

LES AUTISTES, EXCLUS DE L'AN 01  
Journées de DAX sur l'Exclusion  
Novembre 1997  
Pierre Delion

Ce texte est un hommage à ceux qui travaillent avec moi, directement et indirectement, à Angers, et sans lesquels ce que nous pouvons encore faire serait même impossible.

## INTRODUCTION

Si j'ai proposé à Michel Minard de parler encore une fois de l'autisme infantile, c'est parce qu'il me semble très intéressant de faire le point aujourd'hui sur une des raisons pour lesquelles les enfants autistes deviennent des exclus, à savoir leur rencontre trop tardive avec une équipe de soins intensifs ayant suffisamment réfléchi à ce problème de bébé. Mais aussi parce que le problème des autistes est exemplaire de la tendance actuelle de l'orientation vers le médico-social, voire même le socio-familial... les excluant ainsi du soin qui leur est nécessaire, comme si les dimensions familiales, sociales, et médicales ne pouvaient pas s'articuler ensemble.

Dans une telle logique décadente (Francis Jeanson), exclusion et ségrégation sont les deux mamelles du destin des **pulsions de mort**.

Bien sûr, je souhaite évoquer avec vous ce problème, non pas du point de vue antipsychiatrique au sens large - comment faire pour échapper à la psychiatrie - ce qui d'une certaine manière est encore une position beaucoup plus développée que nous ne le pensons habituellement, mais du point de vue pragmatique voire pragmatiste, comme dirait Peirce, afin de comprendre en quoi et comment nous pouvons changer cet état de chose regrettable.

Mais la question générale est de savoir si une équipe de psychiatrie elle-même en danger d'exclusion, est capable de faire en sorte que ses clients ne le soient pas.

Aussi, je tenterai de montrer comment sur le plan du système, exclusion et ségrégation sont deux faces cachées d'un même processus dérivé de la pulsion de mort : le modernisme pseudo-scientifique à (d)économie variable, tandis que sur le plan de la personne-autiste par exemple - ce processus de l'exclusion gît davantage dans la dynamique transférentielle et plus précisément contre-transférentielle, les deux aspects rentrant dans spirale qui en accroît les inconvénients d'une façon exponentielle; j'illustrerai cette « chose » par quelques exemples d'enfants mettant en évidence la fâcheuse tendance qui m'envahit de plus en plus souvent : devenir « con par défaut », puisque toutes les autres hypothèses ne sont partagées concrètement, là où je travaille, que par un groupe nettement minoritaire.

## CONTEXTE

Je m'explique. Dans mon hôpital il y a eu comme dans beaucoup d'autres en France ces derniers temps, une tragi-comédie qui s'est déroulée en plusieurs actes, dont on ne sait pas lequel a été le plus déterminant pour la catastrophe annoncée.

Le titre de cette tragi-comédie est « La guêpe et le lézard ».

**Premier acte** : *(monologue d'un directeur parcourant de long en large la scène en s'arrachant théâtralement les cheveux... qui lui restent éventuellement. Commentaires contrapuntiques d'un chœur antique)*

-le directeur « Dieu tout puissant, viens-moi en aide, tout ce qui se fait dans cet hôpital va être remis en cause par le dard » (traduisez DARD : directeur de l'agence régionale de droite)

-le chœur antique, *recto tono* : « le dard, oh le dard semble un personnage éminemment fantasmogène; faire flipper le directeur de l'hôpital il peut; oh puissant est le dard ».

-le directeur : « Il est donc impératif, si l'on veut échapper à l'étrillage proposé par les ordonnances Juppé »

-le chœur : « c'est-à-dire de se conformer aux canons de la beauté classique, telle qu'elle est définie par le code de « la désespérance technocratique subtile ».

-le directeur : « il est donc impératif qu'il nous écoute, nous écoute, nous écoute... »

-le chœur : « Dieu se fait traduire la supplique en latin : il écoute, il écoute se traduit audit, audit, audit, ... »

-le directeur : « oui, c'est cela, requérons un audit! »

**Deuxième acte** : Le directeur de l'hôpital, après avoir mouillé jusqu'aux génitoires les médecins administrateurs pour les faire participer au choix d'un audit, qui va procéder en connaissance de Psy-cause (toujours évidemment) à la mise en place d'un projet d'établissement, le directeur, donc, engage une vaste campagne de recueil des idées de tous les partenaires dudit établissement. Il découvre à cette occasion le bienfait des réunions de travail entre les différentes catégories de personnels (alors que les mêmes ne veulent pas envoyer la secrétaire du service au séminaire d'Oury parce que ça n'a rien à voir avec le secrétariat, les secrétaires peuvent se former au

traitement de texte mais pas à comprendre l'angoisse des familles qui téléphonent ou viennent prendre un rendez-vous pour leur enfant).

**Troisième acte** : un an après tout ce travail considérable de réunions, de production effrénée de fantasmes en tout genres, de destruction massive de forêts de papier, et de rapports sans aucune sexualité freudienne, une note de synthèse nous est rendue qui coïncide, est-il besoin de le préciser, avec les idées émises auparavant par les plus conservateurs des psychiatres et des administratifs : **il faut défendre la psychiatrie de secteur mais en l'organisant autrement de telle manière qu'elle soit « délivrée » de ses péchés originels et notamment en mettant en place une intersectorialité généralisée. Ce que je traduis : la psychiatrie de secteur a assez duré comme ça, il va bien falloir que tous ces illuminés se mettent à penser qu'un hopital, ça fonctionne par spécialités**; d'ailleurs ne faut-il pas aller faire la psychiatrie dans les hopitaux généraux? Là, je ne veux pas polémiquer sur le rapport Massé, mais je prétends que s'il n'a pas dit que c'était la seule solution de le faire, il a fourni, sans peut-être mesurer toutes les conséquences de ses propos, des armes dangereuses à ceux qui n'ont jamais ni fait ni compris la psychiatrie de secteur, en leur laissant à penser que le retour à l'hôpital général était l'équivalent du retour de la psychiatrie dans la médecine, son équation symbolique. Et les psychiatres de mon établissement de voter majoritairement pour le détachement du service de psychiatrie universitaire du CHU d'Angers de son secteur géodémographique, au mépris le plus radical de la loi sur la sectorisation. C'est ce que j'appelle un sacré « lézard » dans le projet d'établissement.

**Quatrième acte** : *La guêpe entre en scène.*

Le dard vient visiter l'établissement dans le cadre de la tournée de sa nouvelle région avec ses golden boys. Il téléphone en disant qu'il veut bien suivre le programme proposé par le directeur de l'hôpital, mais qu'il tient absolument à rencontrer cette équipe de psychiatrie de l'enfant qui souhaite regrouper sur un même site, au milieu de son secteur géo-démographique, les consultations, l'hospitalisation et le temps partiel. Le directeur me téléphone pour m'annoncer cela, mais alors, je vous raconte pas, sans le moindre plaisir de se l'être fait imposer. Toujours est-il que la visite a eu lieu et que nous sommes là, suspendus à la piqûre du Dard, à sa décision régalienne.

**Epilogue provisoire** : Comme dans les restaurants moyens, vous avez le choix entre fromage et dessert ici, vous pouvez choisir entre fromage de queue de lézard et sorbet de dard de guêpe: « désormais dans le maine-et-loire, les patients psychiatriques seront adressés aux urgences et aux consultations psychiatriques du CHU; ceux qui allaient dans leur secteur peuvent encore continuer, mais tout le monde sait qu'un médecin généraliste va plutôt avoir tendance à « botter en touche » vers le CHU pour un patient présentant des problèmes psychiatriques; là, l'équipe universitaire de psychiatrie choisit dans le vivier des patients adressés au CHU-je cite- *« les anxio-dépressifs, les troubles liés à la consommation d'alcool, les troubles anorectiques, les suicidants, et la psychiatrie de liaison; les psychoses aiguës et chroniques ainsi que les névroses décompensées sont adressées aux secteurs dont c'est la mission »*(extrait d'une lettre adressée par le psychiatre universitaire au président de la CME du CHU pour y organiser la création d'un service de 10 à 15 lits avec les infirmiers [psychiatriques ou DE la lettre ne s'en soucie pas]fournis par notre établissement pour favoriser les liens forts entre le CHU et nous autres de la psychiatrie publique de secteur).

L'exclusion est donc présente à tous les étages et comme toujours, organise un monde de ségrégation; les mêmes acteurs créent dans la foulée deux structures intersectorielles pour les autistes et psychotiques « régressés » en réutilisant des locaux du CHS laissés libres par les « avancées » de la sectorisation.

En résumé : les beaux malades aigus au CHU et les vilains chroniques à l'HP. Pour échapper à cette alternative, vous pouvez vous faire réhabiliter. Ca ne vous rappelle pas une organisation de la psychiatrie déjà connue? En tout cas, moi ça me rappelle les nécropoles asilaires contre lesquelles nous avons tant lutté pour les transformer en services sectorisés à visage humain.

Je rappelle à toutes fins utiles, afin que ces collègues se reconnaissent, que le président et le vice-président de notre CME qui a piloté tout ça, sont des membres éminents du syndicat des psychiatres des hopitaux, je ne dis même plus de mon syndicat, celui auquel j'étais fier d'appartenir lorsque sous la direction de Jean Ayme, d'Hélène Chaigneau, Lucien Bonnafé, Guy Baillon, Dimitri Karavokyros et de nombreux autres, il mettait en place la seule vraie révolution culturelle psychiatrique de notre deuxième moitié du vingtième siècle, **la psychiatrie de secteur.**

Voilà donc l'alternative diabolique devant laquelle notre désespérance est apparue : queue de lézard ou dard de guêpe, même catastrophe annocée. Dans cette logique, je sens très fort à l'oeuvre « ce qui fait tendre les êtres vivants vers un état sans vie; la pulsion de mort ne peut se manifester seule; son travail se reconnaît, notamment au travers des contraintes de répétition, lorsqu'elle a partie liée avec Eros. En ce qu'elle tend à ramener le vivant à l'état antérieur, elle est une composante de toute pulsion. Dans cet alliage, sa tendance dominante est la dé-mixtion, la dé-liaison et la dis-sociation. »

Donc, j'accuse de lâcheté les psychiatres de la CME de mon établissement, qui ont voté majoritairement ce projet d'établissement; ce faisant ils ont vendu l'âme de la psychiatrie de secteur pour une psychiatrie de comptable, en le sachant parfaitement.

J'accuse les psychiatres universitaires du Maine-et-Loire de prendre une revanche à pas cher sur les psychiatres de secteur qui les avaient contraint jusqu'à ce jour à exercer dans le cadre de la loi sur la sectorisation, bien malgré eux.

J'accuse les administratifs d'avoir choisi l'option de la soumission au projet le plus technocratique sans même rester en position de faire respecter la loi sur la sectorisation, et de considérer l'histoire de la psychiatrie dans ce département comme un frein à toute évolution.

J'accuse enfin les psychiatres qui prétendent ce qu'ils ne font pas et ne disent pas ce qu'ils font vraiment notamment en matière de ségrégation, d'avoir cédé sur leur désir de thérapeute et de devancer la logique gestionnaire de la psychiatrie.

J'appelle, mandaté par le groupe de travail auquel j'ai participé avec Jean Oury, à des **Etats généraux de la psychiatrie** pour transformer les très nombreuses plaintes dont nous sommes les réceptacles en force susceptible d'organiser une résistance active et constructive à l'entreprise de destruction de la psychiatrie qui est déjà bien avancée dans les lieux dans lesquels nous travaillons. Michel Minard et Hervé Boukobsa ainsi que tout ceux qui se sentent concernés par un tel appel vont concourir à sa réalisation avant qu'il ne soit trop tard.

**AVEC LES ENFANTS A RISQUE AUTISTIQUE : TRAVAIL DE SECTEUR QUAND MEME.**

Voilà donc la toile de fond sur laquelle je souhaite vous parler de notre travail de secteur en ce qui concerne l'accueil des bébés et des enfants autistes, aussi précocement que faire se peut, et, vous le voyez, avec le souci de ne pas en faire un argument moderne de ségrégation déguisée. Mon idée, vous l'avez sans doute comprise, est que la pratique de la ségrégation dans les équipes de psychiatrie est le strict équivalent de celle de l'exclusion dans les sociétés occidentales; souvent maintenant, la ségrégation prend le masque de l'intersectorialité; dans ce cas, la ségrégation des autistes devenus adultes est un projet intersectoriel qui a le vent technocratique en poupe...Mais revenons-en à notre travail de terrain.

D'abord le dispositif tel qu'il est proposé aux familles, aux médecins généralistes, aux pédiatres et à tous les professionnels de la petite enfance de notre département: un bébé présente des signes qui peuvent faire évoquer un risque autistique; son médecin l'adresse soit au CAMSP départemental, soit à l'équipe de pédopsychiatrie, rarement à un psychiatre libéral et encore quelquefois à un orthophoniste. Dans la majorité des cas, c'est au CAMSP départemental que le bébé arrive. Là, il est vu par un pédiatre qui va reprendre ou non à son compte ce risque autistique; il demandera au pédopsychiatre de son équipe son avis à ce sujet. Au cours d'une réunion de travail mensuelle que j'ai proposée de mettre en place, il y a maintenant trois ans, le pédiatre et le pédopsychiatre du CAMSP, le neuropédiatre et le pédopsychiatre de secteur, nous reprenons les dossiers de bébés à risques et réfléchissons ensemble sur les aspects nécessaires du bilan à effectuer pour tel enfant (EEG, génétique, métabolisme, etc...)(soit dit en passant, le bilan précoce diminue de façon considérable les résistances au travail psychique des parents)et puis sur le passage de relais avec telle ou telle équipe de secteur, une fois que le bilan a conclu à telle ou telle pathologie présentée par le bébé.

Pour arriver à ce dispositif apparemment simple selon la logique, il a fallu ramer pendant très longtemps et quasiment tout seul. Au début le CAMSP ne voulait pas entendre parler de la psychiatrie de secteur d'abord parce qu'elle est disqualifiée en permanence dans l'enseignement de la psychiatrie aux généralistes et aux psychiatres-c'est une idéologie de gauche-puis dans un second temps, parce que les équipes de secteur n'étaient pas encore compétentes avec les bébés en difficultés psychopathologiques. Puis ce fut au tour des pédiatres de ne pas comprendre ou accepter les enjeux du dépistage rapide, dans la mesure où les médias ne favorisent pas vraiment une image très positive de la psychiatrie publique de secteur; quant aux généralistes, nombreux sont ceux qui répondent encore à des parents inquiets des signes présentés par leur enfant, que Einstein lui, a bien parlé à cinq ans. Alors qu'on ne vienne pas les embêter avec ça. Ça va s'arranger tout seul. Je sais que certains généralistes très actifs dans les EPU, notamment, luttent contre cet état de fait, qui ne fait que rappeler une fois encore que l'enseignement de la psychiatrie et a fortiori de la pédopsychiatrie en faculté de médecine laisse encore vraiment à désirer dans maints endroits.

Mais c'était compter sans les problèmes de la pédopsychiatrie elle-même; il a fallu là aussi attendre plusieurs années pour que devienne possible une coopération entre les deux secteurs angevins de pédo psy. Maintenant, sur ce plan là, c'est chose faite, un collègue du service voisin est notre correspondant et avec une équipe infirmière, il reçoit les bébés et les jeunes enfants à risque autistique pour les prendre en charge. Nous nous réunissons donc avec les collègues psychiatres et infirmiers des quatre secteurs de psychiatrie de l'enfant du Maine-et-Loire pour échanger nos pratiques, nos réflexions et nos projets.

Maintenant que cette **tablature** est mise en place, il va devenir possible d'en faire un dispositif intéressant pour éviter l'exclusion des enfants autistes, leur **exclusion vers le social**; mais ce n'est pas parce que ce dispositif existe que les exclusions ne vont plus avoir lieu. Il en reste de multiples raisons et notamment des « raisons que la raison ne connaît pas... »; comme Jean Oury qui distingue l'aliénation sociale de l'aliénation mentale, l'exclusion peut être étudiée sous le même angle : la résistance des médecins et des pédiatres à se séparer des jeunes enfants par une difficulté à analyser un contre-transfert de type emprise/dépendance; la résistance des familles à imaginer qu'un bébé peut avoir déjà besoin d'une équipe de pédopsychiatrie pour des raisons quelquefois graves; la résistance de l'équipe de pédopsychiatrie à accueillir et à soigner des bébés à risque autistique; la difficulté à faire passer le message dans les formations des professionnels de la petite enfance, malgré un tas de déclarations de principe extrêmement favorables en apparence....sont autant de « raisons » justifiant une « **exclusion mentale** ». Et je ne manquerai pas de m'apesantir sur nos propres mécanismes d'exclusion mentale, sur nos taches aveugles, sur mes propres taches aveugles.

#### UN PEU DE SEMIOTIQUE

Mais auparavant, il faut aussi parler de la tentative de compréhension que je propose grâce au travail fait avec Michel Balat, sémioticien devant l'éternel à Perpignan. Il s'agit pour moi d'essayer d'articuler la problématique de l'autisme infantile avec le processus de sémiotisation de Her Majesty the baby, afin d'y repérer ce qui s'y déroule d'analogue et aussi de différent.

Travailler la problématique du syndrome autistique dans les trois premières années de la vie d'un enfant, c'est se donner des arguments extrêmement recevables pour justifier l'importance de la non-ségrégation et donc la non-exclusion future des enfants en question : les signes cliniques sont différents d'un enfant à l'autre, les circonstances de survenue aussi, les milieux familiaux et les équipes soignantes aussi...

C'est ainsi que la problématique de l'identification adhésive normale et pathologique trouve une nouvelle possibilité d'être éclairée en corrélation avec l'accès du bébé au monde des signes. C.S.Peirce, en nous amenant à ce qu'il a appelé « sémiotique », nous a permis une avancée à ce sujet et j'aimerais vous la faire partager.

Le bébé « produit » les signes de sa vie psychique dans le cadre de l'interaction avec ses parents tant qu'il ne dispose pas d'un langage articulé dans une parole. Il peut progressivement aller vers le langage ce qui fera perdre aux signes du début de sa vie leur pertinence. Mais l'enfant autiste lui va fonctionner dans un système qui le met en situation particulière : tout se passe comme si notre petit savant autiste se livrait à des expériences sur son image du corps qu'il a bien du mal à représenter si j'en crois mes rencontres avec lui; les angoisses archaïques qui sont à la base de ses expériences vont le conduire, faute d'une **empathie métaphorisante**(Lebovici) à trouver « seul » les moyens de les contourner; cela constituera la base de ce que Freud nommait le moi-archaïque; mais seul avec ses angoisses et son moi-archaïque comme moyen de les contourner, autiste donc, il nous montre avec évidence que ce qui en résulte est une consommation en pure perte de son énergie psychique, sauf à accepter l'idée que la production de signes pathologiques est moins entropique que l'anéantissement, ce qui, de toute façon, laisse peu de calories psychiques pour la relation à l'Autre.

Nous avons donc un **objet problématique** -l'angoisse n'est pas sans objet problématique (pour paraphraser Lacan)-avec lequel l'enfant autiste entretient un rapport **iconique**, dont le signe est un **representamen ou représentement**; je propose en suivant Michel Balat, trois types de représentements : soit une **angoisse** dans la **priméité, ton ou qualisigne**(on tombe dans un trou, on s'écoule par les trous du corps...); soit un **passage-à-l'acte** dans la **secondéité** dont la particularité est qu'il a lieu sur le corps de l'enfant autiste, **trace ou sinsigne**, une auto-mutilation par exemple; soit un **type ou légisigne** dans la **tiercéité**, par exemple une écholalie plus ou moins différée; cette catégorie correspond pour Jean Oury à celle de l'**embarras** conçue comme antichambre de l'invention du **concept**. Au début de la vie, le bébé ne peut en aucun cas disposer d'une **interprétance** suffisante pour **dialectiser la sémiotisation** de ses objets; c'est son parent qui assure la **fonction interprétante** : tel signe veut dire telle objet, tel cri veut dire qu'il a soif; le travail du bébé en dérive autistique le conduit à rester dans le concret là où le bébé sans risque autistique va vers la métaphore.

Le travail de l'équipe soignante va donc être de renouer avec la fonction interprétante au sens le plus peircien possible, ce que j'ai déjà développé à Perpignan lors du colloque sur « autisme et éveil de coma ». Un bébé et ses parents sont accueillis dans une équipe qui leur propose un cadre-**fonction phorique**-dans lequel il vont poser leurs impasses interactives sous forme de signes; les soignants vont mettre à la disposition du bébé leur propre surface psychique-**fonction sémaphorique**- puis vont tenter de métaphoriser ces signes en laissant émerger un sens-**fonction métaphorique**-quand c'est possible. Justement, parlons-en, parce qu'il est des fois où le possible se fait longtemps désirer...

MARION

Marion est une enfant de cinq ans, qui présentait un syndrome autistique carabiné, dont elle commence à sortir grâce à tout un travail psychothérapique avec et autour d'elle. Elle a été adressée à la consultation de notre CMP alors qu'elle avait deux ans environ. A cette époque, elle se présentait comme une enfant sans langage, ne marchant pas et se mettant en pyramide sur la tête d'un côté et les pieds de l'autre (difficile autrement!); elle ne pouvait regarder l'autre qu'entre ses jambes, comme de l'intérieur d'une forteresse pas complètement vide. Née prématurée, elle manque de mourir étouffée par sa propre langue à sa première tétée du fait d'un syndrome de Pierre Robin. Elle est rapidement gastrostomisée et nourrie par sonde jusqu'à six mois. Sa sphère orale n'est donc pas investie psychologiquement à la manière des bébés comme nous l'avons fait (et dont certains continuent de montrer la qualité de leur investissement) et tout se passe comme si les sensations habituellement développées au niveau de la bouche l'avaient été au niveau de sa gastrostomie, dès lors érigée en cicatrice de son «museau amputé» (Tustin). Repensant plus tard à sa position-pyramide pliée en deux autour de la gastrostomie, son regard interjambier prenait toute sa signification : Marion nous regarde, protégée du fond de sa tente corporelle; la pyramide est l'auto-objet d'arrière plan qui rend possible un regard. Marion est donc devenue autiste. **Donc**, me direz-vous, est-ce donc qu'il y a un rapport de (psy)cause à effet, ou bien est-ce un syndrome qui s'est développé parce que justement la résistance des parents et celle des soignants était telle qu'elle fonctionnait comme écran à un style de communication particulier de Marion? cet exemple montre bien qu'il ne suffit pas de voir les enfants tôt pour qu'ils ne soient plus autistes : encore faut-il que les soignants acceptent cette idée insupportable de la folie possible des bébés, donc l'existence tôt de leur appareil psychique. L'expérience de Gauvin Picard avec la découverte récente de la souffrance physique des bébés est là pour nous rappeler que cette évidence n'en est justement pas une : qui de nous ne se souvient de ses stages en pédiatrie il y a encore vingt ans et des ponctions lombaires faites sans anesthésie parce que les bébés ça ne ressent pas la douleur? Et pourtant, Freud dès la métapsychologie inférait que le refoulement originnaire n'était que le résultat d'une effraction du pare-excitation.

Eh bien, nous les promoteurs de ce projet de prise en charge précoce des bébés à risque autistique, nous avons mis un temps tout à fait long pour intégrer le fait clinique avéré qu'il s'agissait bien d'un syndrome autistique chez Marion, et non d'une vague dysharmonie évolutive en rapport avec l'existence d'une maladie étiquetée « Pierre Robin » associant un rétrognathisme, une ptose linguale avec une agénésie du frein de la langue et, dit la médecine, une arriération mentale fréquente. C'est peu dire que les parents ont eux aussi mis longtemps à intégrer le fait que leur fille portait autre chose que les conséquences de six mois passés chez les prématurés. C'est en reprenant l'histoire de Marion avec Catherine Druon-dont je vous conseille l'excellent livre « à l'écoute du bébé prématuré »- à l'occasion d'une formation commune avec les puéricultrices de néonatalogie, que je suis allé fouiller dans son dossier de pédiatrie avec son pédiatre de l'époque; je suis tombé par terre et sur la conclusion de six mois d'hospitalisation ainsi résumée :

*« Marion a eu toutes les explorations cliniques et biologiques possibles au cours de ses six mois d'hospitalisation sans qu'on puisse retrouver une quelconque étiologie; nous proposons le diagnostic de syndrome de Pierre Robin like; à noter que la maman est très anxieuse. »*

Je me suis alors rendu compte que l'équipe du CAMSP avait fait tomber le « like » du syndrome en question dans ses lettres de transmission et que ce diagnostic très scientifique a fonctionné comme écran dans la rencontre avec Marion, nous empêchant en quelque sorte de la rencontrer, elle avec ses symptômes. Maud Mannoni avait déjà insisté en son temps sur l'effet du diagnostic (au sens bête et réducteur) sur l'histoire de l'enfant Ici les signes de Marion étaient certes accueillis dans notre appareil psychique désormais sémaphorique, mais notre **fonction d'interprétance métaphorique** était prise en otage par une aliénation au discours médicomimétique dominant dans la stratégie développée à l'époque en question pour obtenir des collègues pédiatres du CHU de soigner tôt les enfants à risque autistique. Il ne fallait en effet pas passer outre à l'aspect très scientifique en jeu. Sauf que même chez les scientifiques, l'inconscient existe, ce qui n'est pas un scoop, mais chez eux, l'inconscient est encore un **artéfact** plutôt que l'articulation logique d'une topique porteuse d'un **sens** qui veut « se faire entendre sans aller se faire voir ailleurs ». On peut tout à fait imaginer que le pédiatre consciencieux ou même inconscient qui propose le syndrome-like ne dispose pas du syndrome autistique dans ses diagnostics différentiels mais que son esprit scientifique tient à signifier qu'il y a chez Marion quelque chose qui ne peut être réduit à ce qui est connu. Cela nous fait approcher de ce que les post-kleinien ont appelé les personnalités « as if »; la différence entre le « like » et le « as », outre le fait que l'un est un adjectif ou une préposition, tandis que l'autre est une conjonction, consiste en ce que « like » fait pencher Marion vers une vraie maladie connue et estampillée alors que « as » fait aller la personne souvent très pathologique vers la normale, tout se passe « comme si » ce sujet psychotique était normal.

Cela semble loin de nos préoccupations, mais en fait révèle clairement que plus on est proche du bébé et plus l'esprit humain résiste à l'idée que le psychique peut être très tôt le lieu de difficultés in-croyables. Notre

pratique nous montre chaque jour que les troubles fonctionnels du début de la vie commencent à être l'objet, pour certains médecins, d'une compréhension psychopathologique qui les autorise à adresser le bébé insomniaque ou anorectique à un pédopsychiatre avec lequel ils ont pris l'habitude de travailler, et à chaque fois, être surpris de la rapidité et de la qualité de la « guérison », mais que par contre, en ce qui concerne les troubles autistiques de la première ou deuxième année, la résistance est beaucoup plus importante.

Plutôt que de dire que les médecins généralistes et les pédiatres sont vraiment ...ce qui peut m'arriver dans certains cas !, je vous ai proposé de dire que nous, que je, suis, en tant que roi des cons, le premier à résister à cette idée inentendable : **j'ai mis presque un an à réaliser que Marion présentait un syndrome autistique et je constate avec encore une fois un grand respect pour Freud, que les parents ont « soigneusement », c'est le cas de le dire, attendus dans le cadre de la relation transférentielle que mes yeux se décillent pour évoquer quand j'y étais enfin prêt, l'hypothèse de l'autisme pour leur petite fille.**

Pour conclure avec la clinique je vais vous rapporter la séance d'un groupe thérapeutique hebdomadaire d'enfants autistes que je continue à faire depuis cinq ans maintenant avec une infirmière psychiatrique et une éducatrice de jeunes enfants et quatre enfants autistes. Marion vient d'être accueillie dans ce groupe depuis le mois de septembre, je n'ose dire depuis la rentrée, et y a rapidement trouvé ce que nous proposons comme règle du jeu pour son fonctionnement : plutôt que de faire des activités, nous sommes là assis en rond avec les quatre enfants et attendons que quelque chose se mobilise depuis leur « présence ». Ils se mettent alors en scène une fois que nous nous sommes tenus la main en nous disant bonjour sans oublier personne. Nous disposons d'un sac de toile qui contient quelques objets dignes d'un inventaire à la Prévert, mais sans le raton laveur : des cercles, une corde, des briques de mousse, des cubes, des poupées papa et maman et quelques enfants et bébés, des tissus et des ballons. Le sac est vidé au début de la séance souvent avec une certaine excitation ludique des enfants. Ce mercredi dernier, Marion arrive au groupe avec beaucoup d'allant; elle s'assoit et accepte facilement de tendre ses deux mains à Odette et Marie-Agnès, pour le rituel du « bonjour »; aussitôt le sac vidé elle tombe de sa chaise comme un liquide qui se répand par terre et attrape avec sa main gauche un livre en tissu très coloré et avec sa main droite une série de cylindres qui s'emboîtent par ordre croissant ou décroissant, c'est selon l'humeur. Elle tourne en même temps les pages du livre en regardant furtivement les couleurs et réussit les emboîtements de cylindres avec une dextérité qui nous laisse pantois. Ses yeux qui pratiquent quelquefois le strabisme divergent, semblent là être au service chacun d'eux d'un héli-corps. La mécanique s'enraye quand Marion, lâchant le livre, prend une balle de tennis à sa portée et qu'elle la coince dans le cylindre exactement correspondant; mais elle ne peut plus l'enlever et semble bien ennuyée avec cet événement. Elle se lève et tenant dans sa main l'objet composite, va vers la porte par laquelle François est sorti pour aller faire pipi. Mais nous fermons la porte avec un coussin deux places que nous appelons le coussin-livre. Marion n'arrive pas à ouvrir la porte et s'allonge à plat-ventre sur le coussin-livre, le haut de son corps sur une « page » et le bas sur l'autre. Le pli du ventre de la gastrostomie est exactement sur la couture qui unit les deux coussins. Je lui dis que son ventre est bien au milieu et que comme ça elle peut se reposer tranquillement avec sa balle et le cylindre qu'elle tient avec ses deux mains. Elle me regarde et se lève doucement en pyramide en tenant son objet sous ses yeux qui quittent mon regard pour regarder l'objet qu'elle tient avec ses deux mains. Elle le lâche et attrape son pantalon pour le faire glisser le long de ses jambes tout en faisant des efforts de pousser; je m'approche d'elle parce que je vois son regard devenir un peu angoissé et elle pousse vers moi son objet; je le prends et lui dis : « tu veux que je t'aide à retirer la balle du cylindre » et je joins le geste à la parole. Elle me reprend la balle et le cylindre, les remet sous ses yeux et remonte son pantalon. **Tout se passe comme si les objets sous le regard permettaient de théâtraliser les sensations du corps.** Elle retourne vers le centre du groupe et prend le livre en tissu et tourne les pages en éprouvant la solidité de la charnière, et reste là quelques instants paisibles comme absorbée dans ses pensées. Une enfant autiste veut prendre le livre mais elle le retient puis, voyant que sa « collègue » y tient tellement, le lui laisse avec l'appui dans le regard de l'infirmière qui « bienveillance » sur elle. D'autres éléments se jouent lors de cette séance mais qu'il nous suffise de ce fragment pour représenter d'une façon surréaliste pour ceux qui voient ça de loin mais oh combien opératoire pour ceux qui essayent de tenir le pari de ces expériences de construction de l'image du corps et d'identifications intracorporelles (G.Haag) que les enfants autistes réalisent avec nous; ces séquences peuvent être mises en relation avec les autres activités thérapeutiques et les temps intersticiels de ces enfants et permettre de dégager dans ces « relevés topographiques » du corps en voie de psychisation, les éléments du transfert qui les caractérisent.

**Les signes de son autisme sont devenus les icônes et les indices de l'histoire et de la géographie de son image du corps**

Le travail des soignants est possible parce qu'ils sont dans une attitude d'esprit qui les rend accueillant au transfert, une fois les taches aveugles repérées.

MAEVA

Par contre, Maeva vient en consultation avec sa maman à seize mois, adressée par un neuropédiatre pour un autisme, à peu de choses près, spectaculaire; sauf que quand je la reçois, je suis frappé par son regard qui, contrairement à tout le reste du tableau, est un regard d'enfant très déprimé; de plus, Maeva n'explose pas d'angoisse quand je fais irruption dans sa vie comme c'est classique dans les histoires d'enfants autistes, mais se « dégonfle » plutôt quand je vais la laisser à la fin de la rencontre, comme nous le voyons dans les dépressions. Une consultation plus tard, Maeva va beaucoup mieux et trois consultations après, elle est guérie de son autisme-il s'agissait donc d'un syndrome autistique et non d'un autisme-et développe une symptomatologie dépressive massive avec une insomnie rebelle, des troubles de la séparation et des conflits interactifs intenses. La prise en charge a donc été adaptée à cette pathologie et a permis de trouver des aménagements de nature à modifier l'ensemble de la problématique destinale de Maeva et de sa famille; c'est bien par **l'intérêt porté au contre-transfert** que le diagnostic d'autisme infantile a été écarté très rapidement avec les conséquences que l'on sait; d'abord mon propre contre-transfert de consultant déjà thérapeute, puis ensuite le contre-transfert institutionnel de la constellation thérapeutique de Maeva.

## CONCLUSION

En conclusion, il est important de se mobiliser dans les équipes de psychiatrie sur la **nécessaire réorganisation du dispositif** et la non moins **nécessaire formation à perpétuité**, pour aboutir à **une surface d'accueil** à la fois **performante** et **non-spécifiante** à un moment où la dynamique infantile reste sinon complètement **ouverte**, du moins **riche en potentialités évolutives**. Mais ce qui apparaît peut-être le plus important dans notre travail spécifique de psychiatrie, c'est le travail sur le **contre-transfert individuel et institutionnel**, afin de toujours pouvoir remettre en question les évidences d'où qu'elles viennent.

**C'est de cette prise de position précoce et exemplaire-pas pour vous mais pour le reste de notre pratique- en ce qui concerne les enfants à risque autistique que se soutient tout l'édifice d'une psychiatrie psychodynamique centrée sur le sujet par opposition à une psychiatrie classificatrice préoccupée de la collection de ses objets à classer, et contenant en elle les germes de l'exclusion.**

Sur le plan du système je rappelle donc que ségrégation et exclusion sont deux faces cachées d'un modernisme pseudo-scientifique à économique-démagogie variable, tandis que sur le plan du sujet, l'exclusion résulte du travail contre-transférentiel de nos propres taches aveugles dans la dynamique de l'accueil de l'autre; si nos filtres psychiques sont trop filtrants, c'est le transfert et le contre-transfert qui sont impossibles ou tronqués. Si donc on peut parler d'exclusion, c'est d'abord de l'exclusion des signes de singularité du sujet dont il s'agit et dans ce processus entropique, le sujet suivra ses signes en procession vers la logique des cases de l'oncle tom.juppé.

Alors je vais vous dire **la différence entre la queue de lézard et le dard de guêpe**, c'est que si la guêpe vous pique avec son dard, vous l'avez dans le cul, alors que si vous attrapez le lézard par la queue, elle vous reste dans la main, et là, vous avez l'air d'un con; mais l'avantage du lézard, outre qu'il n'a pas de dard, c'est que c'est lui qui perd sa queue, et en plus, il se trouve que j'aime bien, « avec mes petits mentaux(les autistes), avoir l'air d'un con, ma mère... ».