

Vivre avec l'autisme,
une expérience relationnelle



Collection « La vie de l'enfant »

dirigée par Sylvain Missonnier

syl@carnetpsy.com

De l'enfant imaginaire dans la tête des parents virtuels à l'adolescent rappeur, il y a tout un monde ! Chacun des ouvrages de la collection est une pièce du puzzle de cet univers peuplé d'enfants vivants, morts, bien portants, souffrants, handicapés, maltraités, soignés, accueillis, éduqués, aimés..., indissociables de leur environnement.

La vie de l'enfant s'adresse aux professionnels et aux curieux de la genèse de l'humain, de la parentalité et du soin. Elle privilégie la clinique et ses pratiques, matrices de nos hypothèses théoriques et non servantes. La lisibilité, exempte d'ésotérisme, n'y rime pas avec simplisme. À la croisée des domaines psychanalytique, psycho(patho)logique, médical, social, historique, anthropologique et éthique, sa convivialité épistémologique réconcilie l'enfant observé et l'enfant reconstruit.

La collection publie des auteurs confirmés ou à découvrir et des collectifs réunis autour d'une diagonale essentielle. Témoin de l'évolution des usages, des mutations sociales et culturelles, elle souhaite constituer un vivier d'informations réflexives dédié aux explorateurs de la santé mentale infantile d'ici et d'ailleurs.

Initiatrice de rencontres, *La vie de l'enfant* désire être une vivante agora où enfants, parents et professionnels élaborent avec créativité les métamorphoses du troisième millénaire.

Membres du comité éditorial :

Micheline Blazy, Dominique Blin, Nathalie Boige, Edwige Dautzenberg, Pierre Delion, Anne Frichet, Bernard Golse, Sylvie Séguret
et Michel Soulé (1922-2012), fondateur de la collection en 1959.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Juan Larbán Vera

VIVRE AVEC L'AUTISME,
UNE EXPÉRIENCE RELATIONNELLE
Guide à l'usage des soignants

Traduit de l'espagnol par Ana Lozano Tornadijo et Sandra Serena Seguí

Préface de Bernard Golse

« La vie de l'enfant »

érès
Éditions

Traduction révisée par Michel Ficeraï.

Édition originale : *Vivir con el autismo, una experiencia relacional*

© Ediciones Octaedro, Barcelone, 2012

Traduction publiée avec l'autorisation des Éditions Octaedro

Conception de la couverture

Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2016

ME - ISBN PDF : 978-2-7492-5227-8

Première édition © Éditions érès, 2016

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse

www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19.

TABLE DES MATIÈRES

Préface, <i>Bernard Golse</i>	7
Introduction	21

I

Développement du psychisme précoce

Le désir d'enfant des parents	27
Le développement prénatal du bébé. La vie intra-utérine.....	31
Parents-enfant pendant la grossesse	35
La prévention post-partum.....	39
La transmission psychique inconsciente : transmission intergénérationnelle et transgénérationnelle.....	47
Les vécus traumatiques périnataux et leur transmission inconsciente.....	51
Les facteurs non spécifiques de risque interactif pathologique	59
L'entourage soignant du bébé.....	67
Les soins et l'éducation durant la petite enfance.....	79
Le développement postnatal du bébé.....	85
Les fonctions parentales et le développement du bébé	89
Les compétences précoces du bébé	97
Les interactions précoces de l'entourage soignant-bébé	101
Les projections et les identifications.....	107
L'origine de la pensée chez le bébé	111

La mémoire précoce.....	115
L'intégration sensorielle.....	117
L'intersubjectivité.....	125
L'accès de l'enfant au langage verbal, à la lecture et à l'écriture	131
Les contes de fées et le développement psychique de l'enfant	133

II

Le développement de l'autisme précoce

L'autisme, les intersubjectivités primaire et secondaire.....	139
Les troubles du spectre autistique et de l'autisme	141
L'évolution historique du concept d'autisme	143
L'autisme et la théorie de l'esprit	145
La prévalence des troubles du spectre autistique	147
Vers une compréhension intégratrice de l'autisme.....	153
Les aspects génétiques de l'autisme	157
Le génétique-constitutionnel et l'environnemental dans le cas de l'autisme : mythe et réalité	163
Qu'est-ce que l'autisme ?	177
Quelle est la cause de l'autisme ?.....	179
L'autisme, l'empathie interactive et le développement psychique-cérébral	181
Quelles sont les fonctions importantes altérées de manière précoce et donnant lieu au développement progressif du fonctionnement autistique ?	185
Comment se développe le fonctionnement autistique chez l'enfant ?	189
Le processus interactif autistique.....	191
Le processus défensif autistique	193

III

Dépistage, diagnostic et traitement de l'autisme précoce

Les facteurs de risque interactif autistique.....	201
Les signes d'alarme chez le bébé	207
L'évolution du processus autistique chez l'enfant.....	219

Le diagnostic clinique.....	225
L'intervention précoce, thérapeutique-éducative et rééducatrice du trouble autistique	227
Conclusion	241
Bibliographie.....	243
Remerciements	251
Présentation de l'auteur	253

PRÉFACE

La parution de l'ouvrage de Juan Larbán Vera vient à point nommé dans le contexte actuel en matière de troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. On sait en effet que la psychopathologie est en grande difficulté aujourd'hui dans la mesure où, dans le champ de l'enfance, mais pas seulement, les troubles mentaux sont désormais envisagés soit en termes purement neuro-développementaux (pour ne pas dire neurologiques !), soit en termes de simples conséquences de traumatismes externes, actuels ou plus ou moins anciens.

Dans ces conditions, tout se passe comme s'il n'y avait plus de place pour la réalité psychique ou pour le monde interne, et donc pour la psychopathologie dont l'objectif central est, précisément, de comprendre la souffrance psychique en nouant de manière étroite le rôle des facteurs internes (biologiques et notamment génétiques) et celui des facteurs externes (les effets de rencontre avec l'environnement, et notamment relationnel) propres au développement et à la biographie de chaque sujet (Golse, 2013).

C'est donc tout le mérite de Juan Larbán Vera que de nous proposer une vision profonde et nuancée de la pathologie autistique, qui associe des déterminants endogènes et exogènes au sein d'une perspective authentiquement psychopathologique, dont la prise en compte est essentielle pour l'efficacité des prises en charge.

L'autisme interroge vigoureusement le champ médical et les relations entre parents et professionnels, et le lecteur français sera intéressé de voir ce qu'il en est en Espagne à ce sujet. Chaque pays a, en effet, son

histoire et ses modèles spécifiques en matière de pédopsychiatrie, et nos réflexions se doivent ainsi d'être contextualisées.

J'ai choisi, dans le cadre de cette préface, de faire seulement quelques remarques que je sais tout à fait convergentes avec les positions de Juan Larbán Vera, collègue et ami que je connais bien depuis maintenant de nombreuses années.

Ce faisant, je m'exprimerai ici en tant que président de l'Association européenne de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (AEPEA), au sein de laquelle l'Espagne occupe une place extrêmement active et importante.

LES DIFFÉRENTS MODÈLES DANS LE CHAMP DE LA PATHOLOGIE (SOMATIQUE OU PSYCHIQUE)

La question n'est pas de savoir si tel ou tel modèle est plus *valide* qu'un autre, mais de souligner que chaque discipline, en fonction de sa pratique et de ses objectifs, se réfère à des modèles qui lui sont propres, et qui lui sont donc *utiles*.

La pédiatrie se réfère à un modèle médical – comme l'ensemble des disciplines somatiques – soit à un modèle plutôt monofactoriel (une seule cause étant censée rendre compte de la situation pathologique), déductif (fondé sur des relations univoques de cause à effet) et renvoyant à une temporalité de type linéaire (organisée selon la flèche du temps au sens habituel du terme).

La psychanalyse (et la psychopathologie psychodynamique, en général) se réfère à un modèle différent, soit à un modèle fondamentalement polyfactoriel (tel que S. Freud l'avait proposé avec son concept de « série complémentaire »), inférentiel (procédant par associations de pensées et non pas par déduction), et fondé sur une temporalité de type circulaire (intégrant les effets dits « d'après-coup », le passé rendant compte en partie du présent, mais le présent permettant aussi, en permanence, de rétrodire, de réécrire et de reconstruire le passé).

Notons que le modèle somatique déductif vise à une efficacité rapide, alors que le modèle psychopathologique inférentiel ne peut prétendre contrôler le tempo de la compréhension, de l'élaboration et de la décision. En tout état de cause, le modèle pédopsychiatrique cherche, en permanence, sa place et son identité par rapport à ces deux modèles de référence.

Selon les pays, et selon les époques, le modèle psychiatrique se trouve plus ou moins proche de l'un des deux modèles précédents. Aujourd'hui, dans les pays anglo-saxons, le modèle pédopsychiatrique s'avère très attiré par le modèle médical, tandis qu'en France – et plus généralement

dans le sud de l'Europe, dont l'Espagne – il demeure, en quelque sorte, à égale distance du modèle médical et du modèle psychopathologique, encore assez fortement imprégné par les références psychanalytiques qui ont présidé à la naissance de la pédopsychiatrie dans notre pays.

LE MODÈLE POLYFACTORIEL : SANS DOUTE LE PLUS PLAUSIBLE

L'autisme peut être défini comme l'échec le plus grave des processus d'accès à l'intersubjectivité, soit à la différenciation qui permet à l'enfant de reconnaître l'existence de l'autre. Cette définition a le mérite d'être acceptable par tous les professionnels, quel que soit leur horizon théorique (neurobiologique, psychiatrique, psychopathologique, cognitif ou psychanalytique).

Actuellement, l'une des hypothèses les plus fortes est de considérer que l'enfant autiste ne parvient pas à établir une polysensorialité synchrone, qu'il ne parvient pas à articuler, à comodaliser les différents flux sensoriels en provenance de l'objet ou de l'autre, et que de ce fait, il échoue à le ressentir comme extérieur à lui-même (ce qui est la définition même de l'intersubjectivité). D'où l'intérêt des anomalies du lobe temporal supérieur qui ont été découvertes, car c'est dans cette zone cérébrale que sont reçues, décodées et reliées les informations sensorielles sur les expressions faciales d'autrui, les mouvements de son corps et la musicalité de sa voix. Les anomalies du lobe temporal supérieur peuvent donc être tout à la fois, et selon les cas, cause ou conséquence partielles du fonctionnement autistique.

Cela étant, les causes de l'autisme infantile nous demeurent encore, force est de le reconnaître, en grande partie, inconnues.

Même si l'hypothèse d'un modèle polyfactoriel est sans doute la plus plausible, elle n'est toutefois qu'une hypothèse, mais qui a le grand avantage d'ouvrir sur la nécessité d'une prise en charge multidimensionnelle intégrée dont on sait, désormais, l'impact positif sur l'évolution des enfants.

Ce modèle polyfactoriel nous interroge également de manière fructueuse sur le plan épistémologique, avec la délicate question de savoir si les différents déterminants étiologiques invoqués renvoient à une synergie fonctionnelle de ceux-ci, à une corrélation simplement statistique, ou à un hétérogénéité foncière du champ des troubles envahissants du développement (TED) dont certains répondraient à telle ou telle cause unique ou prépondérante, et d'autres, à telle ou telle autre étiologie. Quoi qu'il en soit, nombre d'auteurs s'accordent actuellement pour penser que le modèle le plus plausible du déterminisme de la pathologie autistique

est un modèle polyfactoriel, seul à même de pouvoir articuler causalité physique et causalité interactive.

Dans cette perspective, le fonctionnement autistique serait alors une sorte de « voie finale commune » de toute une série de configurations étio-pathogéniques, au sein desquelles les facteurs endogènes et les facteurs exogènes seraient toujours présents, mais en proportion variable selon chaque enfant.

Ce qu'il importe de bien préciser, c'est le double niveau de la dimension polyfactorielle, que l'on peut invoquer aussi bien pour les facteurs primaires de vulnérabilité qui sont toujours multiples (exogènes et endogènes) que pour les facteurs secondaires de fixation et de maintien, parmi lesquels les effets d'après-coup sont essentiels, soit les significations que peuvent revêtir secondairement, pour tels ou tels parents, les premiers dysfonctionnements interactifs de leur enfant¹.

En tout état de cause, les facteurs primaires ne sont que des facteurs de risque alors que les facteurs secondaires sont des facteurs de figement d'une psychopathologie peut-être initialement en partie réversible.

Dans tous les cas, il est clair que le schéma simpliste de la culpabilité maternelle ou parentale ne tient plus aucunement la route, contrairement à certaines caricatures dans lesquelles on voudrait encore, parfois, enfermer les psychanalystes d'aujourd'hui.

LES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES

Les grandes classifications internationales (DSM IV et CIM 10 principalement) présentent, on le sait, des corrélations de signes visant notamment à permettre aux chercheurs de constituer des groupes de patients analogues (ce qui ne veut pas dire homogènes, comme on le croit trop souvent), mais en aucun cas, cette démarche, si utile soit-elle, ne permet de définir des maladies ou des affections au sens médical habituel de ces termes.

La notion de consensus est, en effet, extrêmement évolutive avec le temps (d'où, d'ailleurs, la nécessité d'une révision périodique des dites classifications) et surtout, on ne peut négliger son inaptitude foncière et

1. Comme l'explique bien Juan Larbán Vera, les facteurs dits « primaires » peuvent être génétiques, neurologiques, sensoriels, infectieux ou carenciels, et les facteurs dits « secondaires » peuvent également être d'ordre divers, mais ce qui est passionnant et complexe, c'est que certains facteurs, tels que les carences graves, peuvent jouer selon les cas soit comme des facteurs primaires, soit comme des facteurs secondaires, et qu'en dernier ressort, c'est le rôle de l'analyse psychopathologique que de pouvoir préciser les choses au mieux.

intrinsèque à délimiter des situations pathologiques dont on puisse se dire, a priori, qu'elles renvoient à une même étiologie ou à une même physiopathologie.

La Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) a sans doute une ambition plus structurale que symptomatique, qui la distingue fondamentalement des deux autres classifications évoquées ci-dessus. Cependant, d'une part, son utilisation ne s'est pas généralisée sur le plan international et, d'autre part, au même titre que les deux autres, en matière d'autisme infantile, elle ne parvient finalement qu'à délimiter des groupes de patients en réalité assez hétérogènes. Nombre de patients fort différents peuvent en effet être apparemment rassemblés, si l'on ne retient comme critères de classification que le retrait, les stéréotypies et les troubles du langage.

Au simple vu d'une telle corrélation sémiologique, parler de syndrome autistique est certainement prudent, tout en pouvant s'avérer fallacieux, car nous ne savons même pas si les patients actuellement réunis sous le terme de « TED » expriment tous des situations cliniques réellement comparables.

L'autisme, tel qu'il est défini à l'heure actuelle (TED), n'est pas une situation clinique entièrement précise, ou en tout cas, il ne correspond pas encore à une situation clinique suffisamment précisée.

La collaboration avec les psychopathologues et les psychanalystes est ici certainement prometteuse, car le repérage de mécanismes de défense différents selon les cas pourra, par exemple, nous aider à démembrer progressivement la catégorie « autisme infantile précoce » pour y repérer peu à peu des sous-groupes différenciés, à l'égard desquels la possibilité d'un choix thérapeutique spécifique et la recherche biologique se poseront alors en des termes tout à fait nouveaux et sans doute beaucoup plus efficaces.

La coopération des neurobiologistes et des psychanalystes est donc désormais indispensable, et ce point mérite absolument d'être souligné.

Tout cela renvoie évidemment au fait que le modèle médical classique ne suffit pas à rendre compte des troubles mentaux de l'enfant, tandis que le modèle polyfactoriel comporte encore beaucoup d'inconnues qu'une pseudo-modernité ne doit pas nous conduire à ignorer.

LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET LE DÉBAT SUR LA FRÉQUENCE

Après qu'un changement de terminologie a été imposé en France dans les années 1990 (l'autisme sortant alors du champ de la maladie mentale pour être intégré à celui du handicap), l'autisme est devenu un

trouble dit « neurodéveloppemental » – si ce n'est neurologique – conçu comme de nature purement endogène, et il a été rangé sous la rubrique des « TED », dénomination que les parents affectionnent alors même qu'elle correspond à une véritable régression de la pensée nosologique.

Les troubles du spectre autistique (TSA) regroupent en effet désormais, en vrac, les pathologies autistiques au sens strict, les TED atypiques, et les TED dits « non spécifiés », rubrique imprécise et foncièrement non scientifique ; de ce fait, la fréquence de l'autisme qui était, classiquement, d'un cas pour 5 000 à 10 000 naissances se voit aujourd'hui diluée dans celle des TSA, estimés à 1 cas sur 50 ou sur 100 dans la population générale !

Pour dire les choses encore plus précisément, l'autisme de Kanner correspond actuellement aux TED dits « typiques », mais il se voit rejoint par les TED atypiques (dont le syndrome d'Asperger à la légitimité encore discutée et discutable, et le syndrome de Rett qui est une encéphalopathie génétique sans rapport aucun avec l'autisme), et par les TED dits « non spécifiés » qui recouvrent en fait un immense champ hétérogène de la psychopathologie non névrotique et non psychotique (dans lequel peuvent prendre place les dysharmonies évolutives et toutes les pathologies limites de l'enfance).

Dans ces conditions, alors que depuis sa description en 1943 par L. Kanner, les cliniciens ont effectué un énorme travail pour distinguer différentes formes d'organisation autistique en fonction du type d'angoisses archaïques mises en jeu, ou en fonction du type de mécanismes de défense mises en œuvre à leur rencontre, le concept de TSA vient à nouveau brouiller les cartes, et il faudrait véritablement se demander à qui profite ce méfait nosologique.

LE DÉPISTAGE PRÉCOCE A-T-IL SES LIMITES ?

J'aimerais insister, d'une part, sur le nécessaire souci éthique qui doit animer le dépistage précoce des enfants autistes ou à risque d'évolution autistique, ce qui suppose une formation particulière des personnels impliqués, et d'autre part, sur l'importance de développer des modalités d'intervention thérapeutique précoce dont l'efficacité semble aujourd'hui de plus en plus certaine.

Ce ne sont pas les pédopsychiatres qui rencontrent en premier les enfants à risque autistique, mais bien plutôt les pédiatres et tous les personnels présents dans les différents lieux d'accueil et de soin des très jeunes enfants (crèches, haltes-garderies, centres de PMI, nourrices agréées, assistantes maternelles...). Toutes ces personnes (ainsi que les étudiants en médecine) doivent donc être progressivement informées

et inlassablement sensibilisées à cette question du dépistage précoce des troubles autistiques. L'objectif central, répétons-le, est un objectif de prévention ciblée, et non pas un objectif de prédiction dont les conséquences peuvent être fort néfastes.

D'une manière générale, et nous n'y insisterons jamais assez, plus les possibilités de dépistage précoce s'accroissent, plus une formation particulière et spécifique doit être pensée quant à l'éthique du maniement des informations recueillies par les nouvelles techniques de dépistage.

Enfin, il importe de rappeler que tous les signes de dépistage précoce ne peuvent que demeurer sans écho si les professionnels concernés n'admettent pas profondément qu'un bébé, même très jeune, peut être déjà très malade. Cette idée nous choque, bien évidemment, mais si nous ne parvenons pas à l'intégrer, alors nous courons le risque d'entrer en collusion avec le déni bien compréhensible des parents qui veulent, au moins dans un premier temps, éviter la souffrance de se confronter à la prise de conscience d'une situation dont ils pressentent souvent, déjà, la gravité.

Avant 1 an, bien malin celui qui pourrait dire avec certitude que tel enfant est, à coup sûr, engagé dans l'organisation d'un fonctionnement autistique.

Il ne s'agit en rien de procéder à une quelconque rétention d'informations face à des parents qui ont sans conteste le droit de savoir ce que nous pensons de leur enfant, mais seulement de les mobiliser sans dramatiser, et surtout, de ne dire que ce que l'on sait, et sans enfermer quiconque dans de pseudo-certitudes alors porteuses d'une réelle menace iatrogène.

En France, les recommandations de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) sont d'ailleurs très sages et fermes en la matière, puisqu'elles préconisent la plus grande prudence quant au maniement du terme d'autisme avant l'âge de 2 ans. Ce n'est pas le diagnostic d'autisme qui crée l'autisme, bien entendu, mais ce diagnostic est porteur d'effroi pour les parents dans notre contexte socioculturel actuel, et de ce fait, le risque est grand de les voir perdre leurs ressources créatives et adaptatives en pensant le destin de leur enfant sous l'angle d'une fatalité inamovible. Parler trop tôt d'autisme aggrave alors la situation en risquant non pas de créer mais de renforcer le risque de ce que l'on craint.

Peut-être faut-il avoir la modestie, à cette époque de la vie, de savoir seulement repérer non pas un risque autistique mais une sorte de plateforme de vulnérabilité, à partir de laquelle peuvent encore se jouer des destins psychologiques ou psychopathologiques fort divers (évolution vers un déficit, une psychose non autistique, une dysharmonie évolutive voire, parfois, vers une certaine normalisation), pourvu qu'on ne fasse pas peser sur l'enfant et sur ses parents le spectre d'une fatalité

autistique, et qu'on laisse toute leur place aux effets de rencontre, par définition imprévisibles.

Avant 1 an, il existe, à mon sens, un très beau diagnostic et fort utile, qui est celui « d'enfants-qui-ont-besoin-de-nous » ! Si avant 1 an, l'on pouvait repérer et aider tous les « enfants-qui-ont-besoin-de-nous » pour entrer dans la relation, cela serait déjà un succès considérable, quelle que soit la nature (autistique, dépressive, neurologique, sensorielle ou autre) de leurs difficultés, et ce d'autant qu'à cet âge, nos modalités d'intervention, si efficaces qu'elles puissent être, ne sont pas encore extrêmement spécifiques, il faut bien l'admettre.

Les parents d'enfants en difficulté relationnelle exigent de nous, aujourd'hui, que nous puissions leur dire, le plus tôt possible, s'il s'agit ou non d'autisme ou d'un TED, et cela est plus que légitime. Pour autant, nous ne pouvons affirmer que ce dont nous sommes certains, et il faut savoir résister à la tentation d'un diagnostic trop précoce. On a parfois le sentiment que de mettre un mot sur les choses pourrait les rassurer ; mais quel mot, et pour quoi faire ?

L'autisme constitué appelle des mesures spécifiques, et la question est alors claire. Les troubles relationnels précoces ne sont pas toujours de nature pré-autistique, et la question est alors plus complexe. Il nous faut trouver des mots justes et qui laissent ouvert le devenir de l'enfant, non pas parce que nous voulons cacher la réalité aux parents mais pour laisser la plus grande liberté développementale possible à leur enfant.

UNE PRISE EN CHARGE NÉCESSAIREMENT MULTIDIMENSIONNELLE

La logique de l'hypothèse étiologique polyfactorielle est de nous obliger à une prise en charge multidimensionnelle intégrée, la plus précoce possible, afin de ne se priver d'aucune voie d'accès potentiellement efficace.

Le tout-psychanalytique a échoué, mais le tout-pédagogique, le tout-éducatif ou le tout-rééducatif échoueront de même, et toute technique qui prétendrait avoir des raisons de réclamer ou d'imposer le monopole de la prise en charge, serait en fait hautement suspecte à nos yeux ! Cela étant, il importe, bien entendu, de respecter au maximum les trajectoires des familles, tout en plaidant avec force pour le fait que sur le fond d'une intégration scolaire digne de ce nom², une action puisse être menée

2. Les enfants autistes doivent aller à l'école, et nous nous sentons entièrement solidaire des parents qui réclament que la loi de 2005 sur l'intégration scolaire des enfants handicapés et autistes puisse effectivement être mise en œuvre.

conjointement sur les trois plans de l'éducatif, du rééducatif et du soin psychothérapeutique.

Qu'entend-on alors, précisément, par « prise en charge multidimensionnelle » ?

Il importe tout d'abord de rappeler que la notion de « soin » ne se résume pas, loin s'en faut, au seul champ du soin psychothérapeutique. Comme l'a dit très justement J. Hochmann, se soigner permet d'apprendre, mais apprendre fait du bien, et le clivage serait ici l'ennemi public numéro un, en redoublant d'ailleurs la tendance au clivage qui se trouve, on ne le sait que trop, au cœur du fonctionnement autistique lui-même. L'affectivité et la cognition ont partie liée, l'enfant autiste a de la peine à généraliser ses apprentissages, et un abord multidimensionnel de ses difficultés s'avère absolument nécessaire pour l'aider à reprendre sa croissance et sa maturation psychiques.

Cela étant, il y a un soin au sens large d'un soin du développement (apprendre, éduquer, rééduquer), et un soin au sens plus spécifique des psychothérapies (soin de la psyché). Mais pourquoi vouloir se priver de telle ou telle facette de notre action ?

S'agissant de l'intégration scolaire, nous sommes encore très loin du but. En 2008, dans l'avis 102 du Conseil consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, consacré au thème « Sur la situation, en France, des personnes, enfants et adultes, atteintes d'autisme », J.-C. Ameisen soulignait que les citoyens avaient « droit au droit » et qu'il fallait faire en sorte que la loi sur l'intégration scolaire des enfants autistes puisse devenir effective et ne pas rester lettre morte.

En effet, les parents ont besoin que leur enfant soit accueilli tout au long de la journée par des personnes compétentes, car l'enfant autiste l'est en permanence, et pas seulement cinq ou six fois par semaine, lors des séances d'aide qui lui sont proposées (orthophonie, psychomotricité, psychothérapie...).

Or, actuellement, mettre un enfant en classe demeure très difficile et même risqué (augmentation des angoisses de l'enfant autiste plongé dans un grand groupe) car les classes sont surchargées, et parce que les enseignants et les auxiliaires de vie (AVS) sont encore insuffisamment formés aux particularités pédagogiques nécessaires aux enfants autistes, même si le troisième plan Autisme a fait un certain effort en la matière.

Là est le véritable scandale. Cela est évidemment vrai pour les classes tout-venant, mais aussi, hélas, pour les CLIS (classes d'inclusion scolaire spécialisées).

Il y a donc, là, un combat essentiel et urgent à mener, en ajoutant que si les enfants autistes pouvaient être accueillis en classe dans de bonnes conditions, il est fort probable que nombre de conflits entre parents et professionnels concernant les prises en charge spécialisées (éducatives, rééducatives ou psychothérapeutiques) se trouveraient alors, *ipso facto*, apaisés.

Une fois l'enfant autiste scolarisé, reste à lui proposer une prise en charge sous la forme d'un trépied fondamental : une aide éducative (type ABA³, PECS⁴, 3 « I⁵ » ou TEACCH⁶ par exemple), une aide rééducative toujours nécessaire à un moment ou à un autre (rééducation orthophonique et psychomotrice, en particulier), et une aide psychothérapique enfin, sur laquelle je reviendrai.

Aucun psychanalyste raisonnable ne s'oppose aujourd'hui aux approches éducatives qui peuvent beaucoup aider l'enfant autiste à accroître ses habiletés sociales, pour peu que ces mesures d'aide ne deviennent pas envahissantes, qu'elles ne monopolisent pas l'ensemble de la journée de l'enfant, qu'elles ne le confrontent pas à un nombre excessif et par trop changeant d'intervenants, et qu'elles n'enferment pas les parents dans un rôle de co-intervenant technique, au détriment de leur spontanéité affective pourtant si précieuse, quelle que soit la douleur que représente le fait de vivre avec un enfant autiste.

On ajoutera que certains aspects de ces diverses méthodes éducatives pourraient d'ailleurs, très utilement, faire partie de la formation des enseignants et des AVS déjà évoquée, ainsi que des assistantes maternelles ou des divers accompagnants de l'enfant autiste dans sa vie quotidienne.

LA PLACE ET LE BUT DES PSYCHOTHÉRAPIES

En dépit de tout ce qu'on peut lire, dire et entendre aujourd'hui, il me semble que l'approche psychothérapique des enfants autistes demeure une nécessité absolue dans un certain nombre de cas, et cela fait écho, bien entendu, aux propos de Juan Larbán Vera.

Quelle que soit la méthode employée, toute psychothérapie d'un enfant autiste vise à lui faire ressentir, comme le disait F. Tustin, qu'un

3. Applied Behavioral Analysis.

4. Pictures Exchange Communication System (Système de communication par échange d'images).

5. Méthode de stimulation individualisée, intensive et interactive.

6. Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren.

autre existe et qui n'est pas menaçant, ce qui rejoint au fond, par la voie des affects et des émotions, la question de l'accès à l'intersubjectivité dont l'échec forme le vif de la pathologie autistique.

Faire sentir à l'enfant qu'un autre existe et qui n'est pas menaçant... Il n'y a pas que la cure psychanalytique qui puisse se donner cet objectif psychothérapeutique. On citera par exemple les « thérapies d'échange et de développement » développées en France par l'école de Tours, mais aussi la méthode « Floortime » très utilisée aux États-Unis et qui donne une place centrale au jeu et au partage émotionnel.

Mais compte tenu du contexte polémique actuel, quelques mots me semblent utiles à propos des psychothérapies psychanalytiques des enfants autistes, si décriées. Être autiste donne lieu, à certains moments, à des souffrances affectives extrêmes, et sortir de l'autisme n'est pas non plus une partie de plaisir, car l'enfant autiste va alors découvrir le monde et les objets qui le composent (objets animés et objets inanimés), lesquels peuvent être ressentis par lui comme des objets terrifiants.

Dans ces conditions, que peut apporter la cure psychanalytique ?

Contrairement à ce que l'on a coutume de penser, la psychanalyse apparaît davantage comme une science narrative que comme une science explicative ou causale, la question de la faute maternelle se trouvant ainsi par définition hors sujet, si l'on peut s'exprimer de la sorte.

– Avec un enfant autiste, la question n'est pas tant de trouver et de désigner le coupable de ses difficultés (lequel n'existe d'ailleurs pas en tant que tel), mais de l'aider à être en lien avec son monde interne, à lui donner forme et sens, à dépasser les entraves émotionnelles qui sont les siennes.

Le psychanalyste, au sein d'un cadre rigoureux et stable, passera ainsi par exemple de longues périodes à mettre des mots sur les affects de l'enfant (verbalisation des affects), comme l'a si bien montré un auteur tel que A. Alvarez.

– Il a aussi à « interpréter » ses angoisses archaïques, c'est-à-dire à proposer un sens aux figurations corporelles ou comportementales que l'enfant en propose au sein de ses séances. Tel enfant autiste utilise, par exemple, de longs moments de ses séances à faire tomber un objet de la table, tout en observant, comme à la dérobee, le regard du thérapeute. Il ne s'agit pas tant pour lui, comme pour un enfant habituel, de forcer le thérapeute à le ramasser dans une dynamique de pouvoir sur autrui.

Tout se passe comme si l'enfant attendait du thérapeute une parole donneuse de sens, et quand le thérapeute lui dit, par exemple, qu'à travers ce jeu, il cherche à lui montrer que lui-même se sent parfois

tomber au sein d'un gouffre (angoisses de précipitation), alors le jeu s'arrête instantanément.

Tel autre enfant passe son temps de séance à tourner sur lui-même, et quand le thérapeute propose l'idée qu'il cherche à lui montrer que le monde est ressenti par lui comme un tourbillon (« angoisses tourbillonnaires » si bien décrites par D. Houzel), là aussi le comportement s'interrompt rapidement.

– Il y a bien d'autres exemples d'angoisses archaïques qui pourraient être donnés (angoisses de vidage, de vidange, de liquéfaction...), mais dans tous les cas, il faut admettre d'une part que l'enfant, si autiste soit-il, a une sorte d'intention inconsciente de communiquer à l'autre quelque chose de son vécu intime, de ses éprouvés et de ses ressentis affectifs, et d'autre part, que le psychanalyste d'enfants, par son empathie, par son expérience du transfert et du contre-transfert, est particulièrement bien placé pour décoder les messages que l'enfant lui adresse à son propre insu.

– La verbalisation des affects de l'enfant autiste et l'interprétation de ses angoisses archaïques offrent déjà deux moyens importants de faire sentir à l'enfant qu'un autre existe et qui peut le comprendre, ce qui aide l'enfant dans l'instauration de son intersubjectivité. Mais ce n'est pas tout.

Le psychanalyste peut aussi aider l'enfant à édifier ce que G. Haag appelle son « Moi corporel », c'est-à-dire à lui permettre de se vivre comme un tout unifié, différencié et progressivement plus sécure. G. Haag et ses collaborateurs ont proposé une grille d'observation permettant de suivre les processus de dégagement de l'enfant autiste de sa bulle autistique, et cet outil repose sur une modélisation de ce que l'on sait aujourd'hui en matière d'édification du Moi corporel, sans lequel l'enfant ne peut se vivre comme un sujet, ni s'engager dans la relation à autrui.

Il importe notamment de l'aider à vivre sa peau comme une enveloppe corporelle suffisamment contenant et suffisamment limitante (G. Haag dit qu'il s'agit d'aider l'enfant à se procurer un « sentiment d'entourance » autre que celui offert par la carapace autistique), enveloppe cutanée qui renvoie au concept de « Moi-peau » de D. Anzieu.

Mais il importe aussi de l'aider à se différencier intracorporellement, à vivre son corps comme suffisamment étanche (sphinctérisation de l'image du corps), et finalement à accepter de substituer des flux relationnels à ses flux sensoriels emprisonnants (D. Houzel).

Tout cela n'est possible que grâce à la formation du psychanalyste, qui lui permet de s'identifier profondément aux vécus corporels et affectifs de l'enfant autiste pour l'aider à se construire et à s'individualiser progressivement.

Sébastien Dupont

Seul parmi les autres

Le sentiment de solitude chez l'enfant et l'adolescent

Sous la direction de **Marie-France Castarède** et **Gabrielle Konopczynski**

Au commencement était la voix

Sophie Krauss

L'enfant autiste et le modelage

De l'empreinte corporelle à l'empreinte psychique

Marion Feldman

Entre trauma et protection : quel devenir pour les enfants juifs cachés en France (1940-1944) ?

Sous la direction de **François Poinso** et **Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal**

Orages à l'aube de la vie

Liens précoces, pathologies puerpérales et développement des nourrissons dans les unités parents-bébés

Yvon Gauthier

L'avenir de la psychiatrie de l'enfant

Sous la direction de **Benoît Bayle**

Ma mère est schizophrène

Schizophrénie et parentalité

Michèle Grosclaude

L'enfant réanimé

Clinique de la rupture et du lien

Brigitte Mytnik

IVG, fécondité et inconscient

L'absence et la chair

François Ansermet, Marc Germond, Claudia Mejía Quijano

Parentalité stérile et procréation médicalement assistée

Le dégel du devenir

Sous la direction de **Michel Soulé**

La vie de l'enfant

Ce que vous avez toujours voulu savoir... Sans jamais oser le demander

Michel Soulé

Histoires de psychiatrie infantile

Benoît Bayle

L'enfant à naître

Identité conceptionnelle et gestation psychique

Sous la direction de **Martine Gross**

Homoparentalités, état des lieux

Peter Fonagy

Théorie de l'attachement et psychanalyse

Sous la direction de **Sylvie Séguret**

Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com