres approches puissent être le vecteur d'autres visions de la personne porteuse d'un trouble du spectre, mais elles ne sont pas discutées dans le laboratoire.

### Uniformisation des représentations sociales

Une uniformisation des représentations sociales se profile donc au sein d'une telle structure de soin. Les positions scientifiques présentées dans la partie précédente sont soutenues par l'intégralité des membres de l'équipe. Ils n'iront certes pas jusqu'à dire que le produit de leur représentation est l'autisme ; mais lorsque ces mêmes hypothèses de science sont uniformément épousées par le groupe social (Oriol, 1985), la représentation de l'enfant autiste, tel qu'il se meut dans cet « environnement diagnostique », est intrinsèquement lié à ces présupposés. Deux implications en découlent :

- La première est positive : une uniformisation des représentations permet d'avancer dans la pratique du soin. Elle est nécessaire à la cohésion de la structure, de l'institution, mais aussi des différents partenaires qui oeuvrent pour le bien être du bénéficiaire. L'adoption d'une description unique rend possible un langage commun, à la fois percutant et efficace (Héran, 1987).
- La seconde impose d'ouvrir une discussion : cette fermeté peut entraîner des heurts entre soignants et chercheurs. En effet, la discussion avec les tenants d'une vision alternative de la conception ontologique de la personne porteuse d'un trouble du spectre de l'autisme a été très singulière dans le paysage français. De nos jours, il semble qu'il y ait moins matière à débat, ou du moins ce débat reste étouffé. Nous allons aborder ce point par la suite (Hochmann, 2007).

Pour mieux comprendre la formation des représentations sociales au sein du Centre, nous allons brièvement résumer de manière critique l'histoire de l'autisme. En effet, le lourd malentendu de la psychanalyse ne peut être passé sous silence. Les hypothèses de base de la psychanalyse permettaient une introspection des phénomènes inconscients. Mais il est apparu que l'autisme ne pouvait entièrement se réduire aux processus de subjectivisation mis en jeu dans l'étude analytique. Freud lui-même s'était déjà « heurté à la barrière synaptique » (Juignet, 2015). La naturalisation du trouble pourrait apporter des explications qui offrent des approches thérapeutiques indépendantes des « fantasmes » de la structuration de l'esprit que la psychanalyse transporte (Golse et Robel, 2009).

*« C'est amusant de trouver, dans ce lieu à vocation de recherche neuroscientifique, un médecin possédant une formation psychanalytique. Il est clair qu'il n'est pas une « couverture » utilisée par le service de soin. Ce médecin affirme lui-même que les conceptions psychanalytiques,*

*dont il s'est servi dans sa pratique antérieure, « remontent » parfois pour expliciter des incompréhensions : mais il laisse bien entendre que la cause freudienne ou lacanienne, très clairement, n'est pas en mesure d'aider le sujet porteur d'un trouble du spectre de l'autisme. » (la secrétaire médicale du Centre)*

Il est nécessaire de rappeler que les explications organicistes, sans validité scientifique quelques dizaines d'années auparavant, avaient pour objet de favoriser l'exclusion de la folie et le rejet de l'objet malade engageant la légitimité de la société. Inversement, la psychanalyse avait le mérite de proposer une prise en charge concrète et humaniste (Schaeffer, 2010).

*« C'est le modèle béhavioriste, offrant l'idée d'une « boîte noire » inaccessible à toute étude expérimentale, qui a permis de sortir de ce paradigme analytique. Aujourd'hui, l'accumulation des connaissances autour des fonctions cognitives et cognitivo-sociales permet une caractérisation sensible de la vie émotionnelle du sujet. L'Evidence Based Medicine est désormais compatible avec une approche individualiste, car elle s'est affinée au point de percevoir à quel endroit se situait l'aspect théorique, et en quel lieu il était possible de retracer le contour des intersubjectivités. Il est ici permis de voir les bienfaits de cette individualisation. » (le médecin-chef du Centre)*

### Philosophie des représentations sociales dans le trouble du spectre de l'autisme

Comme nous l'avons compris en évoquant le débat opposant les tenants d'une approche neuroscientifique et des théories psychanalytiques, les représentations sociales s'inscrivent dans deux paradigmes médicaux : le paradigme naturaliste et le paradigme normativiste du soin (Aristote, I.2.1252b27). L'opposition apparente entre psychogenèse et organogenèse n'a plus beaucoup de partenaires (Bedtke, 2012). Bien entendu, l'homme pense, agit, ressent et produit de l'existence. Il est une machinerie complexe en relation avec son environnement. Le tissu interactif qui se crée entre psychogenèse et organogenèse, et dont la dynamique commune est nécessaire à la compréhension mouvante de l'autisme, se déploie dans l'acceptation simultanée des différents discours. Chacun d'eux se situe à un niveau propre d'explication ; ils n'ont pas la même portée en raison d'objectifs différents (Brink, 1989). La question de la causalité est confiées aux neurosciences (Ramus, 2011). Les approches humanistes tentent de comprendre la subjectivité du personnage en souffrance. Structurer le champ où s'inscrivent les représentations sociales est nécessaire (Joyce, 2001). La communication entre soignants n'en serait que renforcée. Cette communication est fondamentale dans l'établissement des relations entre soignants de différents milieux. La notion de représentation sociale est basée sur la manière qu'un individu a de créer son univers de croyances et d'idées. Elle véhicule un ensemble de croyances, de connaissances et d'opinions (Guimelli, 1999). Elle est produite pour interpréter la réalité en lui conférant certaines significations (Jodelet, 1989). En ce qui concerne l'autisme, nous pouvons observer ce que Goffman appelle la création d'une « identité sociale virtuelle ». Les sujets « supportent » l'identité que la société leur assigne, et cette imprégnation est assimilée par la personne : cette nouvelle identité peut être soutenante, stabilisatrice, et leur permet d'expliquer leur vie et de parer les éventualités de l'avenir. En fonction de sa réception, elle peut également être subversive (Goffman, 1975). En somme, ce que le sujet du soin comprend de ce qui lui est transmis par le soignant va former la représentation de son propre trouble. Les représentations de l'autisme témoignent en pratique des constructions entre les processus de création cognitive et l'information apportée (Jodelet, 1989). La responsabilité de ce

manièrement doit faire se questionner les soignants sur leur positionnement. L'assignation implicite doit en effet être employé avec une grande prudence (Herzlich, 1969). La représentation sociale du spectre autistique comporte un noyau solide. Le noyau d'une représentation est constitué de critères stables et spécifiques. C'est à partir de ce noyau qu'historiquement le concept qu'il décrit se fabrique au cours du temps. Et pour aller plus loin, dans l'avenir, c'est la propagation de ce noyau qui va orienter la perception de la société sur la question de l'autisme. Le laboratoire clinique que constitue le Centre incubé et nourrit les représentations de l'avenir, du moins dans la gamme d'entités dont il s'occupe et dans l'espace géographique qu'il exploite. À ce stade, il pourrait être convenable d'affirmer que les approches neuropsychologiques alimenteront le regard d'une partie de la société sur l'autisme (Wolff et al., 2009). La bienveillance s'impose concernant la représentation sociale portée par cette « pépinière » des savoirs spécifiques. Le regard des soignants de ce lieu n'est-il véritablement tourné que dans une seule et même direction ? La réalité ethnologique, telle qu'elle peut être perçue plus finement dans cet « atelier de représentations », semble faite d'un enchevêtrement de complexités. L'acte de synthèse des facettes subjective et positiviste des sujets de soin demande de se placer dans la position du chirurgien qui, ouvrant délicatement les couches successives de l'organisme, fige les écoulements issus de la dissociation qu'il provoque. De même, il existe de nombreuses « strates » de l'autisme, c'est-à-dire différents récits disponibles pour cerner ce sujet. Il existe autant « d'autismes » que ne peut le permettre la diversité des individus. Cette diversité pénètre de manière différente les familles, le contexte social, le praticien lors d'un entretien, ou le sujet, pris lui-même dans cet entrelacs pluralistes de controverses. Au-delà des représentations, le sujet est « renvoyé » au soignant et à l'environnement, avec toute son humanité. La représentation catégorise et apporte du sens. Au sein du Centre, une fois que le diagnostic est posé, la vie de la personne concernée va basculer. La nouvelle assignation fait que son existence prend sens, lors de cette transition de rôle (Jaujard, 2011). Il n'existe pas de continuum entre la typicité normative et la diversité retrouvée dans le spectre du trouble de l'autisme. La notion de continuum s'étend en une seule dimension, celle de spectre ouvre sur une seconde dimension, ajoutant à l'intensité quantitative du trouble la valeur qualitative des compétences amplement variables.

« Le pluriel est utilisé dans la dénomination du Centre : le Dispositif Ressource Autismes. D'un côté, il existe en effet des personnes autistes dont la maîtrise primitive des fonctions instinctuelles est impossible, pouvant aller jusqu'à une incapacité à maîtriser la voix, des gestes, ou les sphincters. Seule la communication facilitée a permis une ouverture sur l'intense dissertation intérieure qui se déroulait derrière ces enveloppes (Gepner, 2001). Les crises d'agressivité peuvent faire partie de cette difficulté à se relier au monde (Sellin, 1994), potentiellement aggravées par les débordements générés par la surstimulation. D'un autre côté, on retrouve à travers l'ancienne dénomination d'autisme d'Asperger des jeunes adultes qui se « suradaptent » à leur environnement, utilisant des outils et des méthodes de partages sociaux suffisamment fins pour « passer inaperçus » au quotidien. La souffrance de l'inadaptation naturelle persiste. Quand les causes de cette « différence » sont explicitées dans ce centre, la douleur se révèle parfois brutalement. » (le cadre supérieur du Centre)

## Conclusion

Les représentations sociales qui ont été discutées précédemment ont été issues de populations soignantes « neurotypiques » ;

il existe tout autant de représentations élaborées par des individus porteurs d'autisme. Pour Grandin (1992), l'autisme « fait partie d'elle-même », c'est elle. L'acceptation de sa différence sociale se fait par intériorisation. Williams (1996), par contre, préférera considérer l'autisme comme extérieur à elle-même, dans la mesure où cette entité lui cause des difficultés pour s'intégrer en société. L'acceptation se fait par extériorisation. Enfin, Sinclair (1993) va parler de l'autisme comme d'une manière d'être, certes envahissante, mais teintant toute expérience, émotion ou pensée. Il revendiquera cette différence comme un statut existentiel à part entière. Il va de soi qu'élaborer un noyau représentatif commun aux personnes autistes et à la population générale (comprenant les praticiens) est une exigence tout aussi primordiale qu'épineuse. Cet effort de traduction est cependant visible au sein du Centre qui cherche à penser la différence. Cette dernière peut être conçue par les bénéficiaires comme un moyen privilégié pour surmonter les problématiques sociales ; elle est envisagée par les soignants comme correction d'un décalage naturel par rapport à la société, et comme vectrice d'espoir. D'ailleurs, sans cette vision commune, la prise en charge pourrait passer pour un assistanat forcé (Gerland, 2000). Ainsi, le discours actuel (qu'il soit neurocognitif ou non) soutient l'essor d'une redéfinition de l'autisme, conçu comme différence et non comme trouble (Chamak, 2004). Cette différence, fondamentalement ancrée dans l'ontogenèse de l'être humain en constitution et révélé précocement dès la première apparition au monde, a permis la constitution de l'autre paradigme permettant de penser l'environnement (Grandin, 1992). En pratique, le fait que la notion de variation prédomine sur le concept de déviance à la norme renvoie à un paradoxe. D'un côté, un discours sur le dysfonctionnement mental est décrit dans un processus de naturalisation du trouble. De l'autre, une insistance sur la distinction qualitative s'affirme, demandant à ce que l'altérité soit respectée. Cette dernière position se fonde sur l'absence de normativité sociale. Derrière cet enjeu, on retrouve le débat, précédemment cité, opposant la philosophie normativiste et naturaliste. N'est-ce pas alors vers des auteurs réconciliant ces visions, par exemple autour d'une théorie de l'action, qu'il convient de se tourner (Nordenfelt, 2018) ? À cette inclusion du spectre de l'autisme dans une perspective qui n'appartient ni au pur naturalisme, ni au normativisme, nous pourrions proposer une carte botanique, ou zoologique. Comme l'historien qui reconstruit le passé, le botaniste et le zoologiste adoptent une démarche herméneutique. Ils cherchent à expliquer. Ils saisissent ce qui se cache sous le fait, à l'état de nature. C'est à travers une méthodologie de ce type que nous avons repéré comment se construisait la perception de la personne autiste lorsqu'il rencontrait un environnement médical diagnostique. Les approches neurocognitives permettent d'orienter les praticiens dans une direction commune. Au centre de cette thématique, les représentations de chacun et les réflexions qui en découlent servent de support pour véhiculer une image cohérente du spectre autistique. L'analyse épistémologique nous offre un cadre d'étude pertinent : en immersion dans la « science en mouvement », il est alors possible de repérer les contraintes et les pressions qui s'y développent, y sont étouffées, y sont banalisées ou abandonnées

## RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Aristote, Politics, book I, chapter 2, page 1252, column b, line 27

- Beaud S., Weber F. 1997. Guide de l'enquête de terrain, Paris, La Découverte.
- Bedke, M.S., 2012. « Against Normative Naturalism », *Australasian Journal of Philosophy*, 90(1): 111-129.
- Bishop, D.V., 2014. Pragmatic language impairment: A correlate of SLI, a distinct subgroup, or part of the autistic continuum?. In *Speech and language impairments in children*(pp. 113-128). Psychology Press.
- Brink D.O., 1989. *Moral Realism and the Foundations of Ethics*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Baron-Cohen S., 1994. *Understanding other minds: Perspectives from autism*. New York, Oxford University Press.
- Carpenter, M. and Tomasello, M., 2000. Joint attention, cultural learning, and language acquisition: Implications for children with autism.
- Carter, A.S., Volkmar, F.R., Sparrow, S.S., Wang, J.J., Lord, C., Dawson, G., Fombonne, E., Loveland, K., Mesibov, G. and Schopler, E., 1998. The Vineland Adaptive Behavior Scales: supplementary norms for individuals with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 28(4), pp.287-302.
- Engel, G.L., 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), pp.129-136.
- Gerland G., 2000. *Finding out about Asperger syndrome, high functioning autism and PDD*. London, Jessica Kingsley Publishers.
- Goffman E., 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris, Les Editions de Minuit, coll. Le sens commun.
- Goffman E., 1975. *Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit.
- Golse, B. and Robel, L., 2009. Pour une approche intégrative de l'autisme infantile. *Recherches en psychanalyse*, (1), pp.45-51.
- Grandin T., 1992. *An Inside View of Autism. High-Functioning Individuals with Autism*. New York, Springer US, coll. Current Issues in Autism.
- Groulx, L.H., 1997. Contribution de la recherche qualitative à la recherche sociale. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, pp.55-82.
- Héran, F., 1987. La seconde nature de l'habitus: tradition philosophique et sens commun dans le langage sociologique. *Revue française de sociologie*, pp.385-416.
- Hobson R.P., 2011. « Cognitive flexibility in autism: a social-developmental account », In *Researching the Autism Spectrum*. Cambridge, Cambridge University Press : 266-283
- Hochmann, J., 2007. A la recherche d'un dialogue entre neurosciences et psychanalyse: l'exemple de l'autisme infantile. *Revue française de psychanalyse*, 71(2), pp.401-418.
- Jaujard, F., 2011. La transition de rôle, concept opératoire de gestion du changement. *Revue française de gestion*, (5), pp.29-44.
- Joyce, R., 2001, *The Myth of Morality*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Juignet, P., 2015. La psychanalyse pourrait-elle être scientifique ? Philosophie, science et société [en ligne], <https://philosciences.com/philosophie-et-psychopathologie/psychopathologie-psychiatrie-psychanalyse/134-psychanalyse-scientifique> (page consultée le 03/06/2018)
- Latour, B., 2005. *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oxford university press.
- Micoulaud-Franchi, J.A., Quiles, C., Batail, J.M., Daudet, C., Cermolacce, M. and Dumas, G., 2019, February. Vers une approche physiologique de la sémiologie en psychiatrie. Partie 1: approches RDC, DSM, RDoC et HiTOP. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson.
- Mottron, L. and Belleville, S., 1994. L'apport de la neuropsychologie cognitive à l'étude de l'autisme. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 19(2), p.95.
- Nordenfelt, L., 2018. Functions and health: towards a praxis-oriented concept of health. *Biological Theory*, 13(1), pp.10-16.
- Oriol, M., 1985. L'ordre des identités. *Revue européenne des migrations internationales*, 1(2), pp.171-185.
- Ramus, F., 2011. Quel pouvoir prédictif de la génétique et des neurosciences, et quels problèmes?. *Médecine droit*, 2011(106), pp.51-58.
- Ricoeur P., 1983. *Temps et récit 1*. Paris, Seuil, coll. L'ordre philosophique.
- Schaeffer, Jean-Marie. *Le Traitement cognitif de la narration. Narratologies Contemporaines*. Eds John Pier and Francis Berthelot. Paris : Editions des archives contemporaines, 2010. 215-32.
- Sellin B., 1994. *Une âme prisonnière*. Paris, Laffont.
- Sinclair J., 1993. Ne nous pleurez pas. *Our Voice*, lettre d'information de Autism Network International.
- Tardif J., 1997b. « La construction des connaissances : Les consensus », *Pédagogie collégiale*, 11 : 14-19.
- Wolff, M., Gattegno, M.P. and Adrien, J.L., 2009. Rôle et avenir du psychologue superviseur français pour l'accompagnement de personnes avec autisme. *Revue Québécoise de Psychologie (RQP)*, 30 (3), pp.143-162.