

Jean-Pierre Drapier

Conférence

Autistes, praticiens et institutions : la maltraitance réductionniste *

Personne n'ignore en France et au-delà les polémiques, disputes, disputes, remises en cause, hypothèses qui fleurissent autour dudit autisme, tant de son étiologie que de sa prise en charge et de son traitement.

La question part de tous les côtés et semble impossible à trancher. Mais souvenez-vous de l'œuf de Christophe Colomb : à un problème impossible à résoudre sans en déplacer la problématique, celui-ci a trouvé la seule solution possible, casser le bout de l'œuf. Solution simple mais robuste. Aussi simple que celle qui consiste à trancher le nœud gordien.

Eh bien pour trancher la question de l'autisme, partons d'une idée simple mais au plus près du réel : « L'autisme n'existe pas. » Cassons l'objet de la dispute. C'est un fait épistémologique bien établi : une problématique mal posée, un objet d'étude mal défini laissent libre cours à l'imaginaire et tous les arguments deviennent valides selon le point de vue où l'on se place. Cela a été le tort de certains psychiatres et psychanalystes de réduire la question à une dimension psychogène, et de faire prévaloir un monisme tant de l'étiologie que de la forme.

Pas tous : pas plus Frances Tustin, qui parlait plus volontiers d'états autistiques à la fin de sa vie, que Margaret Malher, qui évoquait le syndrome autistique ou considérait l'autisme comme un pôle.

Actuellement, c'est le tort méthodologique de certains scientifiques qui adoptent une démarche scientiste en réduisant tous les syndromes autistiques à un prétendu « autisme neurodéveloppemental » dont la cause serait à tout coup organique et l'abord subjectif parfaitement inutile. D'ailleurs, là aussi il y a une erreur de raisonnement méthodologique : en quoi une cause organique priverait-elle d'une souffrance subjective et rendrait-elle inutile l'élaboration du monde par le sujet ? L'existence de

l'ordre du symbolique, de l'ordre du langage s'impose à tous, même à ceux qui le refusent.

Mais alors, vous direz-vous, me direz-vous, vous refusez le diagnostic, vous reculez devant et risquez de reculer une prise en charge nécessairement précoce ? Pas du tout. Dans la continuité de Jean Oury, j'affirme : « Le diagnostic c'est sérieux » ; c'est sérieux parce que cela a un certain nombre de conséquences, en particulier au niveau des stratégies thérapeutiques, au niveau de la position de l'analyste, au niveau du transfert, de l'interprétation, du style d'intervention, de la pluridisciplinarité des prises en charge, etc. Et c'est bien parce que c'est sérieux qu'il faut le traiter sérieusement et ne pas se laisser entraîner par les modes et les discours dominants auxquels médias et politiques donnent crédit. Il n'y a plus actuellement que quatre diagnostics chez l'enfant perturbé : ou il est « précoce », ou il est « dys », ou c'est un « hyperactif », ou il est « autiste ». Quatre faux diagnostics – neuf fois sur dix – qui cachent les vrais « diagnostics » qui peuvent s'appeler angoisse, névroses, psychoses, troubles autistiques liés à une cause à rechercher. Le problème de ces diagnostics stéréotypés, c'est qu'ils conduisent à des traitements stéréotypés et à la négation de la subjectivité : un médicament, une rééducation et tout ira bien.

La clinique montre que ce n'est pas le cas : la souffrance et les troubles insistent. Même quand les zéloteurs de ces néo-diagnostics pensent contester l'approche psychiatrique, ils ne font que rester sur son mode diagnostique qui privilégie les phénomènes observés, vise à la sériation dans une collection : à tels signes correspondraient tels diagnostics, et à tels diagnostics tels traitements. Traitement type, stéréotypé, dicté par l'ordinateur. Ainsi pour un enfant autiste que je suivais depuis plusieurs années et qui retournait pour la deuxième année à son « bilan » dans un CRA¹ parisien, « bilan » bien fait par ailleurs, qui constate les énormes progrès du comportement, de relation, de langage, l'absence de délire ou d'hallucinations, le maintien de la scolarisation. Et « bilan » qui conclut : « Poursuivre la prise en charge au CMPP² », et d'ajouter : « Thérapie ABA³ et Risperdal 1 mg. » Un diagnostic, un traitement. Dans ce cas, si le diagnostic était correctement posé (quoique autisme au lieu de syndrome autistique...), l'automatisme et l'universalité de la réponse (pour tout enfant atteint d'autisme : ABA et rispéridone) constituent un vrai danger.

Le discours scientiste actuel a créé un grand sac qu'il appelle « autisme » et où il met tout ce qui présente les mêmes signes ; il en conclut à une unicité étiologique neurodéveloppementale et donc à une unicité thérapeutique.

Or, en nosographie correctement conçue, un tel regroupement n'est pas *une* entité nosographique, autrement appelée *une* maladie, mais un syndrome, c'est-à-dire un ensemble de symptômes.

Prenons l'exemple du syndrome dépressif. Il se définit par ses traits symptomatiques (aboulie ou perte du désir, tristesse, pleurs, troubles du sommeil) et des mécanismes psychiques (perte de l'élan vital, fuite devant l'insupportable...). À une époque, certains ont voulu en faire une entité nosographique, « La Maladie Dépressive ». Cela n'a pas bien tenu la route car qui peut confondre une dépression réactionnelle et un deuil quel qu'il soit, une position névrotique et une mélancolie ? C'est exactement au même tour de bonneteau méthodologique que l'on assiste avec ce grand sac que l'on appelle l'Autisme.

Reprenons les choses à la base : à des âges différents – les parents nous le disent bien –, apparaît un trouble de la relation, de la communication. Ils nous le disent très clairement :

– « À la naissance, il ne nous regardait pas. Dans nos bras, c'était un bout de bois » ;

– ou bien, au contraire : « À neuf mois, il a arrêté de progresser, il a régressé, ne voulait plus s'alimenter qu'avec ci ou avec ça » ;

– ou d'autres : « À 16 mois, il disait "Papa, maman, *popo*", il marchait, et puis plus rien il est devenu agressif ».

Tout d'abord, ces moments d'apparition à des stades de développement différents doivent questionner sur l'unicité étiologique. Mais au-delà, les explorations faites de plus en plus systématiquement – et c'est très bien – montrent dans seulement 20 % des cas une cause, ou une participation organique : chromosome X fragile, délétion d'un gène, trisomie 4 (quelques cas dans la littérature mondiale), syndrome de Rett, etc.

Dans les 80 % restants des cas, on ne trouve rien, pour une part par insuffisance des connaissances sans doute, mais aussi parce qu'il n'y a rien à trouver d'inscriptible dans l'organique. Pourquoi nier systématiquement un accident dans l'histoire subjective, dans l'histoire de la famille, une mauvaise rencontre ? D'ailleurs, pourquoi ne pas penser que des causes « environnementales », dont font partie les coordonnées signifiantes et historicisées, agissent ou non en synergie avec un terrain réceptif ? Causalité psychique et causalité organique, toutes les deux ne sont pas nécessairement incompatibles.

Quoi qu'il en soit, ces hétérogénéités d'apparition, d'étiologies, de devenir très divers me font refuser l'Autisme comme entité, mais plutôt parler de syndrome autistique.

Quelle qu'en soit la cause (psychologique, organique ou un mélange des deux), cela débute, comme l'écrit Françoise Dolto, par « un évitement, puis une perte prudentielle de la relation » et « une perte du code du langage commun ⁴ ». Il y a une impossibilité ou un empêchement pour l'enfant d'entrer dans l'aliénation signifiante et, partant, dans la séparation. Nous y reviendrons.

Cela aboutit à un syndrome autistique que je définirai ainsi :

- persécution par l'Autre et par les signes qui manifestent l'existence de l'Autre : le regard, la voix, le toucher, le désir, la volonté, les commandements, les injonctions surmoïques, le changement de cadre. Tous ces signes marquent la présence de l'Autre, son existence dans l'*Umwelt*, son hétérogénéité radicale à l'*Innenwelt* mal assurée du sujet. L'Autre est donc intrusif, dangereux ;

- à cette persécution, à ce danger, réponse par la tentative d'annuler l'Autre par le mutisme, un néo-langage, le refus du regard, du toucher, le besoin d'immuabilité et d'annuler le ou les petits autres dans leur présence et leurs désirs, par l'ignorance superbe de l'autiste, l'agressivité ou la réduction de l'autre à un prolongement utilitaire ;

- non-construction d'un corps imaginarisé obéissant à la découpe signifiante, en particulier au niveau des orifices et des extrémités, produisant des troubles alimentaires, de la défécation incontrôlée, des troubles de la marche, etc.

Il y a donc bien un ensemble de symptômes et de positions par rapport au monde qui permettent de dire « les autistes » au même titre que l'on peut dire les déprimés ou les alcooliques, mais sans tomber dans la confusion de l'Autisme, de la Maladie Dépressive ou de l'Alcoolisme : l'enveloppe formelle peut cacher les différences de structures et conduire à un diagnostic d'approximation et à une stratégie thérapeutique uniformisée et donc fautive.

Ce réductionnisme, au vu de sa tare méthodologique, ne peut passer qu'en force, au-delà de la raison et du raisonnement. D'où la maltraitance à laquelle nous *assistons* pour les autistes, les institutions et les praticiens. Quand il n'y a pas d'argument d'autorité, restent les arguments autoritaires.

Ces diagnostics d'approximation, avec des critères d'inclusion de plus en plus larges, ont une autre conséquence : ils conduisent à créer, à côté de

la fausse épidémie de TDAH⁵, une fausse épidémie d'autistes, à un extensionnisme statistique.

Aux États-Unis, la prévalence du TDAH chez les enfants de 6 à 17 ans est passée de 0,7 % en 1996 à 2 % en 2001, puis à 5,3 % en 2007. Alors qu'elle est de 1,16 % en Grande-Bretagne et qu'en France elle se situe entre 1 pour 1000 (chiffre de l'Institut Pasteur) et 6,4 pour 1 000 (chiffre de l'HAS⁶, étude Fombonne). Avec d'autres critères (autisme et non TED⁷), elle serait passée de 4 pour 10 000 entre 1966 et 1976, à 20 pour 10 000 après l'an 2000.

Le réductionnisme étiologique et méthodologique entraîne un extensionnisme statistique, un autoritarisme (une seule tête dans les rangs) et donc une maltraitance (à tous les sens du terme) des autistes, des praticiens et des institutions dans l'abord tant théorique que pratique.

Comment s'en sortir ?

Par le pluralisme. Nous ne prétendons pas faire de la psychanalyse le seul outil de traitement des autistes, pas plus que nous ne prétendons en faire le seul outil de compréhension de ce monde énigmatique. Par contre, nous pensons qu'en se basant sur la structure et la dynamique plutôt que sur l'enveloppe formelle, la psychanalyse peut apporter beaucoup au diagnostic et éviter de tout fourrer dans le même panier.

Cela va nous obliger à faire un détour un peu long du côté de la question du diagnostic psychanalytique d'orientation lacanienne selon deux entrées, deux modèles différents mais pas forcément incompatibles : l'un du côté de l'inconscient-langage, l'autre du côté de l'inconscient-réel, borroméen.

L'inconscient-langage et la structure

« Le signifiant est ce qui représente le sujet pour un autre signifiant » : qui ne connaît ce syntagme lacanien ? Nous allons partir de là et déplier cela en suivant les procès d'aliénation et de séparation. Soit un organisme humain qui vient au monde dans son dénuement et ses vagissements (S). Son premier pas vers l'humanisation sera d'être nommé, placé sous un signifiant appelé S1 ou plutôt sous des signifiants S1, un essaim de S1. Cela s'écrit :

$$\uparrow \frac{S_1}{S}$$

Il s'agit du procès d'aliénation, aliénation signifiante, aliénation à la représentation nécessaire par des signifiants. L'autiste reste au bord de

cette aliénation, n'en pâtit pas ou pas encore si on considère que pour certains enfants l'autisme n'est pas une structure définitive. En tout cas, la seule structure pouvant se réclamer vraiment de l'autisme se trouve là, dans ce vacillement quant à l'aliénation signifiante : il reste un pur S.

Le psychotique, lui, en reste là, aliéné à un signifiant, pétrifié sous un signifiant S_1 , signifiant *gélifié* ne renvoyant pas à un autre signifiant. Le psychotique, en ce sens, est dans le langage, on peut même dire qu'il en pâtit, au sens de la passion, mais du fait de la non-articulation de ce S_1 à un autre signifiant S_2 , il reste hors discours. Pas plus l'autiste que le psychotique ne sont hors langage, bien au contraire, ils en ont une sensibilité particulière et les effets des signifiants sont parfois remarquables, pas toujours dans un sens pacifiant !

Il y a ensuite un autre procès qui est celui de la séparation signifiante :

$$\uparrow \frac{S_1 \rightarrow S_2}{S}$$

la prise du sujet sous un S_1 , mais un S_1 pris dans la chaîne signifiante par l'articulation à un S_2 , le S_1 représentant alors le sujet pour un autre signifiant. À cela, trois conséquences :

- D'abord, une mortification, une perte de jouissance, la production de ce que Lacan a appelé l'objet chu : l'objet a.

$$\frac{S_1 \rightarrow S_2}{S \quad a} \downarrow$$

- Ensuite, du fait de cette séparation, de cette division de « son » S_1 et de cette perte de jouissance, le sujet se divise, est refendu, barré.

$$\frac{S_1 \rightarrow S_2}{\$ \quad a} \downarrow$$

- Enfin (je dis d'abord, ensuite, enfin pour la commodité de l'exposé, mais il faut penser tout cela dans la synchronie plutôt que dans la diachronie), enfin donc, le névrosé est séparé radicalement de son objet a, il n'a pas d'accès direct à sa jouissance et il est obligé d'en passer par le circuit de la chaîne signifiante.

$$\uparrow \frac{S_1 \rightarrow S_2}{\$ // a} \downarrow$$

Nous avons là représenté le mathème de l'inconscient, ou ce qui représente le névrosé.

Notez au passage que le discours de l'inconscient est en tout point homogène au discours du maître. Ceci est la description lacanienne de l'inconscient freudien, avec l'idée que la vérité du sujet est représentée *in fine* par son symptôme, en S_1 , et que ce S_1 s'articule au savoir inconscient par l'élaboration dans la cure de S_2 qui sont multiples. Ces S_2 donnent un sens au symptôme du névrosé.

Les analystes font l'expérience que, malgré la découverte de sens, le symptôme bien souvent résiste et que quelque chose de lui reste hors sens. Cela nous amène à ce que j'appellerai la deuxième topique lacanienne.

L'inconscient-réel et la structure

Il s'agit d'un inconscient qui échappe au symbolique et par là même au sens et à la vérité. Les signifiants, les S_1 , y ont leur importance, mais hors chaîne signifiante, par leur *motérialité* (forgerie lacanienne entre *mot* et *matérialité*), des *essais* de S_1 sonores, sans signification, de l'entendu qui affecte le corps du nourrisson, le vivant de ce corps, et les expériences de jouissance liées aux soins maternels. Ce qui explique ce que Colette Soler écrit dans *Lacan, lecteur de Joyce*⁸ : « La présence de l'enfant dans l'adulte au niveau structurel tient à ce que ce qui s'est inscrit de façon contingente devient nécessité, ne cessant plus de s'écrire. C'est le cas pour la répétition du trauma et aussi pour la fixation-symptôme de jouissance réelle, indélébile [...] Quand nous recevons un analysant, en général le nœud est déjà là, il "est déjà fait" selon l'expression de Lacan. [...] d'où l'idée qu'au mieux, par le maniement signifiant dans l'analyse, on pourra le corriger, y faire quelques sutures, épissures [...] l'analyste [...] ne produit pas le *sinthome*, contrairement à ce que l'on entend parfois, il était déjà là. »

Qu'y a-t-il à dire sur le « en général le nœud était déjà là » ? Mais d'abord il s'agit de dire qu'avec le *sinthome*, nous ne sommes plus dans un nœud borroméen à trois, mais dans un nœud à quatre ronds.

Je rappelle le nœud à trois : cf. schéma I – avec différents lapsus possibles du nœud qui caractérisent la psychose et permettent le glissement tantôt du symbolique, tantôt de l'imaginaire (fig. 1).

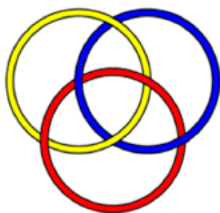


Fig. 1



Fig. 2

Dans le fond, pour le nœud à quatre, les trois ronds de l'imaginaire, du symbolique et du réel peuvent être simplement superposés, se croiser, ce qui va venir les faire tenir ensemble, c'est le *sinthome* comme quatrième rond (fig. 2).

Le *sinthome*, ce peut être la nomination, le Nom-du-Père déjà là chez le névrosé, de structure, pourrait-on dire. Le sens est là, en excès. L'analyse consiste à le traverser vers le non-sens. Le *sinthome*, ce peut être ce que se bricole un psychotique compensé quand le nœud n'est pas là d'origine. Bricolage de plus ou moins bonne qualité, plus ou moins fiable, plus ou moins solide, mais en tout cas bricolage à étayer, à respecter. Enfin, lorsqu'il y a eu décompensation et que ce quatrième rond n'a pas tenu, il s'agira d'œuvrer à la construction d'une suppléance, que l'on pourrait qualifier de prothèse, de *sinthome* prothétique.

Dans le fond, les feuilles de route de l'analyste et de l'analysant dans la névrose et la psychose sont relativement claires à défaut d'être faciles à suivre. Mais il n'en est pas de même pour les autistes car ce n'est pas une entité nosographique et en particulier une entité purement psychogène.

Il faut, à mon sens, concevoir le syndrome autistique comme une construction trans-structurelle, s'élevant au-dessus de la structure, la recouvrant, voire la masquant, à chaque fois qu'il y a empêchement ou impossibilité à entrer dans l'aliénation, que cet empêchement soit d'origine organique ou lié à des coordonnées signifiantes ou à l'histoire du sujet – j'ai renoncé au terme de « superstructure », qui introduit une confusion, en particulier chez les analystes lacaniens qui entendent « super » structure et non « ce qui vient au-dessus ».

L'empêchement ou l'impossibilité, ce n'est pas la même chose. L'empêchement n'empêche pas que cela puisse, à un moment donné, évoluer soit vers la psychose originelle, soit vers la névrose sous-jacente. L'impossibilité est de l'ordre du réel, un réel dont il faut savoir tenir compte dans sa fixité.

Deux modes qui font que trouver une feuille de route pour l'autiste n'est pas si simple.

Pour le névrosé, il s'agit de passer du trop de sens du symptôme au non-sens.

Pour le psychotique non décompensé, il s'agit de l'aider à étayer le *sinthome* qu'il s'est bricolé, et pour le psychotique décompensé, l'aider à construire une suppléance.

Pour les autistes, tout dépend de la structure sous-jacente, qui, bien souvent, n'apparaît qu'en fin de parcours. À défaut de feuille de route il y a tout de même quelques points de repère concernant la position de l'analyste dans le transfert et dans son maniement des interventions et interprétations ; ainsi que la nécessité d'une inventivité et d'une adaptabilité à l'intérieur même d'une relation corsetée.

D'abord, l'analyste doit prendre au sérieux la persécution qu'il représente en tant qu'autre et en particulier les signes de sa présence qui passent essentiellement par la parole (dans le choix des signifiants à utiliser ou à éviter), par la voix (dans son niveau ou sa modulation en particulier, en chantant par exemple), par le regard mais aussi le toucher. Il faut se laisser guider par l'enfant : devant un enfant vide, mutique, on peut être amené à pratiquer de la réanimation, de l'insufflation signifiante, tandis qu'avec un enfant victime de débordement de jouissance et de persécution par le langage ou la voix, on peut opter pour une « cure de silence ».

Mais au-delà, pour tous ces enfants persécutés par un Autre tout-puissant, réel, nous devons éviter les injonctions surmoïques à type d'interdiction, d'ordre, etc. : « Non, arrête... »

Lors des moments où il faut limiter la jouissance ou l'agressivité contre les personnes (en l'occurrence l'analyste) ou contre les objets, ou devant la tentative de faire exploser le cadre, il faudrait essayer plutôt de se positionner comme un autre désirant pour soi, en rappelant son existence comme autre existant en dehors de lui, avec ses désirs, ses joies, sa souffrance, avec donc l'avantage d'annuler l'annulation : « Je ne veux pas que tu me fasses du mal ; je ne suis pas d'accord pour que... ; veux-tu que nous rangions ? Nous allons nous arrêter là ? », etc.

Sur ce dernier point, je rappelle les difficultés de ces sujets avec la séparation : à chaque séance, il vaut mieux en parler à l'avance et ne pas hésiter à se faire représenter par un objet qui accompagnera l'enfant en salle d'attente ou chez lui. À condition de rappeler qu'il doit le ramener avec lui à la séance suivante pour éviter un trou insurmontable dans

l'immuabilité du cadre (du moins au début de la cure). On peut aussi avoir recours à la présence, ailleurs, à l'existence, dans un autre lieu (en l'occurrence la salle d'attente), de l'Autre maternel ou paternel : « Tu viens, nous allons voir Papa ou Maman ? »

Enfin, il y a une manière d'être présent sans les saturer de notre présence. Certains auteurs parlent des autistes comme de « sujets hypersensoriels » qui perçoivent beaucoup plus fortement que nous les sons, les regards et le toucher : ils recevraient une sorte de bombardements sensoriels. Le constat est cliniquement des plus justes, mais la cause mal assurée, puisque cette prétendue *hypersensorialité* disparaît avec le transfert et la confiance. Puisque la voix, le regard et le toucher avant d'être des objets *a* sont des signes de la présence de l'Autre, de son existence dans l'*Umwelt*, de son hétérogénéité radicale à l'*Innenwelt* du sujet, il vaut mieux s'abstenir de les bombarder – pour reprendre cette expression – de sensations, afin qu'ils puissent les intégrer : par exemple, éviter de leur parler en les regardant et en les touchant ou de les regarder en leur parlant. Dans la communication « normale », vous allez appuyer vos paroles de gestes, le regard sera là pour assurer, confirmer le locuteur, dire un « c'est bien à toi que je m'adresse ». Avec les sujets autistes, ce dont il s'agit, c'est d'éviter cela et de s'adresser à eux de biais, d'être à leur côté et pas en face, de supporter leur regard dans le silence car il arrive qu'ils regardent et plutôt fixement, gravement, d'être avec eux en appui attentif, mais en faisant autre chose soi-même, etc. *Être de biais* me semble l'expression la plus juste pour définir la position de l'analyste.

Bref, adopter une manière d'être, une position qui dit « je suis là si tu veux, dans la mesure de ce que tu peux supporter, et moi je peux supporter que tu aies du mal avec mon existence, mais sans valider un comportement qui me nie dans mon existence ou dans mon altérité ». Ne pas s'imposer, mais ne pas disparaître ni consentir à être juste un objet, un instrument ou une partie de l'enfant autiste : si un enfant me manipule le bras pour ouvrir un tiroir pour que je lui prenne ou lui donne quelque chose, je me mets en scène, en jeu par la parole en disant ce qu'il est en train de faire et de me faire faire. Par le dire, je ne suis plus son instrument, je mets un écart.

C'est dans ce cadre que doit entrer toute interprétation. Qu'est-ce qu'une interprétation ? C'est rajouter des signifiants, les nôtres, aux signifiants du sujet, qu'ils soient articulés, énoncés en clair par celui-ci ou non. Rajouter des signifiants pour faire acte, faire que le sujet ne soit pas le même, avant et après l'acte : c'est la définition même de l'acte.

C'est dire la lourdeur de ces quelques mots, leur caractère intrusif chez un sujet qui refuse radicalement de s'aliéner aux signifiants de l'Autre. D'autant que la réactivité de ces enfants à l'interprétation est remarquable, tant dans le sens d'une pacification que dans celui d'un déchaînement, souvent immédiats d'ailleurs.

Donc, toutes les précautions que je cite dans la manière d'être à leur côté, une *présence de biais* – je n'ai pas trouvé mieux comme expression – doivent être encore plus strictement tenues pour l'interprétation. Il s'agit de renforcer encore plus le côté « je ne te demande rien, même pas un dialogue ou une alternance de réponses », et pour cela d'alléger le propos en cassant le rythme habituel de la parole, par un chantonnement, un débit amusant, etc.

Dans le fameux cas Dick, qui présente tous les traits de l'autiste, la fameuse interprétation du *petit train-Dick*, *gros train-Papa* et *gare-Maman* ne lui est pas dite par Mélanie Klein, ne lui est pas dite à lui. Elle l'énonce comme si elle parlait à elle-même, comme un commentaire, presque un aparté : « Tu prends si tu veux, tu laisses sinon. »

Nous allons tâcher d'illustrer ces propos avec quelques cas cliniques.

1. A., 4 ans, magnifique petite tête blonde, absolument mutique, était victime de crises d'angoisse paroxystiques où elle se mordait les mains, se griffait, tombait par terre, crises qui tranchaient avec l'apparent vide de sa vie, l'absence d'activité, de regard et de rapport à l'autre. Face à ce vide, j'ai commencé à le combler en mettant des mots sur tout : elle, moi, ce qu'elle faisait ou ce que je faisais sur le moment, etc. « Tu t'appelles A., tu as 4 ans et demi – tu viens me voir – tiens, tu remues la main – oui c'est une poupée – tu veux la prendre ? – tu veux que je te la donne ? », etc. Un fou, vous dis-je, qui parle tout seul. Je lui faisais de l'injection signifiante.

Eh bien, ça a marché, partiellement : éveil, participation à quelques activités, apparition de quelques signifiants, et surtout sédation quasi complète des crises d'angoisse autoclastiques. Comme si la prise par les signifiants, la mise de mots sur chaque activité, chaque chose faisait exister le monde en le soumettant aux signifiants de l'Autre. Effet de pacification donc pour A. au prix d'une injection signifiante forcée. Diagnostiquée *syndrome de Rett* par la faculté, elle fut envoyée dans un centre spécialisé avec un pronostic sombre et la dénégation que, sous l'organisme neurologiquement perturbé, il y a un sujet.

2. Y. a le même âge que A., mais une présentation hypervivante, sautillante, gesticulante, dansante et surtout chantante : il n'arrête pas – au sens littéral – de chanter, psalmodier plutôt, des choses incompréhensibles, possédant néanmoins des assemblages phonématiques repérables et répétés – « atik keti ke tac », par exemple. Ce qui est remarquable chez lui, c'est une auto-intoxication par le verbe aboutissant à une excitation qui culmine dans une jouissance persécutrice, explosant alors dans une crise de cris, de pleurs, d'actes auto et hétéroagressifs. La décharge de cette excitation le ramène à son état basal où il se remet à chantonner, etc.

Je remarque très vite que toute intervention par la parole, de la part de quiconque, loin de provoquer une pacification, provoque une multiplication des cris. Puis, à l'acmé de cette auto-intoxication par ces signifiants de lui seul connus – signifiants sans signifiés partagés avec le commun des mortels –, à l'acmé, donc, déclenchement d'une nouvelle crise. J'apprends aussi que la psychologue qu'il voyait jusque-là avait pris le parti de chanter et de crier avec lui, ce qui mettait Y. dans un état d'excitation et de mal-être qui durait des heures. Je décide alors de lui faire signe que j'ai entendu son intolérance aux paroles et aux sons en faisant silence ou presque. J'émetts tout au plus des monosyllabes et le résultat est spectaculaire : en quelques semaines, Y. se calme ; il peut arriver énervé, angoissé (par un refus alimentaire de la part de son père, par exemple) et repartir pacifié, heureux après cette *cure de silence* où nous communiquons plus par les regards, les gestes, les demandes muettes. Plus tard, quand il sera malheureux d'un refus de ma part, ce sera par la demande d'un câlin ou plus exactement par celle d'un abandon fugace dans mes bras qu'il se calmera. Je réintroduis peu à peu ma voix, ou bien je laisse Y. jouer avec un tambourin, sans que sa joie ou sa satisfaction se transforme en jouissance destructive. Il organise des jeux de plus en plus complexes dont il me demande de rester au bord. Le langage reste autistique et ne devient parole qu'à deux occasions liées à la pulsion orale :

- il fabrique un gâteau en pâte à modeler, y pique un feutre en guise de bougie et se met à chanter « joyeux anniversaire » ;

- il s'assoit devant un tiroir où il sait que j'ai ma réserve, en disant « bonbon » et depuis peu « bonbon Y ». Au bout de trois ans, mis à part « pipi » et « à moi », la parole en reste là alors qu'au niveau comportemental, relationnel et praxique les progrès sont remarquables. Toutes les explorations organiques sont négatives. Dans les relations entre sa mère et Y. dominent la froideur, la rigidité et la colère sans qu'on puisse en faire une cause ou une conséquence ; de plus, celle-ci ne tient pas compte de la parole du père.

Notons chez A. et Y. deux stratégies différentes pour refuser radicalement l'aliénation signifiante, pour se maintenir, soi et son corps, hors aliénation :

– chez A., il y a une séparation radicale du langage, un refus de le manipuler, quitte à s'en trouver vidée de l'intérieur, aspirée par le vide, avec un corps et un moi inexistant. On peut peut-être faire l'hypothèse que ses crises, ses griffures, ses morsures sont une tentative d'exister, de combler ces vides et même de produire des S_1 sur son corps. Ma fonction d'« idiot » moulinant des signifiants avait alors valeur de produire des S_2 , d'articuler ses productions aux miennes et donc de faire du remplissage au sens littéral, de la remplir, de lui faire un corps de paroles. D'où l'effet de pacification advenu ;

– chez Y., existe aussi le refus de l'aliénation signifiante, le refus de s'aliéner, de s'emparer des signifiants de l'autre – il n'en avait aucun à notre rencontre –, mais ce refus d'entrer dans le langage commun s'effectue par la création de sa *lalangue* à lui, de ses propres signifiants et, au-delà, de son propre rythme, de sa propre musicalité. S'il était dans les signifiants, les siens, ses S_1 étaient sans aliénation aux signifiants de l'Autre, et cela provoquait chez lui une jouissance folle. Les tentatives de vider cette jouissance par nos signifiants ou d'entrer dans son monde pour partager sa jouissance étaient vécues comme totalement persécutrices, envahissantes et ne faisaient que renforcer l'angoisse. Vider cette jouissance des signifiants dans leur matérialité la plus brute, en le privant de ma voix, ne pouvait alors passer que par le silence, *la cure de silence* comme je l'ai appelée. Là aussi, effet de pacification malgré ou grâce à une stratégie contraire.

3. Je vois K. à 2 ans et 2 mois, à la demande de sa mère, inquiète de son (absence de) langage et de ses troubles du comportement. La grossesse a été conflictuelle : la mère s'est « fait mettre enceinte » et ne l'a dit qu'après avoir dépassé les trois mois de grossesse, ce que le père n'a pas apprécié. D'autant que, joueur et buveur excessif, « il avait d'autres priorités ». Les conflits ont continué après la naissance, amenant le père aux urgences à la suite des violences de sa femme... L'accouchement a été difficile, aboutissant à une césarienne pour souffrance fœtale. Le développement psychomoteur a été à peu près normal, mais le développement du langage a tourné court. K. disait « Papa », « Maman » et quelque chose comme « Baba » pour demander à boire ou à manger, mais ces trois petits mots ont disparu lorsqu'il avait 15 mois, à la naissance du petit frère. K. a marqué une jalousie et une agressivité très vives pendant deux mois puis a

semblé ignorer son existence. Depuis, il ne s'adresse plus à l'autre, il se parle à lui-même, ou en tout cas il parle sans arrêt une espèce de jargon, une bouillie où rien n'est repérable ni compréhensible. S'il ignore l'Autre comme adresse d'une demande, d'un dire, d'un dit, il entretient par contre de bonnes relations avec les autres, avec tout le monde, indistinctement : il prend la main de n'importe qui, toujours prêt à suivre. Par ailleurs, il maîtrise déjà la mise en marche et l'arrêt de la télévision, de la *hifi*, du changement de chaîne ou de volume et même de l'ordinateur de son père, qu'il a grillé pour ses 2 ans ! Il s'agite dans tous les sens, peu sensible aux limitations et interdictions. Enfin, ce tableau se complète avec des troubles du sommeil massifs avec réveils nocturnes systématiques, un refus de manger seul quoi que ce soit et une capacité à s'absorber dans des activités répétitives telles que vidage-remplissage ou dessins de spirales et de boucles sans fin ; il refuse aussi le pot.

Le travail va se faire sur trois plans : avec K., bien sûr ; avec la mère pour qu'elle le lâche et laisse le père y avoir accès ; avec le père pour qu'il fasse quelque chose quant à sa consommation d'alcool afin de pouvoir effectivement s'occuper de ses enfants et ne plus fournir à la mère le prétexte de le désavouer. Très rapidement d'ailleurs, les choses se pacifient entre les parents. Ils conviennent que seule la séparation peut constituer une continuité honorable de leur lien : les disputes cessent au prix d'une cohabitation provisoire où ils évitent de se parler. Le père va pouvoir s'occuper des enfants, assumant d'ailleurs une grande partie des accompagnements au CMPP pendant deux ans et demi, deux à trois fois par semaine.

K. est « très long à se poser », au sens littéral du terme : c'est du vif-argent dans le bureau. Il mettra huit mois pour me faire son premier dessin, un embrouillamini qu'il n'arrête pas. Au bout de quelques semaines, il s'adresse à moi mais dans « son » langage ; puis apparaissent quelques mots de notre langage : « bonsoir », « bonjour », « bravo », « oui » et... « (ordi) nateur ». Après neuf mois de travail, il me surprend en fin de séance par un « c'est papa qui vient », montrant qu'il a, en fait, une maîtrise de la syntaxe. C'est quand il lâche sur son refus de parler « comme nous » qu'il commence à être propre, acceptant d'abandonner ses fèces et de ne plus porter de couches.

Mon travail consiste à mettre des limites, en disant ce que je veux, sans m'affronter à lui, *a contrario* de ce qui arrive avec sa mère et qui provoque des crises paroxystiques. Je lui signifie répétitivement « je ne veux pas que tu joues avec mon ordinateur, ni avec celui de papa » ; intervention-interprétation sur le fait que les objets de jouissance du père ne sont pas les

siens. Le travail n'est pas fini quand *il disparaît de mes écrans* : les parents se sont séparés, le père est un peu loin, même s'il accueille ses enfants tous les week-ends, et la mère a repris un travail et se sent trop débordée pour continuer les accompagnements. Au vu des progrès, je fais le pari que ça ira et qu'il vaut mieux entériner ces progrès : nous en parlons avec K. et j'accepte l'arrêt des rencontres.

Il revient en mai 2011. Il est au cours préparatoire depuis huit mois, il sait lire et écrire et c'est à la suite de petites confusions de sons qu'il revient pour un bilan orthophonique qui se révélera assez banal. Les problèmes de comportement ont disparu, la relation est bonne. Il est content de me revoir et de se montrer « grand garçon », le regard pétillant de malice. Deux entretiens à six mois d'intervalle, avant et pendant son travail en orthophonie où il progresse bien, ne retrouvent aucun signe de la série autistique ou psychotique : il n'est pas persécuté par les signes de la présence de l'Autre et entre en relation réciproque sans problème, son lien au discours n'est altéré d'aucune façon et aucun autre fantasme archaïque n'est perceptible ; sa relation au corps n'est pas symptomatique.

N'ayant ni la prétention ni la croyance dans la guérison des psychotiques ou dans un changement de structure, force m'est alors de conclure que K. présentait un syndrome autistique ou des modes de défense autistique dans le cadre d'une structure banalement névrotique, ce que mon « interprétation œdipode » laissait déjà supposer.

4. G. a 3 ans et 2 mois quand je la rencontre. Elle est née aux États-Unis, d'une mère française et d'un père états-unien. Elle, est revenue en France à 4 mois. La mère souligne que d'emblée il y a eu un problème : elle n'a pas réussi à l'allaiter et se sentait mal à l'aise, ne savait pas « comment s'y prendre et elle non plus », problèmes alimentaires que note Kanner dans les premiers moments et qui vont perdurer. À 3 ans, il faut toujours la nourrir ; elle ne mâche pas, recrache les morceaux et sa seule nourriture solide est constituée par les biscuits BM. On l'a d'abord prise pour une sourde car elle ne réagissait pas à son prénom. Elle a dit « papa » et « maman » il y a seulement quatre mois, puis « G. ». Le seul mot qu'elle utilise fréquemment à une période, mais en permanence, est le mot « non », signifiant son refus radical. Par contre, elle se sert de sa voix comme d'un instrument, n'arrêtant pas de vocaliser et de faire le chien. Depuis peu, elle répète tout en écho (écholalies). Au niveau relationnel, en présence de sa mère, elle se montre confiante, souriante avec tout le monde, heureuse de vivre, mais ne soutient pas le regard. Dès qu'elle quitte sa mère, c'est la panique et elle est

submergée par l'angoisse. Au niveau des troubles corporels, on note une marche particulièrement raide, un peu robotique (parfois même elle marche sur la pointe des pieds) ; elle se met les doigts dans le derrière comme pour explorer un trou intérieur inquiétant, trou qu'elle colmate avec des fèces abondants liés à une constipation opiniâtre.

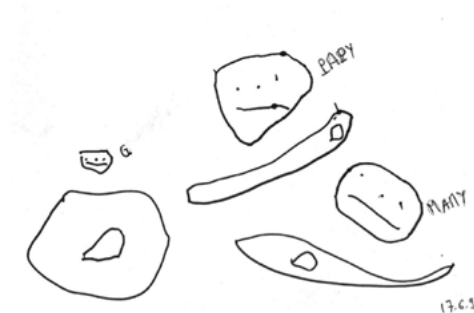
Les premières séances sont difficiles : d'abord, elle n'accepte de venir qu'avec sa mère, se cache derrière elle pendant toute la séance, n'accepte le contact qu'à travers elle. Elle ne me regarde que si je ne la regarde pas, évitant à tout prix que nos regards se croisent ou qu'entre nos deux corps il n'y ait pas celui de sa mère. À ces conditions, elle est charmante et babillante, mais en miroir, répétant les paroles et imitant les gestes, ou se livrant à des stéréotypies gestuelles.

Un jour, elle ne dit pas « non » à ma demande de la voir seule la fois suivante, pas convaincue mais consentante. Le jour arrivé, elle me donne la main et me suit comme un agneau pour aller se réfugier derrière le fauteuil où s'assoit sa mère d'habitude et se met à pleurer silencieusement. La séparation symbolique avec la mère n'a pas eu lieu : elle vit la séparation physique comme une douleur et les retrouvailles dans l'allégresse. Les pleurs se calment un peu si je ne m'occupe pas d'elle, ne m'adresse pas à elle. Cela dure plusieurs semaines et cela n'est supportable que parce que cela n'empêche pas G. d'être contente de me voir en salle d'attente quand je viens la chercher, contente de revoir sa mère après, et gentille en me quittant, après que je l'ai remise à sa mère. Dans le fond, elle ne m'en veut pas de faire mon boulot de séparateur, on pourrait dire qu'elle s'y prête, mais dans la souffrance. Nous partageons cette souffrance, un même temps et le même lieu deux fois par semaine mais guère plus.

Puis un jour, je la trouve en salle d'attente passionnée par les photos que lui montre sa mère : elle jacasse, voire nomme les gens présents sur les clichés. Sa mère me confirme sa passion pour les photos et ce moyen qu'elles ont trouvé pour communiquer. Je demande à sa mère de me les confier et nous voilà partis, G., les photos et moi. La séance n'a rien à voir avec les précédentes : G. se place à côté de moi et me nomme les différents protagonistes. Kanner notait déjà qu'« il existe une relation bien meilleure avec les photos des personnes qu'avec les personnes elles-mêmes. Les photos, après tout, ne peuvent pas déranger ⁹ ».

Dans les mois qui suivent, j'épuise la photothèque familiale et je connais tout le monde, y compris le chien des grands-parents, et tous les lieux qui sont familiers à G. N'empêche qu'elle *me* parle, ayant à cœur de m'expliquer qui, où, quand, etc. La forteresse s'est rendue ; huit mois après,

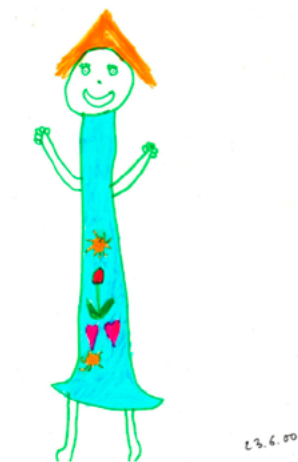
c'est le premier dessin qui témoigne du vécu morcelé et torique de son corps et de celui d'autrui :



Dessin 1

Nous nous verrons pendant sept ans et il m'est impossible de retracer toute la cure, mais ce qui me paraît intéressant, c'est de souligner l'évolution de G. et la difficulté d'opposer autisme de Kanner et autisme d'Asperger, au vu de son point de départ et de son point actuel.

Deux ans après, elle est à l'aise dans son corps et se dessine regroupée :



Dessin 2

Elle a suivi sa scolarité à l'école primaire, puis au collège.

Par la suite, j'aurai des nouvelles qui montrent bien comment, en restant dans une invariance autistique, elle a pu évoluer dans le monde.

Elle a d'abord connu deux années sensibles au collège, tenue à l'écart par une grande partie de la classe parce que différente. Malgré cela, elle a réussi et a surmonté les difficultés. Cependant, pour le lycée, ses parents ont choisi de l'envoyer en « pension complète » chez ses grands-parents.

Puis, après des années de lycée studieuses, elle a brillamment passé son bac S avec – en toute simplicité – la mention *Très bien*. Cependant, le relevé de notes est démonstratif des difficultés avec la langue, dès qu'elle n'est pas un simple code et qu'elle ouvre à l'équivoque : 20/20 en physique-chimie, 18/20 en mathématiques et en anglais, mais 11/20 en français et 7/20 en philosophie.

Elle a ensuite poursuivi des études d'ingénieur et, aux dires de la mère, c'est une jeune fille épanouie qui a gardé contact avec tous ses amis, que le monde n'effraie plus et qui peut voyager aux antipodes.

En conclusion et en résumé, j'ai envie de dire qu'il y a une pertinence de la psychanalyse tant pour le diagnostic que pour le traitement des autistes :










- à condition de sortir du binaire simplet *organogenèse-psychogenèse*, de l'idée d'une unité structurale ou nosographique d'un autisme mythique et du faux débat sur la culpabilité ;

- à condition de lui donner sa place, mais rien que sa place, à côté de celle des éducateurs, orthophonistes, psychomotriciens, etc.

Les autistes sont divers et leurs prises en charge nécessairement plurielles.

Mots-clés : autistes, réductionnisme, institutions, maniement du transfert.

*↑ Conférence lors de la Journée d'étude(s), RIP, « Des autistes, des institutions, des psychanalystes et quelques autres... », pôle Aude-Roussillon, à Narbonne le 8 octobre 2016.

1.  CRA : Centre ressources autisme.
2.  CMPP : centre médico-psychopédagogique.
3.  ABA : Applied Behavior Analysis, *in english*, ou Analyse appliquée du comportement, version française.
4.  F. Dolto, *L'Échec scolaire*, Paris, Presse Pocket, 1990, p. 183.
5.  TDAH : trouble du déficit de l'attention / hyperactivité.
6.  HAS : Haute Autorité de santé.
7.  TED : troubles envahissants du développement.
8.  C. Soler, *Lacan, lecteur de Joyce*, Paris, PUF, 2015.
9.  L. Kanner, « Les troubles autistiques du contact affectif » et « Étude du devenir de 11 enfants autistes suivis en 1943 », *Le Bulletin de l'Arapi*, juin 1995.