

NUMERO 447

Je n'aurais manqué un Séminaire pour rien au monde— PHILIPPE SOLLERS
Nous gagnerons parce que nous n'avons pas d'autre choix — AGNÈS AFLALO

www.lacanquotidien.fr

Lacan Quotidien



Autisme : l'Inserm valide la psychothérapie psycho-dynamique

par Valérie Pera Guillot

Éric Laurent, dans un texte intitulé « Autisme : où en sommes-nous ? » paru dans [Lacan Quotidien n°430](#) en octobre 2014, fait référence à de récents travaux de l'Inserm qui ont mis en valeur l'efficacité des méthodes psycho-dynamiques dans le traitement des personnes dites avec autisme. L'Inserm a mené, conjointement à trois centres hospitaliers (Paris Necker, Pitié-Salpêtrière, Tours), une étude intitulée « Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études de cas » (1), parue en 2014. Dès l'introduction, le ton est donné : il s'agit de combler « le manque criant de travaux dans ce domaine en France » et de dépasser les limites imposées par les essais contrôlés randomisés utilisés lors des recherches précédentes.



En 2004, l'expertise collective de l'Inserm sur l'évaluation des psychothérapies avait écarté la psychanalyse, ne sachant comment chiffrer les changements du fonctionnement subjectif. Malgré ces défauts, les mêmes méthodes de calcul ont été utilisées en 2012 par la Haute autorité de Santé (HAS) pour définir les recommandations de bonne pratique concernant l'autisme et les TED (troubles envahissants du développement). Faute de données sur l'efficacité des approches psychanalytiques et la psychothérapie institutionnelle, l'une comme l'autre avaient été alors tenues comme « non consensuelles » (2). Un an plus tard, en mai 2013, le Plan autisme 3 franchissait le pas, ne retenant que les « dispositifs sanitaires et médico-sociaux (...) respectueux des recommandations de bonnes pratiques » selon la HAS, donc excluant d'emblée la psychanalyse.

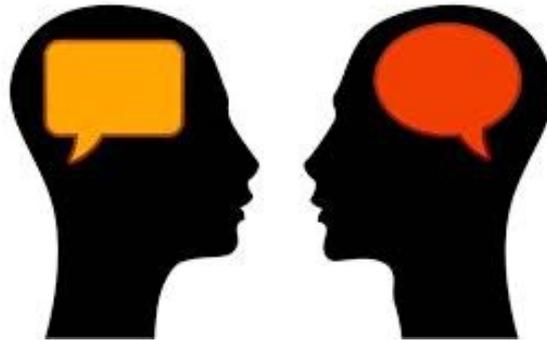


Pour cette étude-ci, l'équipe de chercheurs de l'Inserm ne s'est pas contentée de ces assertions. Elle a repris l'évaluation des psychothérapies à partir des nouvelles méthodologies d'évaluation mises au point en psychiatrie et en santé mentale depuis moins de dix ans. Elle a choisi d'appliquer cette méthodologie d'évaluation à l'autisme, en centrant l'étude autour de trois questions : « Pourquoi, comment et dans quelles conditions une psychothérapie agit-elle ? » (3). La recherche se déroule en respectant le cadre habituel de prise en charge de l'enfant, l'évaluation de la psychothérapie se faisant dans des conditions dites naturelles. Les chercheurs s'attachent à la dimension qualitative dans l'élaboration des résultats, relevant ce que l'*Evidence based practice* ne pouvait mesurer : « la qualité de vie, l'adaptation à la communauté et les relations interpersonnelles ».

L'objectif de la recherche est de faire le lien entre les processus de la psychothérapie et les changements survenus chez l'enfant. La méthode prend en compte le contexte dans lequel se déroule l'étude. Ainsi, pour chaque enfant, sont examinés l'âge, le cadre de vie, les comorbidités, les traitements annexes à la psychothérapie.

Concernant l'autisme, l'évaluation porte sur trois registres : la réduction du comportement autistique, les gains fonctionnels et développementaux, le fonctionnement psychique dans le cadre de la psychothérapie. Des échelles d'évaluation sophistiquées, retenant des critères tels que « regard pétillant, avec une bonne tonalité d'échange » ou « alternance de jubilation et de crainte dans la rencontre du regard », sont complétées par l'étude des interactions entre l'enfant et le thérapeute. *In fine*, la quantification de ces éléments permet à l'équipe de chercheurs de « situer » le fonctionnement psychique de l'enfant.

Des points forts se dégagent de cette étude menée pendant un an sur cinquante cas d'enfants avec autisme, pour lesquels 80% des thérapies étudiées ont été menées par des thérapeutes expérimentés d'orientation psychanalytique, et pour 20% de thérapeutes d'orientation cognitivo-comportementale et psychomotrice ; pour ces derniers il est précisé « qu'ils pratiquent des thérapies d'échanges et de développement ». Concernant les cinquante enfants étudiés, parmi les évolutions notables sont cités : « la recherche de vrais échanges, la propreté, le langage, le graphisme ». En revanche « la disparition des stéréotypies et l'apparition du jeu symbolique (...) la notion du temps linéaire et la tolérance à la séparation » sont moins souvent perceptibles sur la durée de l'étude.



Dans les interactions thérapeute-enfant, les critères évalués les plus caractéristiques qui accompagnent ces changements chez l'enfant sont la sensibilité du thérapeute, son implication et son adaptation au développement de l'enfant. Cette sensibilité, quelle que soit la méthode appliquée – psycho-dynamique ou cognitivo-comportementale –, se traduit par l'adaptation du thérapeute aux possibilités de l'enfant. Ainsi les auteurs relèvent que « l'approche psychothérapeutique mise en œuvre par le thérapeute dépend pour une part – et peut-être complètement – des possibilités qui lui sont offertes ou non par le fonctionnement de l'enfant, quelle que soit l'approche de référence ». Et bien qu'ils assurent que « les thérapies d'orientations psychanalytiques et cognitivo-comportementales étaient bien différenciées », l'adaptation du thérapeute au patient conduit les mêmes auteurs à la conclusion « qu'il n'y a pas de technique « pure », mais qu'elle est toujours ajustée au patient ».

De l'analyse des résultats, il ressort que « la psychothérapie menée dans des conditions naturelles, par des praticiens expérimentés et formés à la spécificité de l'autisme, travaillant dans une perspective ouverte sur l'extérieur, et avec généralement un soutien de la famille important est associée à des changements significatifs ». Sont notés, chez les cinquante enfants évalués pendant un an, une réduction des symptômes et l'acquisition de nouvelles fonctionnalités mais aussi « un accroissement du sentiment de sécurité intérieure et une amélioration de la représentation du monde ». Concernant l'acquisition du langage, au-delà de la facilitation de l'expression verbale, il a été mesuré comment le travail du thérapeute permet à la personne avec autisme de s'exprimer spontanément ou à travers le jeu.

En conclusion, l'étude des résultats montre que « les ingrédients les plus saillants de l'action thérapeutique sont le cadre, l'ajustement de l'approche du thérapeute à la situation propre de l'enfant, l'importance accordée à l'expérience affective de l'enfant et la possibilité de supporter ses manifestations extrêmes, et différentes actions dont le dénominateur commun est le langage. » Le résumé, plus explicite encore, revient plusieurs fois sur l'ajustement du thérapeute à l'enfant comme facteur essentiel de la réussite de la thérapie. Les qualités personnelles du thérapeute, « réactif et sensible qui s'ajuste à l'enfant », et « le respect [des] initiatives [de l'enfant] » sont les mécanismes essentiels qui sous-tendent les évolutions. Les éléments ainsi mesurés sont attribués aux thérapies dites « relationnelles », qu'elles se revendiquent de la psychanalyse ou des TCC. Les critères ainsi évalués nous semblent le minimum exigible pour tout accueil et accompagnement de ces enfants. Il est urgent que la HAS s'empare de ces évaluations afin de promouvoir une politique de santé respectueuse des sujets auxquels elle s'adresse.

Cependant cette évaluation rate la différence qu'introduit la psychanalyse et qui la distingue radicalement des psychothérapies. En effet, nulle part il n'est question de cette création que constitue l'objet autistique à partir duquel chaque sujet invente sa place singulière dans le monde. Que de telles études soient nécessaires pour soutenir le bien fondé des thérapies analytiques est une manifestation de notre époque, où scientisme et capitalisme conduisent le chiffre à l'emporter sur l'invention et sur la lettre.



1 : Thurin J.-M., Thurin M., Cohen D., Falissard B., « Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études de cas », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 62 (2014), p. 102-118, www.isir.upmc.fr/files/2014ACLN3103.pdf

2 : HAS, « Interventions globales non consensuelles », *Autisme et troubles envahissants du développement*, Recommandations mars 2012, p. 27.

3 : Les citations qui suivent se réfèrent toutes à l'article sus cité, « Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études de cas ».

Le trou ouvert entre deux *DSM*

La revue de presse U.S.

« United Symptoms » de Jean-Charles Troadec

*«Les symptômes dans la civilisation sont d'abord à déchiffrer aux États-Unis d'Amérique»
Eric Laurent et Jacques-Alain Miller, L'Autre qui n'existe pas et ses comités d'éthique*

Un grand nombre d'études publiées dans ce que l'on peut appeler la nouvelle époque psychiatrique concerne la comparaison entre le DSM-IV et le DSM-5 (à l'exclusion du changement de numérotation). À l'heure du géant Human Brain Project, la psychiatrie américaine semble plus préoccupée par le fait d'écrire sur la nouvelle édition du DSM que par le projet de rendre le fonctionnement du cerveau aussi lisible que l'Human Genome Project ne l'a fait pour l'ADN. Un trou s'est ouvert pour la psychiatrie entre l'édition des deux manuels. Ce qui annonce « la fin d'une époque », comme l'épinglé Éric Laurent. Ce trou tente sans cesse d'être bordé par des publications visant à comprendre l'impact du nouveau DSM sur le nombre de prescriptions de médicaments, par exemple, mais encore sur le nombre d'assurés nouvellement bénéficiaires de soins, ou nouvellement exclus de certains diagnostics, etc.



Pourquoi comparer un ancien manuel à un nouveau, puisque le nouveau devrait rendre l'ancien obsolète ? Le DSM ne suit pas la logique de l'innovation, où lorsqu'un nouvel iPhone sort, il rend le vôtre suranné. Nouveau n'est pas synonyme de dernier cri dans la psychiatrie moderne. Nous l'avions déjà remarqué précédemment à propos de l'innovation en matière de « nouveaux » médicaments psychotropes mis sur le marché dont les formules chimiques ne diffèrent souvent que très peu des anciennes.

La revue internationale *The Lancet*, conjointement éditée à Londres et New York, a ainsi publié le 14 août 2014 un article intitulé : « Trouble Post-Traumatique et DSM-5 : les conséquences inattendues du changement »¹.

L'article cherche à vérifier si les vétérans de guerre considérés comme souffrant d'un syndrome post-traumatique dans la version IV le sont également avec la version 5. L'enjeu est de taille puisqu'il concerne les pensions d'invalidité, les retraites et les remboursements de soins pour certains bénéficiaires actuels que le nouveau DSM pourrait exclure.

Or, depuis les accusations de la presse envers les DSM sur la question problématique du nombre d'autistes, en explosion, on comprend facilement que les doutes se portent sur les autres troubles. Et les résultats sont significatifs : parmi les soldats qui tombent dans les critères diagnostiques du DSM-IV, 30% ne rentrent pas dans ceux du DSM-5. Ce n'est pas vraiment une surprise. Ce qui est inquiétant, c'est que 45% des soldats qui souffrent de syndrome post-traumatique, selon les deux manuels, montrent des discordances dans les symptômes concernés. C'est-à-dire que lorsque l'on est traumatisé, ce n'est pas pour les mêmes symptômes pour la nouvelle version du manuel que pour la précédente. Que s'est-il passé ?



L'auteur analyse que la différence entre les deux outils se situerait dans l'approche ouvertement comportementale du 5, alors qu'elle devrait rester sur ce qui pourrait être appelé le *premier amendement* du DSM : être athéorique. « Une question qui appelle une réponse est de savoir comment les critères du DSM-5 ont été excessivement influencés par la théorie cognitive et comportementale en raison de la domination de ce traitement dans le champ, en dépit de leur efficacité pourtant remise en cause ». L'auteur fait là référence à l'article publié en 2008 dans la revue *Clinical Psychology*, intitulé : « La relative efficacité des thérapies de références dans le traitement des stress post-traumatiques : méta-analyse et comparaisons ».

L'épineux problème de l'état mental des US Soldiers

En dehors des questions liées aux pensions, celle de l'état mental des soldats préoccupe l'Armée américaine depuis que le taux de suicide dans les troupes a dépassé celui des morts au combat en 2008. Pourtant le nombre de médicaments psychoactifs prescrits aux troupes entre 2005 et 2011 (antipsychotiques, sédatifs, stimulants et stabilisateurs de l'humeur) a augmenté de 682 % selon Tricare Management Activity, le service qui s'occupe des questions de santé au ministère de la Défense. Le paradoxe réside dans le fait que le nombre de troupes combattantes durant cette période a, quant à lui, baissé². Or les traitements visent à soigner les stress post-traumatiques dus au combat³.

L'article publié dans le célèbre journal incrimine directement la sur-médication en raison de la large utilisation des antipsychotiques pour le traitement du stress post-traumatique. Or, les antipsychotiques ne sont pas reconnus comme efficaces pour ce genre de pathologie. Par exemple, en 2011, le service de neuroscience du Département du Centre National des Vétérans souffrant de stress post-traumatique, dans le Connecticut, a publié une étude sur l'utilité des neuroleptiques dans le traitement des syndromes dépressifs des anciens

combattants qui concluait que la Risperidone (antipsychotique de deuxième génération) n'avait pas plus d'effet qu'un placebo⁴.

Le lien entre les militaires et les psychotropes n'est pas nouveau et ces données sont à mettre en perspective avec un autre scandale : la sur-prescription de Ritaline aux troupes américaines depuis les années soixante. On réalise maintenant que cela augmenterait en fait le risque de stress post-traumatique.

Déjà dans son livre *Putain de mort* sur la guerre du Vietnam, le co-scénariste de *Full Metal Jacket* et de *Apocalypse Now*, Michael Herr, ancien correspondant de guerre, décrit très bien l'usage de la Ritaline par les troupes américaines. Cette amphétamine avait la vertu de rendre les troupes plus calmes et de les faire tenir plus longtemps sans sommeil. Dès sa mise sur le marché en 1954, la publicité de la Ritaline donnait le ton : « Elle reconforte et stimule – avec mesure »⁵. Son nom vient du surnom de Marguerite, Rita, la femme du Dr Leandro Panizzon qui a synthétisé la molécule en 1944. Rita a bénéficié elle-même de l'action tonifiante du produit, pour traiter sa tension artérielle très basse : « J'en ai pris occasionnellement avant un match de tennis », disait-elle⁶.



Pas étonnant donc que le nombre de prescriptions de Ritaline aux militaires américains actifs ait également augmenté de 1000 % en 5 ans, devant l'effet d'une plus grande mobilisation de leur attention au combat⁷.

Mais le problème est que la Ritaline faciliterait dans le même temps l'exposition au stress post-traumatique. En effet, la Ritaline aide les apprentissages- et puisque la psychiatrie américaine considère le traumatisme sous un angle cognitif, donc comme un mauvais apprentissage de la peur, la Ritaline devient donc une aide pour mieux apprendre la peur. Dans cette perspective, elle expose donc les soldats à un plus-de-peur.

On apprend mieux sous Ritaline car on facilite les associations de conditionnement. D'où le succès chez les enfants et les étudiants qui ont de mauvais résultats scolaires. Mais alors, pour les soldats ? On faciliterait en fait le conditionnement de la peur. Et puisque le traumatisme est considéré comme un mauvais apprentissage, alors la Ritaline faciliterait ainsi le stress post-traumatique. Voilà où en est la psychiatrie moderne, coincée entre les perspectives chimique et cognitivo-comportementale.

Perte de confiance

Toutes ces révélations finissent pas avoir des conséquences à grande échelle. Les autorités sanitaires commencent à s'inquiéter des répercussions sur la population de ces divulgations qui touchent régulièrement la psychiatrie et la médecine en général ; conflit d'intérêt, fausse étude etc. On a fini par escamoter le sujet-supposé-savoir.

Une étude récemment publiée dans le *New England Journal of Medicine* porte justement sur la confiance que les patients de vingt-neuf pays accordent à leurs médecins. Cette étude classe les États-Unis au 24^e rang⁸. À la question : « Pouvez-vous faire confiance aux médecins de votre pays ? », les personnes répondent « oui » à 58%. Non seulement on s'inquiète de ce que la population américaine pense de sa médecine mais l'on se compare à l'Europe. Or sur ce point-là, la Suisse est le premier pays : 83% de la population répond « oui ». En revanche, lorsque l'on demande : « Pensez-vous être satisfait des traitements reçus ? », les États-Unis se retrouvent à la troisième place. Comment expliquer cette nuance ? Cet écart entre la confiance envers les médecins et le sentiment d'être bien soigné, c'est l'écart qu'il y a entre l'amour de transfert et la croyance dans les avancées de la science. Est-ce le médecin qui soigne ou est-ce le médicament ?



Ce signe est à ranger dans les signes de la « la fin d'une époque », pour qualifier le changement de paradigme qui s'opère actuellement dans la psychiatrie américaine. Car, notons-le, c'est le National Institute of Mental Health qui a mené cette étude (conjointement avec la Robert Wood Johnson Foundation). Il a impulsé une dynamique de changement depuis deux ans face aux écarts du DSM. Il s'est ouvertement positionné contre l'entreprise DSM en indiquant qu'il ne souhaitait plus manger de ce pain-là. S'intéresserait-il maintenant aux conséquences des errements de la psychiatrie sur ses patients ?

La fin d'une époque s'accompagne donc d'un nouveau genre d'études dans lequel est comparé l'avant et l'après de chaque édition du DSM. Le nombre de ce type de publications est en effet impressionnant. Rien que sur le site de l'American Psychological Association, on peut trouver des centaines d'articles qui comparent les deux éditions afin de faciliter aux psychologues l'établissement des nouveaux diagnostics. Dorénavant on mesure les ravages et les effets de l'ère DSM et on s'intéresse à la confiance, disons l'amour de transfert, que portent les patients à leur médecin. L'amour, n'est-ce pas le signe, comme nous l'indique Lacan dans *Encore*, « que l'on change de discours » ?⁹

¹ Mc Farlane, A., « PTSD and DSM 5 : the unintended consequences of change », in *The Lancet Psychiatry*, vol.1, issue 4, 14 august 2014 - [http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(14\)70321-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(14)70321-9/fulltext)

² Friedman, R., « Wars on drugs », in *The New York Times*, 6 avril 2013 -

<http://www.nytimes.com/2013/04/07/opinion/sunday/wars-on-drugs.html?pagewanted=all&module=Search&mabReward=relbias%3Aw%2C%7B%221%22%3A%22RI%3A7%22%7D&r=0>

³ Paragraphe et suivant publiés une première fois dans l'article « Born to kill », sur le blog des Journées 43 de l'École de la Cause freudienne.

⁴ Krystal J.-H., et al., « Adjunctive risperidone treatment for antidepressant-resistant symptoms of chronic military service-related PTSD : a randomized trial », 3 août 2011, disponible sur internet.

⁵ Weber, R., « Histoire de la Ritaline, par Novartis », in *Life Sciences*, février 2000

-<http://www.hypsos.ch/Infos/viewtopic.php?f=6&t=103>

⁶ *Ibid.*

⁷ Friedman, R., « Why are we drugging our soldier? », in *The New York Times*, 21 avril 2012

-<http://www.nytimes.com/2012/04/22/opinion/sunday/why-are-we-drugging-our-soldiers.html?ref=ritalingdrug&r=0>

⁸ Blendon, R., Benson, J., Hero, J., « Public Trust in Physicians — U.S. Medicine in International Perspective » in *The New England Journal of Medicine*, oct 23, 2014.

⁹ Lacan J., *Le Séminaire*, Livre XX, *Encore*, Paris, Seuil, 1975, p. 21.

Lacan Quotidien

publié par navarin éditeur

INFORME ET REFLÈTE 7 JOURS SUR 7 L'OPINION ÉCLAIRÉE

▪ comité de direction

présidente **eve miller-rose** eve.navarin@gmail.com

rédaction **catherine lazarus-matet** clazarusm@wanadoo.fr

conseiller **jacques-alain miller**

▪ rédaction

coordination **catherine lazarus-matet** clazarusm@wanadoo.fr

comité de lecture **pierre-gilles gueguen**, **catherine lazarus-matet**, **jacques-alain miller**,

eve miller-rose, **eric zuliani**

édition **cécile favreau**, **luc garcia**, **bertrand lahutte**

▪ équipe

▪ pour l'institut psychanalytique de l'enfant **daniel roy**, **judith miller**

▪ pour babel

-Lacan Quotidien en argentine et sudamérique de langue espagnole **graciela brodsky**

-Lacan Quotidien au brésil **angelina harari**

-Lacan Quotidien en espagne **miquel bassols**

-pour Latigo, **Dalila Arpin** et **Raquel Cors**

-pour Caravanserail, **Fouzia Liget**

-pour Abrasivo, **Jorge Forbes** et **Jacques-Alain Miller**

diffusion [éric zuliani](#)

- designers [viktor&william francoboizel vwfbz1@gmail.com](#)
- technique [mark francoboizel & olivier ripoll](#)
- médiateur [patachón valdès patachon.valdes@gmail.com](#)

▪ suivre [Lacan Quotidien](#) :

▪ecf-messenger@yahoogroupes.fr ▫ liste d'information des actualités de l'école de la cause freudienne et des acf ▫ responsable : éric zuliani

▪pipolnews@europsychoanalysis.eu ▫ liste de diffusion de l'eurofédération de psychanalyse

▫ responsable : gil caroz

▪amp-uqbar@elistas.net ▫ liste de diffusion de l'association mondiale de psychanalyse ▫ responsable : oscar ventura

▪secretary@amp-nls.org ▫ liste de diffusion de la new lacanian school of psychoanalysis ▫ responsables : Florencia Shanahan et Anne Béraud

▪EBP-Veredas@yahoogrupos.com.br ▫ uma lista sobre a psicanálise de difusão privada e promovida pela AMP em sintonia com a escola brasileira de psicanálise ▫ moderator : patricia badari ▫ traduction lacan quotidien au brésil : maria do carmo dias batista

POUR ACCEDER AU SITE LACANQUOTIDIEN.FR [CLIQUEZ ICI](#).

• *À l'attention des auteurs*

Les propositions de textes pour une publication dans [Lacan Quotidien](#) sont à adresser par mail (catherine lazarus-matet clazarusm@wanadoo.fr) ou directement sur le site lacanquotidien.fr en cliquant sur "proposez un article",
Sous fichier Word ▫ Police : Calibri ▫ Taille des caractères : 12 ▫ Interligne : 1,15 ▫
Paragraphe : Justifié ▫ Notes : à la fin du texte, police 10 •

• *À l'attention des auteurs & éditeurs*

Pour la rubrique [Critique de Livres](#), veuillez adresser vos ouvrages, à NAVARIN ÉDITEUR, la Rédaction de [Lacan Quotidien](#) – 1 rue Huysmans 75006 Paris.