

*Michel Puech*

## **20 ans après...<sup>1</sup>**

Lorsque Marie-Jeanne Sala m'a proposé de participer à cette table ronde concernant l'autisme, je me suis interrogé sur ce qui pour moi faisait question. Il m'est revenu un souvenir ancien : au début des années 1970, alors jeune infirmier, je souhaitais travailler en pédopsychiatrie. Je pris mes fonctions dans un service spécialisé accueillant des jeunes patients âgés de 4 à 18 ans atteints de psychose déficitaire profonde, ou encore d'oligophrénie. Ce sont les termes employés à ce moment pour qualifier leurs pathologies. J'ai travaillé durant une année dans ce service. Vingt ans plus tard, j'ai choisi de revenir travailler dans cet établissement, et ce même poste me fut proposé. Quelle ne fut pas ma surprise, à la réflexion je ne saurais pas quoi en dire, quelque chose de l'ordre d'une inquiétante étrangeté, de retrouver, là où je les avais laissés, les mêmes patients ou à peu près. Les enfants étaient devenus adultes. La seule chose qui avait changé, hormis la couleur des murs, était que pour quelques-uns, le diagnostic de patients psychotiques déficitaires profonds avait muté vers un diagnostic de patients autistes. Qu'est-ce qui avait bien pu se passer pour que se produise un glissement de la structure, de la psychose, vers le signifiant autisme, et qu'une multitude de symptômes exprimés de façons très différentes dans les tableaux cliniques puisse conduire à désigner une pathologie à part entière dans un registre médical, où jusque-là elle n'existait pas ?

L'évolution de la prise en charge des patients dans des services hospitaliers dits ouverts entre les années 1970 et 1990 a conduit à une plus grande participation des familles dans le soin : avec tentative de déculpabilisation des mères jusque-là tenues responsables du mal-être de leurs enfants, soutien des associations dans la réparation du symptôme, du handicap ; cela a provoqué un déplacement dans le discours de la structure au symptôme. Le fait d'être considéré comme un trouble permettrait à l'autisme d'être délogé d'une position stigmatisante de maladie mentale,

---

<sup>1</sup> Intervention faite à Marseille le 7 avril 2019 dans le cadre des Matinées cliniques de l'EpSF.

allant ainsi dans le sens des demandes de ces associations de parents qui souhaitent faire évoluer la catégorie de l'autisme de la pathologie vers le handicap. Le diagnostic d'autisme reste purement comportemental dans le DMS 5, c'est-à-dire décrit comme un trouble envahissant du développement.

Qu'est-ce qui distingue, à l'âge adulte, un patient diagnostiqué autiste, d'un patient diagnostiqué psychotique ? En hôpital psychiatrique, il fut un temps où le patient identifié enfant autiste, une fois devenu adulte, était considéré comme un psychotique faute de pouvoir être accueilli dans une structure adaptée.

Ces patients d'HP étaient soit reconduits en hospitalisation d'adulte, soit considérés comme sortants de l'institution, ce qui n'était pas sans conséquences pour leur quotidien et celui des familles.

Aujourd'hui, des structures spécialisées, où tous les sujets accueillis sont identifiés comme atteints de TSA (Troubles du Spectre Autistique), tendent à vouloir donner corps et consistance aux patients par une prise en charge comportementale spécifique. Faire du sujet autiste un sujet privé de sa singularité.

Si la littérature regorge d'articles sur les enfants autistes, il est rare de trouver un texte concernant les sujets adultes atteints de cette affection. Certains sujets sont médiatisés comme, par exemple, Daniel Tammet lors de la parution de son ouvrage *Je suis né un jour bleu*<sup>2</sup>, ou Gilles Trehen qui construit pièce après pièce sa ville imaginaire de *Urville*.

L'autisme comme signifiant est un mot valise, un énoncé, qui vient recouvrir un champ large de la psychose infantile allant du sujet qui ne parle pas, ou qui ne sait utiliser qu'un langage gestuel hallucinatoire et stéréotypé, au sujet qualifié par un autre signifiant Asperger – ou autiste de haut niveau – qui, lui, a la faculté de pouvoir parler, de s'intéresser à des sujets scientifiques, mathématiques, ou artistiques, sur un mode un peu étrange que l'on pourrait qualifier de monomaniaque parfois, mais qui peut constituer les prémices d'une chaîne signifiante.

Appliqué aux enfants, ce signifiant vient recouvrir, jusqu'à faire disparaître la notion de structure qui intéresse la psychanalyse, quelque chose de la psychose impossible à nommer, au profit de celle de handicap.

---

<sup>2</sup> D. Tammet, *Je suis né un jour bleu*, Paris, J'ai lu, 2010.

S'agirait-il d'inventer une nouvelle structure psychique ?

L'accès à la structure est-il empêché ? Fait-il défaut au point de devoir désigner le sujet par son symptôme ? Le rendre identifiable dans un grand tout océanique par ce qui de lui fait signe ? Quelque chose qui représente autre chose. Ou quelqu'un. Mais qui n'est déjà plus personne, en devenant signe, où de signifiant en signifiant le sujet s'abolirait ?

Lacan définit le signifiant comme étant ce qui représente le sujet pour un autre signifiant, un sujet qui est précisément indiqué du signe de son absence. Le signe dans son usage propre est corrélé à une présence d'être, alors que le signifiant est toujours corrélé à un manque à être.

Ce mot autisme, inventé par Bleuler en 1911<sup>3</sup>, est un raccourci du mot auto-érotisme, une négation de sa part sexuelle, l'Éros. Bleuler le désigne comme un symptôme secondaire, dans le tableau de la schizophrénie.

Mais que fait-on de l'Éros chez le sujet autiste devenu adulte ?

Freud n'a pas validé le choix du terme d'autisme par Bleuler : « Je ne peux admettre que le nom autisme employé par Bleuler ait été un choix heureux<sup>4</sup>. » En 1911, il en fait tout de même usage sous forme de métaphore animalière pour exemplifier un passage du texte *Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques* ; en bas de page, on peut lire : « Il y a un bel exemple d'un système psychique fermé aux excitations du monde extérieur et qui peut satisfaire jusqu'à ses besoins de nourriture de façon autistique (selon le mot de Bleuler), c'est le petit oiseau enfermé avec sa provision de nourriture dans la coquille de l'œuf, pour lequel les soins maternels se réduisent à fournir de la chaleur<sup>5</sup>. »

Comment concevoir une cure avec un patient présenté comme autiste ? Ce qui qualifie la psychanalyse est la « talking cure », la cure de la parole articulée à la demande. Comment répondre à la demande d'un sujet qui ne parle pas et ne demande pas, et qui présente un apparent désintérêt de ce qu'il entend ou pas de la parole de l'autre.

Lacan affirmait à propos des sujets autistes : « Ils n'arrivent pas à entendre ce que vous avez à leur dire en tant que vous vous en occupez. »

---

<sup>3</sup> E. Bleuler, *Dementia Praecox ou groupe des schizophrénies*, Paris, EPEL, 1993.

<sup>4</sup> S. Freud, *Œuvres complètes* Vol. XVI, Paris, PUF, 1998, p. 152.

<sup>5</sup> S. Freud, *Résultats, idées, problèmes* Vol. 1, P.U.F., Paris, 1998, p. 137.

« Ils ne vous entendent pas. Mais enfin, il y a sûrement quelque chose à leur dire<sup>6</sup>. »

Qu'est-ce qui fait qu'un sujet peut entendre ?

Que veut dire s'en occuper ?

S'agit-il qu'il saisisse que nous existions en tant que différents de lui et que nous le reconnaissons comme sujet autonome atteint d'un déficit, d'un dysfonctionnement qu'il s'agirait alors de compenser par la voie d'apprentissages dans le but de l'autonomiser ?

Susciter chez lui le désir de s'engager dans la relation ? De restaurer sa capacité à repérer les interactions sociales ou de lui permettre une communication plus efficace dans le but qu'il vocalise quelques sons ?

Comment entrer en contact avec lui sans l'appui de la présence du corps et de la parole ?

Ainsi ces sujets, dans une société qui a fait de la communication une valeur fondamentale, sont le signe, le symptôme de l'impossible à supporter.

Si le psychanalyste dans sa pratique reste silencieux, qu'en est-il face à un sujet qui ne parle pas ?

Lacan, en indiquant qu'il y a bien quelque chose à leur dire, nous enjoint de leur parler, c'est-à-dire d'accepter, un temps, cette position de l'Autre, lieu du langage afin de nourrir le sujet, pour l'aider à s'inscrire dans ce qui fait langage en faisant le pari qu'il en entende quelque chose. Lui qui est sujet parlant « plutôt verbeux<sup>7</sup> » mais qui n'a pas besoin d'attendre de passer par l'Autre ; ce qui lui manque, c'est le langage en tant qu'il permet l'usage du discours établi.

C'est un sujet qui a à faire au signifiant, il est comme tout sujet effet du signifiant, c'est en cela qu'il est possible de lui dire quelque chose.

C'est par le transfert et l'amour de transfert, voilà là le retour de l'éros, que le lien peut s'établir, mais de quel transfert s'agit-il, et de quel amour ?

---

<sup>6</sup> J. Lacan, *Bloc-notes de la psychanalyse*, Genève, 1985, pp. 17/21, « Conférence à Genève sur Le symptôme du 4 Octobre 1975 ».

<sup>7</sup> *Ibid.*

Pour Freud le transfert est comme un « domaine intermédiaire<sup>8</sup> », un entre-deux qui inclut le psychanalyste et le sujet qu'il décrit comme une situation amoureuse inévitable et difficile à liquider.

Si, dans la cure du névrosé, l'analyste est mis à cette place de sujet supposé savoir, pour progressivement s'en défaire, dans la psychose une autre position, celle d'un simple semblable, d'un petit autre, doit s'établir et parfois perdurer, l'Autre étant réduit à son absence.

Je vais évoquer le cas d'un patient, Pascal. À l'époque où nous nous sommes rencontrés il était âgé de 18 ans. Il n'avait pas accès à la parole, visage complètement fermé, regard vide. Il avait été placé par sa famille dans l'établissement et n'avait plus aucun contact avec elle. Il était toujours seul dans son coin, sans contact avec les autres, semblant ignorer l'existence d'un quelconque entourage. Son activité principale étant de se dévêtir, il était alors impossible de le rhabiller, il ne supportait pas d'être touché.

Les seuls contacts physiques, seule relation à l'autre qu'il s'autorisait, étaient d'attraper par les cheveux les membres du personnel, ce qui avait pour effet de pousser « l'agressé » à hurler et invectiver Pascal qui partait en courant se réfugier dans son coin en emportant dans sa main le trophée capillaire arraché à sa victime.

Comme tous les autres membres du personnel j'ai eu moi aussi l'occasion d'expérimenter « l'agressivité » du patient, puisque c'est comme agressif qu'il était perçu, et moi aussi j'ai vociféré après lui.

Un jour, par intuition – ou par lassitude ? il est pénible de faire toujours la même chose –, j'ai choisi de ne pas réagir et de laisser Pascal tenir mes cheveux. Au bout d'un temps qui m'a semblé long, Pascal s'est dessaisi de la mèche qu'il tenait et est parti se blottir dans son coin préféré.

À partir de ce jour, lui, qui jusque-là ne répondait jamais à la demande d'aller vers untel ou untel lorsqu'il était sollicité pour prendre un verre d'eau ou un biscuit, venait vers moi lorsqu'il entendait mon nom, allant même jusqu'à me chercher lorsque je n'étais pas dans son champs de vision. Il venait parfois s'asseoir un instant près de moi, tolérait ma présence, se laissait rhabiller et acceptait de garder ses vêtements plus longtemps. Tous contacts demeuraient impossibles avec les autres membres

---

<sup>8</sup> S. Freud, *Remémoration, répétition, perlaboration*, P.U.F, Paris, 1981, p. 113 « La technique psychanalytique ».

du personnel, son comportement envers eux, et la crainte qu'il suscitait restaient inchangés.

Il ne s'en est plus jamais pris à mes cheveux.

Que s'est-il passé ? Le fait de laisser Pascal choisir de lui-même le moment où il allait me lâcher, supporté par mon silence, a-t-il provoqué une coupure qui nous a liés ? S'agit-il d'une mise en place du transfert, de quelque chose qui aurait à voir avec l'éros ? S'agit-il d'amour de transfert ? En tout cas, à partir de ce moment Pascal a eu une adresse identifiée et identifiable un autre qu'il avait choisi, il me connaissait sans que dans l'équipe nous puissions même imaginer qu'il eût été capable de repérer l'un d'entre nous par notre prénom.

Dans la relation avec un psychotique le transfert est à manier comme une sorte de transfert à l'envers. Il y a un ajustage à apporter par l'analyste. C'est dans une possible aptitude à supporter l'ambivalence – l'amour et la haine – que le transfert se met en place.

Comme Lacan le souligne dans *Du traitement possible de la psychose*: « Nous laisserons là pour le moment cette question préliminaire à tout traitement possible des psychoses, qui introduit on le voit, la conception à se former de la manœuvre, dans ce traitement du transfert<sup>9</sup>. »

Le supposé savoir est du côté du patient. « Si les psychotiques nous apprennent tant de choses, c'est que l'analyste doit envisager que le savoir loge chez eux. Le repérage topique respectif du savoir inconscient et du savoir livré par l'analyse, dans les névroses, devient ici caduc, puisqu'il ne s'agit ni d'éliminer le refoulement, ni de remplacer l'inconscient par le conscient ; le savoir de l'analyste n'y est plus la condition du repérage de l'inconscient, le maniement du transfert n'y sert plus à l'élimination des résistances<sup>10</sup>. »

Dans l'autisme comme dans la psychose, s'il s'agit d'autre chose, l'invention est du côté du patient : hallucinations, délires, stéréotypes, lui permettent de vivre une vie vivable où tout est réel, de conceptualiser son monde.

Dans le séminaire I<sup>11</sup>, Lacan consacre deux leçons à des cas d'autisme. Dans ces deux leçons, il nous donne une description précise du monde dans

---

<sup>9</sup> J. Lacan, *Écrits*, éd. du Seuil, Paris, 1966, p. 583.

<sup>10</sup> S. Rabinovitch, *La folie du transfert*, Érès, Paris, 2006, p. 38.

<sup>11</sup> J. Lacan, *Le Séminaire Livre I, Les écrits technique de Freud*, Paris, éd. du Seuil, 1975, chapitre VII et VIII.

lequel vit l'autiste, un monde où tout le symbolique est réel et où l'imaginaire ne trouve pas forme dans la relation spéculaire à l'autre.

En instaurant la parole adressée au sujet autiste, pour paraphraser Bruno Bettelheim « une forteresse pas si vide », cela peut permettre la rencontre avec lui qu'il s'en saisisse ou non, dans l'instant ou plus tard. Mais cela induit forcément de la suggestion et des effets identificatoires qui ne sont pas du même ordre que ce qui se produit dans une cure avec un sujet névrosé, et même psychotique qui manie le langage.

Pour autant faut-il reculer ? Lacan le soutient : « La psychose est ce devant quoi un analyste ne doit reculer en aucun cas<sup>12</sup> », mais comment déterminer une direction possible d'une cure avec un sujet autiste ? Comment manœuvrer le transfert afin d'éviter au sujet de se vivre comme objet subissant les épreuves et les sévices de l'autre persécuteur ? Comment éviter de glisser de la cure analytique à ce qui pourrait s'orienter du côté formaté d'une action psychothérapeutique destinée à faire du sujet un autre en oubliant sa singularité ?

« La question du *comment faire* peut en effet engendrer une impatience, voire une déception, devant le fait de prendre les choses à un niveau qui n'est pas, semble-t-il, celui de notre technique, à partir de laquelle – c'est sa promesse – beaucoup de choses doivent se résoudre. Eh bien, beaucoup de choses, mais pas tout, ce en quoi elle nous met à l'affût de ce qui peut se présenter comme une impasse, voire comme un déchirement, nous n'avons pas forcément à en détourner notre regard, quand bien même ce serait tout le résultat de notre action<sup>13</sup>. »

---

<sup>12</sup> J. Lacan *Ornicar* n° 9, p. 12, 1976, « Ouverture de la section clinique ».

<sup>13</sup> J. Lacan, *Le séminaire Livre VII, L'éthique de la psychanalyse*, Paris, éd. du Seuil, 1986, p. 226.