Réflexions de psychothérapeutes de formation psychanalytique s'occupant de sujets avec autisme

Cette expérience[1] porte sur cinq adultes avec autisme ayant "développé les capacités de la parole" et huit sujets normaux auxquels on fait entendre un enregistrement alternant de la voix humaine et des sons d'autres origines. L'activation des différentes aires de tout le cortex du cerveau est enregistrée par IRM fonctionnelle. Les sujets normaux ont une activation bilatérale du sillon temporal supérieur plus grande à l'audition de la voix qu'à celle des sons non vocaux. L'un des cinq sujets avec autisme a une activation unilatérale droite de ce sillon. Un autre a une petite activation juste en dehors de lui. Les trois autres n'ont pas d'activation plus grande à l'audition de la voix. Après l'IRM, il a été demandé à tous les sujets d'énumérer les sons entendus : les sujets normaux indiquent que 51 % du total des sons ont une origine vocale (la réponse exacte étant 50), les sujets avec autisme n'en indiquent que 8,5%, c'est-à-dire que tout de même 17 % des sons d'origine vocale sont reconnus comme tels.

Le communiqué de l'INSERM (19/08/04)[2] selon lequel cette expérience "révèle une incapacité des autistes à activer les aires cérébrales spécifiques de la reconnaissance de la voix humaine" comporte ainsi une généralisation à tous les sujets avec autisme de l'expérience, ce qui, on vient de le lire, est inexact, et même une généralisation "aux autistes" alors que ces 5 sujets ne constituent manifestement pas un échantillon représentatif (leur âge moyen est 27 ans ; ils utilisent la parole). Un tel communiqué a induit de nombreuses répercussions médiatiques à leur tour inexactes titrées par exemple : "Autisme : la confusion des sons", "Le cerveau des autistes hermétique à la voix", ou causalistes de façon réductrice : "Une anomalie cérébrale empêcherait les autistes d'identifier la voix humaine". Faisons remarquer que si les sujets avec autisme participant à l'expérience avaient développé la parole, c'est qu'ils n'avaient sans doute pas été constamment non réceptifs à la voix humaine.

Ne serait-il pas intéressant de faire parallèlement le point sur l'histoire du développement et l'état clinique actuel de chacun de ces sujets ainsi que sur les résultats de divers tests capables d'apprécier la gravité du syndrome et plus particulièrement des troubles de la communication ? C'est peut-être ce que ces chercheurs en neurophysiologie ont déjà fait mais qu'il nous intéresserait de savoir pour pouvoir mettre leurs résultats en regard des nombreux matériaux que nous avons déjà réunis dans nos recherches cliniques concernant les relations, fluctuantes, des sujets avec autisme, surtout enfants et adolescents, au sonore en général et à la voix humaine en particulier.

Du côté des psychanalystes, nous avons à communiquer davantage l'état actuel de nos constats, hypothèses et interrogations issus des processus thérapeutiques psychanalytiques, et des observations préalables ou parallèles à ceux-ci que nous recueillons de la part des parents, et des divers intervenants : éducateurs, orthophonistes, psycho-motriciens, psychopédagogues, musicothérapeutes et enseignants qui s'occupent conjointement des enfants. Nous pensons de plus en plus important d'échanger entre les cliniciens et les chercheurs en neurosciences et en biologie pour un profit sans doute réciproque, cherchant à réduire le clivage trop fréquent, à nos yeux dommageable, entre le "tout cérébral" et le "tout psychique", entre le "tout éducatif" et le "tout thérapeutique".

S'il existe encore de ces positions caricaturales malheureusement aussi dans certaines équipes animées par des psychanalystes, en tout cas ceux qui partagent ces réflexions ont été formés et ont

eux-mêmes perçu dans leur expérience l'existence de prédispositions (" quelque chose dans l'enfant", disait D. Meltzer dans les années 70) sur lesquelles les généticiens et neurophysiologistes font des recherches que nous suivons avec intérêt. Cependant les facteurs environnementaux ont aussi leur importance et une malléabilité certaine des sujets avec autisme nous permet, tant sur le plan éducatif que thérapeutique, d'obtenir des évolutions vers le mieux dans la majorité des cas. C'est sans doute aussi l'espoir des cognitivistes en proposant des actions éducatives très précoces, mais nous pensons que le seul abord éducatif ne peut sans doute pas être aussi efficace qu'une approche pluridisciplinaire, d'autant plus que la prédisposition semble toucher tout un carrefour cognitivoémotionnel et par conséquent les bases du développement de toute la personnalité.

I – Les faits cliniques que nous constatons habituellement

1) Beaucoup d'enfants autistes par moments semblent ne rien percevoir de la voix humaine, mais à d'autres moments se bouchent les oreilles si l'on commence à leur parler. Nous avons observé, et des enfants nous ont aidés à le confirmer lors de leur démutisation, qu'ils se bouchaient d'autant plus les oreilles que la voix était plus forte et très articulée. C'est pourquoi beaucoup de psychothérapeutes ont appris par expérience qu'il leur faut musicaliser leur voix, voire même chanter leurs commentaires et leurs interprétations pour qu'ils soient acceptés, principalement au début des psychothérapies. Mais certains enfants ayant avancé dans la perception d'un langage porteur de significations peuvent aussi se fermer auditivement devant les risques d'un commentaire touchant particulièrement leurs émotions maintenant différenciées, surtout de tristesse, mais aussi de grand enthousiasme. Par contre dans des étapes d'excitation maniaque survenant souvent au cours même d'une évolution positive, le plus apaisant semble être d'utiliser une voix grave, lente, la plus neutre possible.

Chez les enfants non parlants, mais utilisant le langage préverbal des gestes pour tenter de communiquer leurs angoisses corporelles et spatiales, nous avons souvent constaté qu'ils étaient très ouverts à écouter notre reconnaissance et notre verbalisation de leurs démonstrations, qu'ils répétaient avec insistance jusqu'à ce que nous ayons clairement traduit en mots leur "langage corporel". Comment le comprendre ? Beaucoup ont manifestement acquis une compréhension du langage parlé, mais ne semblent écouter que si l'on rejoint leurs préoccupations centrales, mais en évitant de parler trop directement de leurs émotions car alors ils n'écoutent plus, semblent sourds, peut-être comme nous nous rendons sourds à une émission radio que nous avons laissée ouverte mais qui ne nous intéresse plus et que nous nous recentrons sur nos préoccupations et rêveries, ou bien comme nous n'entendons plus quand nous sommes en état de choc : que donnerait notre IRM fonctionnelle à ce moment là ? Les enfants autistes, eux, dans de telles circonstances, se récupèrent en se focalisant sur leurs impressions sensorielles, en l'absence d'un monde interne plus construit avec des représentations évoluées. On constate aussi – et Donna Williams, souffrant d'autisme, en parle clairement dans son autobiographie (1992) – qu'ils écoutent si c'est autour d'eux que l'on parle d'eux, à cause sans doute du risque toujours présent de débordement émotionnel à la réception de certains contenus, mais aussi au vertige de séparation impliqué par l'adresse directe ; ils écoutent donc mieux les commentaires indirects que l'on peut faire près d'eux les concernant, surtout si l'on veut aborder le monde des sentiments plus différenciés et subjectivés. D. Meltzer, psychanalyste anglais qui nous a beaucoup enseigné (1975), nous conseillait de leur parler et de parler d'eux comme si l'on se parlait à soi-même, ou bien dans le "on" : "Je me demande si…", "On dirait que…".

Nous avons aussi pu constater qu'un nombre important d'enfants en voie de démutisation commencent par "chanter" ce qu'ils veulent nous communiquer, mais en se servant seulement de la mélodie. Ce sont des enfants qui ont été nourris, en famille ou dans des institutions où l'on a beaucoup développé les moments musicaux, de comptines, chansons mimées, et qui semblent comprendre les mots contenus dans les chansons et se servent de la mélodie de celles-ci comme

“lexique” en quelque sorte. A nous d’avoir entretenu notre souvenir des chansons enfantines ! (Haag 1984, 1996). Il y aurait donc bien une reconnaissance de la voix mais dont l’entrée serait en quelque sorte filtrée avec les exigences d’une suffisante douceur et musicalité, de l’adéquation du contenu à leurs préoccupations, et pour certains que ce soit indirectement que les commentaires de leur vie émotionnelle, de leurs capacités, réussites ou échecs soient tentés.

2) Autre phénomène, resté longtemps énigmatique pour nous : lorsque la communication a été améliorée et notamment le contact du regard plus facile, les enfants se passionnent pour les bruits de tuyaux, et plus particulièrement le gros borborygme de la fin de l’écoulement des lavabos et baignoires, qui auparavant les terrorisaient. Dans le même temps ils semblent plus souvent réceptifs à nos commentaires et ils se mettent à vocaliser beaucoup plus abondamment.
Dans quelques cas, nous avons enregistré la survenue d’hallucinations d’un bruit fort lors du surgissement d’un inattendu dans le déroulement d’une séance, sans qu’il y ait aucun support perceptible de bruit.

II – Nos hypothèses

Pour la première série de ces faits cliniques, nous rejoignons les observations de beaucoup sur l’hypersensibilité des enfants avec autisme aux bruits de machines, aux ambiances trop bruyantes pour laquelle, à notre connaissance, nous n’avons pas encore trouvé d’explication. Peut-on penser pour certains au moins à un trouble cochléaire ? Mais nous faisons plutôt l’hypothèse d’un trouble de l’afférentation en relation avec le retrait émotionnel et le démantèlement des sensorialités ci-dessus évoqués, nous faisant nous diriger vers l’existence de troubles de l’attention (Houzel, 2002) : des anomalies de la fonction d’attention ont souvent été évoquées au sujet des enfants avec autisme, mais, pour celle-ci de même, est-ce la cause ou la conséquence de la dysrégulation émotionnelle ? Dans certaines études neurophysiologiques n’a-t-on pas trouvé des anomalies des circuits frontaux-pariétaux (Zilbovicius, 2002) ? N. Bodaert et M. Zilbovicius soulignent, dans le dossier de presse *Autisme 2005-2006*, les connexions des aires étudiées avec le système limbique tenu comme le cerveau des émotions.

Nous pouvons aussi noter que, pour chaque sensorialité, les enfants établissent ce que nous appelons des “clivages”, bien étudiés par F. Tustin (1981) : dans le sonore, le clivage entre dur et doux se manifeste entre les sons des voyelles – la partie musicale de la voix -, et le bruit des consonnes – rejetées du côté du “dur”. Mais nous nous réinterrogeons : pourquoi une telle intolérance aux bruits ? Nous avons été très intéressés par les expériences mettant en évidence qu’à l’audition de sons purs les sujets avec autisme activent la région temporale postérieure du cerveau droit, le cerveau émotionnel, alors que chez les sujets sans autisme cette audition est reçue dans la région symétrique du cerveau gauche, celle du langage chez un droitier (Zilbovicius, ibid.) qui intègre ainsi à la fois la musicalité de la voix, le bruit de la parole autrement dit l’articulation consonantique, et la signification des mots.

A noter que nous enregistrons, au cours des psychothérapies, les mêmes démonstrations pour l’œil à œil que pour la pénétration de la voix : pénétration, oui, à condition qu’elle soit suffisamment douce. Nous pouvons penser que les sujets avec autisme traduisent ainsi leur expérience de débordement émotionnel, à commencer par leur choc à l’inattendu, comme une pénétration corporelle violente faisant en quelque sorte “exploser” leur fragile construction identitaire, tout d’abord celle du premier “moi corporel”, et aussi exploser momentanément certains secteurs cognitifs acquis. Y aurait-il là aussi, pour la reconnaissance des visages et le décryptage des émotions sur le visage, le même phénomène de détournement dû au débordement émotionnel de la pénétration du regard ? D. Williams dit de cette rencontre qu’elle était engloutissante et lui faisait perdre pendant quelque temps “des pans entiers de significations” (ibid.).

Dans notre expérience, les relations entre le degré de tolérance à la pénétration des bruits ou sons trop intenses et à celle du regard d'une part, et d'autre part la construction de la première étape du moi corporel (sentiment d'entourance, d'enveloppe avec son corollaire de noyau d'attache interne, lequel est sans doute à rapprocher du sentiment de cohérence interne dont le défaut chez les sujets avec autisme est bien souligné dans les travaux cognitivistes) sont étroites ; la pénétration du regard, une fois dédramatisée, est démontrée être un facteur important de la formation de l'enveloppe (Haag, 2000). Lorsque l'enfant a stabilisé ce sentiment d'entourance, qu'il est "dans sa peau", la diminution ou disparition des stéréotypies en étant l'un des principaux résultats, l'intolérance aux bruits de machines variés disparaît ou s'atténue considérablement.

Pour la deuxième série de faits, une hypothèse se fait jour depuis une quinzaine d'années à partir de travaux psychanalytiques sur la naissance d'une perception existentielle très primitive dans le sonore prénatal (Maiello, 1991, 1998). Cette racine prénatale du problème du sonore nous est apparue très importante. Les traitements nous ont aidés à la cerner de la manière suivante qui nous semble toujours en lien avec ce problème de dysrégulation émotionnelle. Toujours en contrepoint avec les repérages développe-mentaux, il semble qu'une certaine naissance du sentiment d'existence se produirait à partir du 4^{è} mois de la vie prénatale dans la perception différentielle entre les rythmes réguliers des bruits du cœur et le surgissement de l'aléatoire de la voix maternelle (Maiello, ibid). Les enfants autistes nous ont montré qu'ils avaient établi une analogie entre la voix humaine et les bruits des tuyaux, donc probablement les borborygmes intestinaux, autre bruit aléatoire perçu *in utero*. Il semble que ces deux aléatoires aient été rejetés en même temps (cf. troubles de l'écoute de la voix décelés très tôt chez les bébés à risque autistique). Lorsque, dans le processus thérapeutique, ils reprennent confiance dans la communication après atténuation de beaucoup de leurs peurs (angoisses corporelles d'engloutissement, de chute, de liquéfaction) grâce à la compréhension que nous leur en proposons et que très souvent ils reçoivent, ils prennent un plaisir très grand à l'audition des borborygmes des écoulements de lavabos ; ils nous entraînent vers un moment de plaisir partagé, en attention conjointe en quelque sorte, de ces mêmes bruits, ou parfois d'autres jolies rythmicités sonores, par exemple obtenues en faisant résonner des gouttes d'eau sur un récipient renversé, et en même temps ils reprennent plaisir aux échanges vocaux (Haag, 2005). Comment le comprendre ? Est-ce que le *sameness* (recherche d'immuabilité) de L. Kanner, en lien probable avec la non régulation émotionnelle faisant fuir justement tout aléatoire, serait déjà à l'œuvre ? Là où cette perception, chez le fœtus sans problème, installe au contraire les racines prénatales de l'échange émotionnel (de "type chant et danse" dit S. Langer citée par Meltzer, 1984), en même temps que des sursauts de perception-conscience et par là-même d'un noyau très primitif d'identité/altérité, ici se produirait un détournement de la voix humaine bloquant l'un des deux principaux canaux d'échanges émotionnels périnataux (Trevarthen, 1989), ramenant ainsi à cette hypothèse de la fragilité au débordement émotionnel dès la vie prénatale, et plus particulièrement au débordement émotionnel à l'inattendu. Du côté neurophysiologique et en liaison avec ces réactions au changement, à l'inattendu, signalons la communication de C. Barthélemy au récent congrès *Psy et système nerveux central* (Cité des sciences, nov. 2004) : la réponse électrophysiologique appelée Mismatch Negativity/négativité de discordance lors de la survenue, rare et imprévue, d'une stimulation différente au sein d'une séquence de stimulations auditives jusque là répétées de façon régulière, se révèle chez l'enfant avec autisme très différente, traduisant "le déclenchement très précoce par la stimulation déviante d'une activation enregistrée au niveau frontal gauche".

III – Rassemblement de nos questions à l'adresse des chercheurs en neurophysiologie

Nous sommes naturellement bien assurés, quelle que soit la disqualification, courante dans les

médias, à l'encontre des psychanalystes qui auraient ignoré le cerveau, qu'aucune de nos opérations mentales, même les plus complexes, n'existe sans le substrat d'un fonctionnement neurophysiologique cérébral et un grand nombre d'entre nous sont très attentifs aux recherches de laboratoire en cours. Mais ne serait-il pas sage de ne pas déclarer cause première de l'autisme la non activation d'aires qui n'est peut-être que la conséquence d'autres dysfonctionnements ? La question est bien posée à la fin de l'article de M. Zilbovicius (2004), mais elle n'est pas reprise dans le communiqué de l'INSERM ni dans les diffusions médiatiques ; en effet, nous pouvons y lire: "Une possible interprétation de ces résultats est que les sujets autistiques pourraient être caractérisés par une déviation attentionnelle vers des sons non vocaux, dans la ligne des découvertes récentes sur la sensibilité accrue à l'intensité sonore chez les sujets avec autisme ; de futures études devront investiguer si ce manque de reconnaissance des *stimuli* vocaux cause, ou est une conséquence, du *pattern* anormal d'activation corticale [ ] La ressemblance marquée des déficits de traitement de la voix et de la reconnaissance des visages suggère un mécanisme commun sous-tendant ce traitement anormal de l'information sociale[3]" (Gervais, Zilbovicius et coll., 2004).

S'il en est bien ainsi, la question que nous adresserions finalement aux chercheurs maniant l'IRM fonctionnelle serait donc : dans quelle mesure les non activations de ces aires, dont les fonctions spécifiques sont de plus en plus répertoriées – mais relativement modelables par l'expérience cf. plus loin C. Vidal – ne sont-elles pas des phénomènes transitoires et jusqu'à un certain point réversibles qui pourraient être des réactions en quelque sorte "protectrices" par rapport à ce danger désorganisant du débordement émotionnel, ce qui serait sans doute à rapprocher de l'augmentation des hormones de stress mise en évidence dans une étude menée par S. Tordjman et coll. (1997), laquelle fut aidée cliniquement par l'élaboration d'une "Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité", dont, sur le terrain, des praticiens ont à leur tour éprouvé l'utilité (Haag G. et coll., 1995). Nous aborderions alors peut-être certains substrats neuro-hormonaux, de ce que nous appelons "défenses archaïques" en termes psychanalytiques, tel que le "démantèlement" – entendre la dissociation – de l'appareil perceptuel, qui fonctionne en général de façon polysensorielle et consensuelle, en ses divers composants sensoriels par relâchement de l'attention (Meltzer 1975), ce qui permet de s'agripper à une lumière, à un son, à un vertige labyrintique etc. ; ce faisant, la perception des corps et des choses dans leur globalité et leur individualité formelle est annulée et par conséquent la perception de la séparation des uns et des autres. On peut voir aussi des clivages plus évolués : sons purs/bruits ou émotions/représentations comme en témoigne D. Williams quand elle parlait de combattre pour la séparation entre son intelligence et ses émotions, clivage très connu des psychanalystes dans d'autres structures psychopathologiques.

Ne serait-il pas intéressant, dans le projet annoncé par M. Zilbovicius d'expériences semblables chez des enfants, d'établir s'il y aurait corrélation entre l'activation ou non de ces aires réceptrices de la voix et les progrès des enfants autistes en communication ? Il serait important de mentionner quels types de traitements leur ont été proposés, car nous doutons que des programmes purement rééducatifs entrepris dans la perspective d'aires cérébrales à activer comme le conclut hâtivement le communiqué de l'INSERM[4], puissent aboutir à d'aussi bons effets que la conjonction d'abords éducatifs et psychothérapiques travaillant parallèlement cette fragilité émotionnelle et l'acquisition progressive des représentations normales du moi corporel. C'est là notre expérience pour un grand nombre de cas.

Mais nous concevons bien que ce retrait de la réception de la voix, inhibant les frayages vers l'aire concernée, s'il commence dès la vie pré et postnatale, époque où le cerveau continue à se développer intensément, puisse entraîner un véritable appauvrissement de substance cérébrale, rendant compte des résultats de l'IRM morphométrique publiés par M. Zilbovicius en 2002 à savoir "une diminution bilatérale de la substance grise localisée dans la région temporale supérieure".

Dans quelle mesure des suppléances sont-elles possibles dans les prises en charge plus ou moins tardives ? Peut-on imaginer une prévention par une action précoce y compris prénatale en cas de circonstances stressantes patentes ou dépressiogènes tarissant cette modification universelle de la voix maternelle ou paternelle qui sous-tend les dialogues émotionnels périnataux, le *mothering* traduit en français par “mamanais” (Trevarthen, 1981), tarissement qui serait un facteur environnemental ne pouvant qu’aggraver les facteurs de prédisposition d’ordre génétique en cours de recherche ?

D’autres questions surgiraient sans doute de rencontres entre chercheurs cliniciens et expérimentateurs en imagerie et biologie que, pour notre part, nous continuons à souhaiter car elles ne pourraient qu’être favorables à ce que les uns et les autres nous nous efforçons de faire pour les sujets souffrant d’autisme et par conséquent pour leurs familles. Ce devrait être facile à lire Catherine Vidal, neurobiologiste, directrice de recherche à l’Institut Pasteur : “Nul ne conteste l’immense apport de l’imagerie cérébrale, qui permet de voir le cerveau vivant [ ] au cours d’opérations mentales. Ces études ont aussi montré l’importance de la variabilité individuelle dans le fonctionnement du cerveau. Pour une fonction donnée, des régions sont activées en commun, régions incluses dans des réseaux qui diffèrent d’un individu à l’autre. La formation de ces réseaux est largement dépendante de l’expérience de chacun [ ]. Par exemple, la zone de reconnaissance des visages n’a qu’une spécialisation relative. Si l’on entraîne les sujets à distinguer des oiseaux, des voitures, et même des objets abstraits, la région déterminée pour reconnaître les visages s’active tout autant ! [ ]. Difficile d’imaginer plus belle démonstration des mécanismes de plasticité cérébrale en fonction de l’expérience. [ ] A l’évidence, la prudence s’impose dans l’interprétation de l’imagerie cérébrale” (Vidal, 2003).
Là se placerait la discussion sur la relation que l’on pourrait faire entre ce qui a été appelé déviation attentionnelle dans cet article de *Nature Neuroscience*, et la notion psychodynamique d’investissement ou non investissement. Pour ce qui est des sujets avec autisme, nous avons de toute façon à comprendre encore mieux, les uns avec les autres, le déterminisme de cette sorte de détournement des investissements humains fondamentaux de la voix et du visage, mais dans le respect, évidemment très souhaitable, des apports et des réalisations thérapeutiques de chacun, que le courant psychodynamique, pour sa part, cherche constamment à améliorer.

Se sont associés à ces réflexions les professionnels en charge de sujets avec autisme, psychothérapeutes, consultants, animateurs d’équipes, et également des chercheurs dans divers champs expérimentaux, dont les noms suivent :

Simonetta Adamo, Pr Fac. Méd. ; psychothér. AIPPI (Italie) ; Martine Agman, pédopsychiatre, psychanalyste, médecin-directeur de l’Hôp. de jour l’Epi, Paris ; Brigitte Algranti Fildier, pédopsy. psychan., praticien hospitalier, Chaville (92) ; Dr Heidy Allegaert, ABOBEBE (Bruxelles) ; Anne Alvarez, former co-Chair Professional Committee, Tavistock Clinic, Autism Workshop ; Pr Michel Amar, Unité univ. de pédopsychiatrie, CHU Nantes ; Dr Pascale Ambroise, praticien hospitalier, hôp. de jour La Colline Meaux 77) ; Dominique Amy, psycho., psychan. (Collège de psychanalyse groupale et familiale), Courbevoie (92) ; Annette André, psycho. Psychothér. ITTAC Villeurbanne (69) ; Jacques Angelergues, psychiatre psychan., Centre A. Binet ; Joëlle Austruy, pédopsy. CMP Fontainebleau (77) ; Dominique Arnoux, pédopsy., psychan. (SPP), médecin-dir. Inst. Claparède ; Cléopâtre Athanassiou, psychan. (SPP), Paris ; Prunelle Aziosmanoff, psychologue, psychothérapeute, Montreuil (93) ; Armelle Barral, psycho. psychothér., CMP Noisy-le-Sec, intersecteur pédopsychiatrie Seine St-Denis ; Paul Barrows, Lead Clinician, Child and Adolescent Mental Health Service, United Bristol Healthcare Trust ; Chair of the Association for Infant Mental Health (UK), Editor Newsletter World Association for Infant Mental Health ; Hervé Benhamou, psychiatre psychan., C. A. Binet ; Maurice Berger, chef service pédopsychiatrie CHU St-Etienne (42) ; Paul Bizouard, Pr de psychiatrie de l’enfant et de l’adol., chef de service psychiatrie infanto

juvènile CHU Besançon (25) ; Marie-Pierre Blondel, psychiatre psychan. (SPP), C. A. Binet et Fondation Rotschild ; Vincenzo Bonaminio, psicoanalista (Società Psicoanalitica Italiana) ; Aïcha Boumaza, psycho. psychothér. (inscrite à la SPP), Fond. Vallée, Gentilly (94) ; Arielle Bouvet, psycho., IME St-Martin-du-T. (95) ; Patrick Brossais, IMP Champrosay (91) et Paris ; André Bullinger, Prof. Hon., Univ. de Genève ; Nicole Cadaux-Marty, psycho. psychothér. (AMPPEA), Toulouse ; Bernard Cadet, pédopsy., F. Vallée ; Sandrine Calmettes, psychiatre, psychan. (Ass. lacanienne internat.), chef département infanto-juvénile Fondation Croix St-Simon (Paris) ; André Carel, psychiatre, ITTAC, psychan. (SPP) ; Patrick Caron, psychiatre psychan., Centre A. Binet ; Martine Caron-Lefèvre, psychiatre psychan., C. A. Binet ; Laurence Carpentier, pédopsy., psychothér. (Guidance infantile Toulouse) ; Isabelle Cartier-Bresson, psychothér., CMPP, Hôp. j. Mantes (78) ; Marthe Cartier-Bresson, psychan. (SPP) ; Marie-France Castarède, Pr psychopathologie Univ. de Besançon, psychan. (SPP) ; Elisabeth Castex, psychiatre, psychan. (SPP) ; Hélène Causse, pédiatre, pédopsy., psychothér. (IVe Groupe), Paris ; Géraldine Cerf de Dudzeele, psycho.-psychan., Hôp. j. Epi, Paris (14e); Brigitte Cers, psycho. psychothér., Conflans (78) ; Catherine Chollet, praticien hosp. (Toulouse) ; Abram Coen, psychiatre, psychan. (Espace analytique) ex chef de service psychiatrie enfant et adol., Enghien (95) ; Alexandra Colinet, psycho. psychan. (SPF), Paris ; Geneviève Coudin, psycho. libérale, Paris ; Graciela Crespin, psychan., Paris ; Annick Cukierman, psychiatre, psychan. (SPP), Charenton (92) ; Laurent Danon-Boileau, psychan. (SPP), Pr linguistique, Paris V ; Elena Dargenton-Aronovitch, psycho. psychan. (SPP), Paris ; Suzanne Deffin-Cunha, psycho., psychan. (SPP), fondatrice du Centre prévention pour tout-petits hôpital de Lagny (77) ; Françoise Delbos, psychan. psycho., CMPP, Mantes (78) ; Pierre Delion, psychan., Pr de pédopsychiatrie, CHU Lille ; Isabelle Delsol, pédopsy. (G. inf. Toulouse) ; Maurice Despinoy, psychiatre, psychothér., Marseille ; Bernard Dewitte, pédopsy., psychan., CAMSP, Tourcoing (59) ; Dominique Deyon, psychiatre psychan., Unité René Diatkine ASM 13e ardt Paris ; Dominique Dill, psycho., psychothér. (ITTAC) ; Catherine Druon, psychan. (SPP), Paris ; Hélène Dubinsky, psychothér., The Tavistock Clinic Teaching Staff ; Louis Edy, pédopsy., Paris ; Bertrand Etienne, psychiatre psychan., hôp. j. adolescents ASM 13e ardt ; Julien Faineteau, psycho., CMPE-CSA, Cholet ; Catherine Fayard, psychanalyste (SPP) ; Françoise Feder, psycho. F. Vallée, psychan. (SPP) ; Sylvie Ferry, psychothér., CMPP Mantes (78) ; Dominique Fischesser, prat. hosp. intersecteur 7 Hauts-de-S.) ; Anne Foïs, psycho., psychan., Orsay (91) ; Jacques Fortineau, ex-président Fédération française psychiatrie, chef de service hôp. Esquirol, psychan. (SPP) ; Daniel Frydman, psychiatre-psychan., médecin-chef IMP Champrosay (91) ; Philippe Gabbai, neuropsychiatre, dir. hon. Fondation John Bost à La Force, formateur dans le champ de l'autisme (particulièrement pour adol. et adultes), Nîmes ; Anna Maria Galdo, psychan. (Società di Psicanalisi Italiana), Naples ; James Gammill, psychan. adulte et enfant (Société britann. de psychanalyse), formateur à la psychanalyse adulte et enfant en France, nombreuses activités enseignantes en milieu universitaire et auprès d'équipes soignantes ; Maya Garboua, psycho. psychan., C. A. Binet ; Simone Gerber, pédiatre, psychothér., Strasbourg ; Paola Giusti, psychothér. AIPPI, Naples ; Bernard Golse, psychan., chef de service pédopsychiatrique Hôp. Necker, Pr psychiatrie enfant et adolescent à l'Univ. Paris V ; Catherine Graindorge, Pr psychiatrie enfant et adol. Paris XI, chef de service de la F. Vallée, psychothér. (inscrite à la SPP) ; Janick Guerlesquin, psycho. psychothér., intersecteur du Morbihan Ouest, Hôp. Charcot, Caudan (56) ; Béatrice Guevel, psycho. psychothér., CMPP Mantes, Epinay (78) ; Christian Guibert, responsable d'un Hôp. de j. et I.M.E., Châlon (71) ; Jean-Marc Guilé, psy-chodramatiste, psychiatre des hôpitaux, médecin-dir. du CCCA, Crépy-en-Valois (60), Association La Nouvelle Forge et Univ. de Montréal ; Jacques Hochmann, Pr émérite psychiatrie enfant et adol., psychan. (SPP), Lyon ; Didier Houzel., psychan. (APF), Pr pédopsychiatrie, CHU Caën ; Denise Huon, psycho., psychan. (IVe Gr.) ; Françoise Jardin, psychiatre psychan. (SPP), Paris, présidente Assoc. Pikler Loczy France ; Nicole Jaucourt, psychothér., Versailles ; Nagib Khouri, psychan. (SPP), Paris ; Trudy Klauber, Dean of Post-Graduate Studies, Tavistock Clinic, former Dir. of the Winnicott Center ; Marie-Blanche Lacroix, pédopsy., psychan. (SPP), Toulouse ; Monique Lachkar, psychiatre, CMPP Mantes (78) ; Céline Lallier, psycho. psychothér., intersecteur pédopsychiatrie de Corrèze (19) ; Didier Lambert, pédopsy.

psychan., chef de service hôp. Marius Lacroix, La Rochelle (17) ; Marie-Christine Laznik, psychan., C. A. Binet, co-fondatrice de Préaut ; Dr Bianca Lechevalier, psychan. (SPP), Caën ; Dr Florence Leclerc, psychan. (SPP), Paris ; Marie-Françoise Lefèvre, pédopsy. psychan., Centre A. Binet ; Eric Lefort, psycho. psychan., intersecteur pédopsychiatrie de Corrèze (19) ; Laurence L'Hostis-Lelouarn, psychiatre, IMP Champrosay (91) ; Béatrice Lehalle, pédopsy., psychan. (SPP), Paris ; Anne-Yvonne Lenfant, pédopsy. responsable hôp. de j., Lille ; Ann Levy, psycho., psychan. (SPP) ; Albert Louppe, pédopsy., psychan. (SPP), Paris ; Suzanne Maïello, psychothér.-psychan. (AIPPI), Rome ; Susanna Messeca, psychothér. AIPPI, Naples ; Laurent Metzger, pédopsy.-psychan., chef de service St-Egrève (38) ; Nathalie Mineau, psychothér., doctorante en autisme, Centre ressource autisme, Limoges ; Grazia Mineo, psychothér. AIPPI, Rome ; Françoise Moggio, pédopsy. psychan. (SPP), médecin-chef intersecteur 75 I01- C. A. Binet ; Jean Morali, médecin-dir. CMP de Versailles (78) ; Dominique Morel, pédopsy., C. A. Binet ; Tiziana Muratori, psychothér., CMPP Mantes (78) ; Francis Moreno, psycho. psychan. (Espace analytique), Paris ; Gérard Noir, pédopsy. (Paris) ; Michel Ody, psychiatre psychan. (SPP), C. A. Binet ; Silva Oliva, psychothér. AIPPI, Rome ; Lisa Ouss, psychiatre psychothér., Hôp. Necker, Paris ; Fiorella Pascale, psychothér. AIPPI, Naples ; Anne-Sylvie Pelloux, prat. hosp., 1er intersecteur Val-de-Marne ; Maria Peluso, psychothér., didacte AIPPI, Naples ; Roger Perron, psychan. (SPP), dir. honor. CNRS ; Diomira Petrelli, psychan., didacte AIPPI, Naples ; Fabienne Pinilo, psycho., Foyer Bois des Saules (autistes adultes) Plaisir (78), Sésame Autisme Yvelines ; Marie-Pierre Pougnet, psycho., psychothér., Vélizy (78) ; Pierrette Poyet, psychan., Blois ; Régine Prat, psycho.-psychan. (SPP), 91 Bièvres ; Rémi Puyuelo, pédopsy., psychan. (SPP), Toulouse ; André Récapé, psychiatre psychan. (SPP), G. inf. Toulouse ; Véra Renz, psychan. (SPP), Paris ; Dominique Réyé, psychiatre, IMP Champrosay (91) et Clinique de l'Isle, Crosne (91) ; Monique Réyer, psycho. psychan. (SPF), Paris ; Maria Rhode, Pr à la Tavistock Clinic et à l'East London University, psychothér. ; Denys Ribas, pédopsy., psychan. (SPP), Paris ; Marie Riuz, psychiatre, G. inf., Toulouse ; Patricia Rochut, psycho. psychothér. (inscrite à la SPP), Montereau (77) ; Martine Rotcejg, psycho., psychan. (SPP), F. Vallée ; Sophie Rougeot, psycho., psychan., Fond. Vallée ; René Roussillon, Pr psychopathologie Univ. Lyon II, psychan.; Margaret Rustin, Chair of the Professional Committee, Tavistock ; Henryk Rybak, psychiatre, psychan. Inst. E. Claparède ; Anna Sabatini, psychothér. AIPPI, Rome ; Serge Salabelle, psychiatre, hôp. de Meaux (77) ; Rosella Sandri, Dr psychologie, psychothér. (Bruxelles) ; Yaël Shavit, psycho., psychan. (Paris) ; Alain Sombret, psychiatre psychan. (SPP), Paris ; Michel Soulé, Pr honor. psychiatrie enf., Univ. Paris V, fondateur hôp. j. enfants psychotiques, Inst. puériculture, Paris ; Hélène Stork, neuropsychiatre, Pr émérite psychopathologie clinique Univ. Paris V ; Hélène Suarez-Labat, psycho., psychothér. (inscrite à la SPP), Paris ; Claire Synodinou, psycho. psychan. (SPP), Pr psychopathologie à l'Univ. du Panteion, Athènes ; Gérard Szwec, pédopsy., psychan. (SPP), dir. Psychosomat. Enf. (IPSO) ; Claude Tabet, pédopsy., psychothér., chef de service, Hôp. de Lens (62) ; Giuliana Tessitore, psychan. SPI, Naples ; Catherine Thépin, psycho. psychothér., Paris ; Jean-Michel Thurin, psychiatre, psychan. (Ecole de psychosomatique), Paris ; Bernard Touati, pédopsy. psychan., C. A. Binet, intersecteur 13e ardt ; Christine Touzé, pédopsy., Paris ; Jacques Touzé, psychiatre psychan., Paris ; Jacqueline Tricaud, psycho. psychan. (SPP), Versailles ; Sylvia Trinché, psycho. psychothér., service pédopsychiatrie, Dieppe (76) ; Simone Urwand, Dr en psychologie, psychothér., Paris ; Dr Anne-Marie Vaillant, psychothér., prat. hosp., intersecteur de Corrèze ; Dr Annette Watillon-Naveau, ex-présidente Société belge de psychanalyse et présidente ABOBEBE (Bruxelles) ; Bernard Wielgo-Polanin, psychothér., CMPP Mantes ; Gianna Williams, The Tavistock Clinic Teaching Staff ; Biddy Youell, Head of Training, Northern Training School for Child Psychotherapy.

(liste non close, arrêtée au 10/02/05) à laquelle on peut se joindre en écrivant à G. Haag, 18, rue Emile Duclaux, 75015 Paris. Certains des signataires ci-dessus et d'autres collègues se sont groupés en une *Coordination internationale entre psychothérapeutes de formation psychanalytique s'occupant du traitement des enfants avec autisme*, qui a déjà tenu deux réunions à Paris. Pour s'y joindre, écrire soit à D. Amy, 10, rue Carpeaux, 92400 Courbevoie, soit à G. Haag, adresse ci-dessus.

Abréviations : pédopsy. pour pédopsychiatre, psycho. pour psychologue, psychothér. pour psychothérapeute

Notes

1. Les deux pages de sa publication en anglais sont accessibles par l'obligeance de l'auteur à : <zilbo@ shfj. cea. fr>
2. Une page accessible par <presse@ tolbiac. inserm. fr>
3. Souligné par nous car cela rejoindrait nos hypothèses ci-dessus énoncées.
4. "La mise en évidence de ces déficits perceptifs pourrait permettre l'élaboration de stratégies de rééducation visant à induire un traitement spécifique des informations vocales et faciales, traitement qui semble ne pas s'être développé spontanément chez l'autiste".

Références des publications citées

Gervais H., Belin P., Boddaert N., Leboyer M., Coez A., Sfaello I., Barthelemy C, Brunelle F., Samson Y., Zilbovicius M. (août 2004) Abnormal cortical voice processing in autism, Nature Neuroscience, volume 7, number 8, July p. 801-802

Haag G. (1984), Réflexions sur certains aspects du langage d'enfants autistes en cours de démutisation, Neuropsychiatr. Enfance Adolesc ; 32 (10-11), 539-544. Haag G. (1995), Tordjman S., Duprat A., Cukierman A., Druon C., Jardin F., Maufras du Chatellier A., Tricaud J., Urwand S. (1995 f), : Présentation d'une grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité, Psychiatrie de l'enfant, 38, 2., p. 495-527.

Haag G. (1996), Réflexions sur quelques particularités des émergences de langage chez les enfants autistes, Journal de pédiatrie et de puériculture, Vol. 9, n° 5, p. 261-264.

Haag G. (2000), Mise en perspective des données psychanalytiques et des données développementales (concernant l'autisme), Neuropsychiatr. Enfance Adolesc ; 48 : 432-40.

Haag G. (2005), L'enfant autiste et l'objet sonore prénatal, à paraître dans Le Partage vocal originaire, M. F. Castarède ed., Erès.

Houzel D. (2002), L'aube de la vie psychique, Paris, E.S.F.

Maiello S. (1991), L'Oracolo, Un 'esplorazione alle radici della memoria auditiva, Analysis, Rivista Internazionale di psicoterapia clinica, Anno 2 N.3, p. 245-268, trad. fr. L'objet sonore. L'origine prénatale de la mémoire auditive ; une hypothèse, Journal de la psychanalyse de l'Enfant, n° 20, p. 40-66.

Maiello S. (1998), Trames sonores et rythmiques primordiales – Bulletin du Gerpen, vol. 39, p. 2-24, 38, avenue Ardoin, 94420, Le Plessis Trévise, Tél./Fax : 01.45.94.16.30).

Meltzer D. (1975), Explorations in Autism, Roland Harris Trust, Clunie Press, trad. fr. G. et M. Haag et coll. Explorations dans le monde de l'Autisme, Paris, Payot, 1980. Tordjman S. et coll. (1997), Plasma endorphin, adreno-corti-cotropin hormone, and cortisol in Autism, Journal of child psychology and psychiatry, vol. 38, p. 705-716.

Trevarthen C. (1989), Les relations entre autisme et le développement socioculturel normal : arguments en faveur d'un trouble primaire de la régulation du développement cognitif par les émotions, dans : G. Lelord ; J.P. Muh, M. Petit & D. Sauvage (dir. publ.), Autismes et troubles du

développement global de l’enfant, Paris, Expansion scientifique française, pp. 56-80.

Tustin F. (1981), Autistic States in children, London, Routledge and Keagan Paul, trad. fr. Les états autistiques chez l’enfant, Paris, Seuil, 1986.

Vidal C. (2003), Des gènes de la morale ? in L’Empire des gènes, Sciences et Avenir, hors série.

Williams D. (1992), Nobody Nowhere, Londres, ISBN, trad. fr. F. Gérard, Si on me touche, je n’existe plus, Paris, Robert Laffont.

Zilbovicius M. (2002), L’imagerie cérébrale et l’autisme infantile, Document Fondation France Télécom, consultable sur http:// autisme. ocisi. net/ front/ travail. asp? id_contenir= 145