

Clinique de l'originel

Éric W. Pireyre

Préface du D^r Fabrice de Sainte Maréville

Postface du D^r François Fargès

Clinique de l'originel

Du vécu au concept



DUNOD

Mise en page : Belle Page

NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70 % de nos livres en France et 25 % en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

Assistant éditorial : Matis Lacoux

© Dunod, 2024

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-085864-4

Remerciements

Docteur Leïla Benallal, pédopsychiatre

Docteur Véronique Bergerol (« comment vont vos petits patients ? ») pour son engagement dans le monde du handicap

Sophie Zamora-Chevallier et Éric Jean-Louis, cadres de santé

Qui m'ont tous encouragé et soutenu à plusieurs reprises et chacun à leur façon

À mes amis chtis : Bernard et Christine, Bruno et Bertille pour leur bonne humeur et leur affection

Très sincères remerciements.

Table des matières

<i>REMERCIEMENTS</i>	V
<i>PRÉFACE</i>	1
<i>INTRODUCTION</i>	15

PARTIE I

CLINIQUE DE L'ORIGINEL

1. Les manifestations cliniques de l'originel	25
Dedans	26
⇒ La paroi utérine	26
⇒ La « paroi sensorielle »	27
⇒ La paroi comme appui	29
⇒ Le cordon ombilical	30
⇒ Le liquide amniotique	31
⇒ La luminosité	33
⇒ La dévoration	34
⇒ Décharges, agressivité ou défenses ?	35
L'expulsion	38
⇒ La perte des eaux	38
⇒ Les contractions	39
⇒ La tête et l'impression d'être coincé	40
Dehors	41
⇒ La gravité	41
⇒ Le morcellement	43
⇒ La peau et la contenance perdue	45
Les bains thérapeutiques de Malik	47
2. La thérapie psychomotrice de Cécile	51
Présentation	51
Le bilan d'observation psychomotrice	52
Synthèse des principales observations	55
Conclusions du bilan	58

Les séances	61
Analyse clinique à la lumière de la théorie de l'originel	73
Conclusion	80

PARTIE II

LES NEUROSCIENCES ET L'ORIGINEL

3. Neurosciences, fœtus et TSA	85
Le neurodéveloppement : des points communs entre le fœtus et TSA	85
Qu'est-ce qu'un trouble du spectre de l'autisme ?	85
Le cortex	87
➔ Le cortex préfrontal (CPF)	87
➔ Cortex préfrontal et TSA	88
➔ Le cortex pariétal	89
➔ Cortex pariétal et TSA	90
L'hippocampe	91
➔ Hippocampe et TSA	92
Le cervelet	92
➔ Cervelet et TSA	94
4. Les structures sous-corticales	95
L'amygdale	95
➔ Amygdale et TSA	96
Hypothalamus	96
➔ Hypothalamus et TSA	98
Thalamus	98
➔ Thalamus et TSA	100
5. Le tronc cérébral	102
Neuroanatomie et fonctions	102
➔ Cas particulier de l'olive du tronc cérébral	103
➔ Le noyau para-brachial	103
➔ Le noyau du tractus solitaire (NTS)	104
➔ La substance grise périaqueducale (SGP)	104
Tronc cérébral et TSA	104
➔ Olive supérieure	105
➔ Olive inférieure	105
Conclusion	107
Le GABA switch	107

6. TSA, fœtus et neurosciences : synthèse et commentaires	111
Synthèse des données des neurosciences	111
Commentaires	113
➡ Les noyaux sensori-moteurs et... les relations sociales	113
➡ Les noyaux sensori-moteurs et... l'intentionnalité	114
➡ Les noyaux neurovégétatifs et l'esprit	116

PARTIE III

VERS LA CONSCIENCE

7. Sensori-motricité et émotions dans les TSA	123
Vision, TSA et fœtus	123
➡ Définition	123
➡ Vision et TSA	125
➡ Vision et fœtus	126
Toucher, TSA et fœtus	127
➡ Physiologie	127
➡ Toucher et TSA	128
➡ Toucher et fœtus	129
➡ Conclusion	129
Émotions, TSA et fœtus	130
➡ Émotions et TSA	131
➡ Fœtus et émotions	132
➡ Conclusion	134
Motricité, TSA et fœtus	134
➡ Motricité et TSA	134
Les réflexes primitifs	136
➡ Conclusion	137
8. L'intégration multisensorielle et l'appartenance au corps	139
L'intégration multisensorielle	139
➡ Définitions	139
➡ Bases neurophysiologiques de l'intégration multisensorielle	140
➡ Intégration multisensorielle et TSA	141
➡ Intégration multisensorielle chez le bébé	142
➡ Conclusion	143
L'appartenance du corps	144
➡ Définition	144
➡ Les mécanismes neuroanatomiques et neurophysiologiques de l'appartenance du corps	145
➡ Appartenance du corps et TSA	146
➡ Appartenance du corps et bébé	148
➡ Conclusion	149

9. La mémoire	151
L'état des connaissances actuelles sur la mémoire humaine	152
➡ Le cas du réseau par défaut	153
La mémoire dans les TSA	154
➡ La mémoire autobiographique dans les TSA	154
La mémoire fœtale	156
Ocytocine et traces mnésiques de la naissance	158
Conclusion	160
10. La conscience	161
Définition	161
Les trois formes de conscience	164
Conclusion	170

PARTIE IV

L'ORIGINEL ET LES GRANDS RÉCITS BIBLIQUES

11. L'histoire d'Adam et Ève	173
La création d'Adam	174
Le jardin d'Éden	177
La création d'Ève et la relation avec Adam	180
L'arbre de la connaissance du bien et du mal	181
Le serpent	182
La chute	185
Le péché originel	187
12. L'histoire de l'Exode	191
L'Exode	191
La continuité Genèse-Exode	192
Moschè	193
Les dix plaies d'Égypte	196
La règle de Pessah	200
Sortie de Misraïms : la mer « se fend »	202
13. Synthèse comparative de la Genèse, de l'Exode et de la théorie de l'originel	205

PARTIE V

POUR ALLER PLUS LOIN

14. La mémoire du corps	211
Définition	211
La mémoire implicite	212
L'amnésie infantile	213
⇒ Définition	213
⇒ Les hypothèses neuropsychologiques	214
⇒ Les hypothèses des neurosciences	214
Les états sentis du corps	215
15. Que dit la psychanalyse ?	219
Freud, Rank et la question du traumatisme de la naissance	220
Winnicott et l'originel	222
Les psychanalystes contemporains et la période fœtale	223
16. Le rebirth : différences avec la thérapie psychomotrice des phénomènes originels	226
Définition	226
Différences	228
17. Vers une théorie de l'originel	230
La période de l'originel	231
La période de l'archaïque	233
Le virage œdipien	237
Le « péché originel »	238
18. Bilan psychomoteur de l'originel	239
Les mécanismes sensori-moteurs utérins	239
⇒ La sensorialité	240
⇒ L'intégration multisensorielle	241
⇒ L'appartenance du corps	241
⇒ La conscience	241
Les mécanismes affectifs utérins	242
⇒ « Dedans »	242
⇒ « L'expulsion »	244
⇒ « Dehors »	245
<i>CONCLUSION</i>	249
<i>POSTFACE</i>	255
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	259

Préface

C'EST UN GRAND honneur de préfacier cet ouvrage que je trouve extraordinaire au sens fort du terme. Éric W. Pireyre est un psychomotricien clinicien qui partage mon quotidien professionnel depuis de nombreuses années dans les champs de la périnatalité tout d'abord puis de l'autisme et des psychoses infantiles les plus graves dans le cadre d'hospitalisations à temps plein et de jour. Nous enseignons aussi dans le même Institut supérieur de rééducation psychomotrice (ISRP) depuis plus de vingt ans, ce qui participe également de nos échanges fréquents mêlant clinique psychopathologique, épistémologie et théories.

Le travail d'Éric W. Pireyre est le fruit de nombreuses années passées au contact d'enfants autistes, en bilan et en thérapie. Il lui était devenu nécessaire de formaliser et synthétiser dans un ouvrage ses réflexions, ses intuitions et ses doutes. Il est de plus cohérent que cette élaboration soit entreprise par un psychomotricien ayant une grande expérience de la périnatalité et des troubles précoces du développement que sont l'autisme et les psychoses infantiles. Les neurosciences le montrent très bien, et Éric W. Pireyre nous l'exposera dans son ouvrage : les troubles précoces du développement s'inscrivent dans la continuité développementale du bébé in utero – le fœtus – jusqu'aux premiers mois de sa vie « aérienne ».

LA THÈSE

La thèse d'Éric W. Pireyre est la suivante : les troubles que nous montrent les patients autistes mêlent, dans l'ici et maintenant des séances de thérapie psychomotrice, des angoisses originelles et archaïques. Les angoisses originelles indiquent que le jeune patient se comporte totalement ou partiellement comme s'il était encore dans le ventre de sa mère. Telle est l'hypothèse de base démontrée par Éric W. Pireyre tout au long de son exposé. Le développement altéré du tronc cérébral en serait un point de départ. Il y a une continuité entre le fœtus et les premières années de la vie sur le plan développemental. La naissance n'est qu'un moment, certes inaugural et important de la vie de l'être humain, mais qui ne signe pas une rupture ou un traumatisme. Freud¹ écrivait que la « vie intra-utérine

1 Freud, S., *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris : PUF, 2011, p. 32.

et [la] première enfance sont bien plus en continuum que la césure frappante de l'acte de naissance ne nous le laisse croire ». Éric W. Pireyre ne minimise pas la naissance (l'expulsion). Bien au contraire, c'est une période critique où le stress ressenti lors du passage de la tête par les voies naturelles sera très important (rôle du GABA qui ne jouera pas sa fonction de neurotransmetteur inhibiteur). Pour poursuivre sur la continuité fœtus/nouveau-né, Bion mettait en avant que par-delà cette naissance, c'est la dimension archaïque du fonctionnement sensoriel du fœtus qui continue toute la vie de constituer la base de l'activité de notre vie ultérieure. Cette dimension archaïque, Éric W. Pireyre la nomme originelle car anténatale, mais il y a une grande proximité de ces deux termes. *L'archè* est à entendre comme le paradigme cinétique de l'origine, c'est-à-dire ce qui met en mouvement un principe originel. Cette proximité permet de penser le sens de *l'archè* (originel) de la même manière que les Grecs anciens : selon Schürmann¹, « les Grecs entendent dans ce mot le plus souvent deux choses : *archè* veut dire, d'une part, ce à partir de quoi quelque chose prend son essor et son commencement ; mais, d'autre part, ce qui, en tant qu'un tel essor et commencement, maintient son emprise par-delà cet autre qui sort de lui et ainsi le tient, donc le domine. *Archè* veut dire en même temps commencement et commandement ». C'est Aristote qui joint à la signification de commencement, plus ancienne, celle de commandement. Nous pourrions attribuer à l'originel un commencement et à l'archaïque un commandement. On comprend bien ainsi que les angoisses archaïques et originelles des patients autistes prennent naissance dans un trouble neurodéveloppemental déjà présent in utero. Même si ces angoisses archaïques peuvent être traitées, elles n'en demeurent pas moins présentes tout au long de la vie des sujets, a fortiori si ces derniers souffrent d'un trouble du spectre de l'autisme. Golse² précise que le rôle du « passage de la vie amniotique à la vie aérienne serait finalement d'organiser progressivement [les] turbulences sensibles et sensorielles [du bébé], ses remous et ses "vivances émotionnelles" en contenu de pensée de plus en plus complexe mais toujours fondées par le registre originnaire qui en forme la véritable matrice organisatrice ». Éric W. Pireyre situe l'originel au 8^e et 9^e mois de grossesse, période d'arrivée à maturation du tronc cérébral et l'archaïque tout de suite après la naissance. Alors que le fœtus/bébé se « vit » dans une continuité de développement, un observateur externe situerait l'acte de naissance comme une césure et aurait le sentiment spontané d'une discontinuité. Cela me fait penser au roman de Ian Mc Ewan, *Dans une coquille de noix*³, qui relate avec humour et à

1 Schürmann, R., *Le principe d'anarchie, Heidegger et la question de l'agir*, Bienne-Paris, Diaphanes, 2013, p. 132.

2 Golse, B., *L'être bébé*, Paris, PUF, 2006.

3 McEwan, I., *Dans une coquille de noix*, Paris, Gallimard, 2017.

la première personne toutes les sensations qu'il éprouve quelques semaines avant sa naissance : il entend tout. Il ressent, dans tous les sens du terme. Il est au diapason des émotions et sensations de sa mère qui trame un complot avec son amant pour se débarrasser de son père (celui du futur bébé). L'on peut imaginer la suite dans l'après-coup de la naissance. L'auteur ne la précise pas.

LA CLINIQUE

Avant d'aller plus loin dans cette préface, il est important de noter la qualité des descriptions cliniques que nous présente Éric W. Pireyre, notamment celle de Cécile, autiste de 12 ans sans langage, qui a bénéficié de séances hebdomadaires pendant dix-neuf mois. L'auteur est à ce niveau-là un pur clinicien phénoménologue : il parle beaucoup des phénomènes qu'il faut savoir écouter et rappelle que le psychomotricien doit décrire verbalement pour le patient ce qu'il est en train de vivre en séance, a fortiori si celui-ci, comme Cécile, ne peut le verbaliser. Ce temps de la description amène à une compréhension, alors thérapeutique, des vécus de la jeune patiente, compréhension qui peut se passer de toute explication formelle qui se voudrait universelle. Paul Ricœur (dans une conférence radiophonique) rappelait qu'une description qui n'est pas pressée de céder la place à une explication ne rendait pas ou plus nécessaire son passage à l'explication. Lorsqu'Éric W. Pireyre se permet d'interpréter ce qui se passe, il ne fait aucune interprétation scientifique ou psychanalytique mais simplement existentielle qui prend sens pour le patient qui tout du moins y réagit. Il suffit d'imaginer le sourire de Cécile en réaction à ce que lui dit Éric W. Pireyre. Il y a un effet thérapeutique. Nous voyons là toute la puissance du mot thérapie (au service du patient) en psychomotricité. Éric W. Pireyre est le « serviteur » de cette jeune patiente. Il la porte, l'accompagne, prend soin d'elle et lui garantit qu'à la prochaine séance il sera là. Cécile aura une évolution positive.

LA THÉRAPIE PSYCHOMOTRICE

Nous voyons également dans ce travail la place importante que le psychomotricien peut avoir auprès du médecin et des équipes avec qui il travaille. Avant toute thérapie psychomotrice, le psychomotricien peut d'emblée être intégré à la participation de l'évaluation diagnostique et de l'orientation thérapeutique des patients. Autrement dit, le regard et l'observation du psychomotricien peuvent être d'une grande aide pour le psychiatre et son équipe dans l'élaboration d'un diagnostic, la compréhension de ce que vivent les patients et l'organisation de leur projet de soins. Le psychomotricien peut accéder à des éléments non perçus par le psychiatre. L'abord psychomoteur est souvent plus éloquent que les mots : trouble

du schéma corporel, angoisses corporelles archaïques (et originelles), troubles du tonus, troubles de l'équilibre, troubles sensoriels, etc. Par le mouvement, le corps est vecteur d'émotions, d'affects (les soignants le remarquent et le vivent au quotidien avec les patients hospitalisés), que le patient ne verbalise pas forcément lors des entretiens médicaux. Éric W. Pireyre est un messenger de compréhension de ce qui se passe dans l'infraverbal pour toute l'équipe qui travaille avec lui.

Si la thèse concerne la clinique de l'originel, le thème de ce travail est centré sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA) et sa thérapeutique psychomotrice. Nombreux sont les articles et ouvrages publiés depuis Leo Kanner¹ (1943) à considérer que l'histoire de l'autisme commencerait par ce dernier. L'autisme fait l'objet d'innombrables recherches et, pour l'instant, personne ne peut dire exactement ce qui en est à l'origine. La Haute Autorité de Santé (HAS) parle d'un syndrome hétérogène d'origine poly-factorielle. Éric W. Pireyre propose que l'origine des TSA soit à chercher dans un neuro-développement vicié dès les bases de sa construction. La recherche progresse et les classifications internationales ont affiné au fil des découvertes ce concept clinique : autisme de Kanner, psychoses infantiles précoces, troubles envahissants du développement (DSM-4-TR) et depuis la dernière version du DSM (DSM-5, mai 2013) trouble du spectre de l'autisme (TSA). La notion de spectre élargit bien évidemment le champ de l'autisme dont la fréquence est de 1 % de la population (contre 2 à 10 pour dix mille dans la version précédente du DSM). Deux grandes dimensions y sont exposées : une altération dans le domaine de la communication et des interactions sociales ainsi que des comportements restreints et répétitifs. Les études concernant le TSA proprement dit sont relativement récentes (un peu plus d'une dizaine d'années), ces deux dimensions décrites dans le DSM-5 interrogent bien sûr les limites avec d'autres troubles : troubles du langage et troubles de la communication sociale (pragmatique), handicap intellectuel, mouvements stéréotypés, schizophrénie, troubles réactionnels de l'attachement, pour n'en citer que quelques-uns. Autrement dit, des angoisses originelles et/ou archaïques — et bien plus encore — peuvent être présentes également chez des sujets ayant ces troubles.

Comme je l'ai précisé, l'autisme fait l'objet d'une abondante littérature. Il est disséqué dans le but de lui trouver des explications neurobiologiques et cognitivo-comportementales. L'inconscient est aussi interrogé de même que le transgénérationnel et le communicationnel, la part du social et de l'éducativo-pédagogique, pour ne citer que les principaux axes de recherche. Le traitement et la prise en charge globale de ces enfants tiennent compte de ces approches

1 Kanner, L., (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.

extrêmement contrastées mais complémentaires avec un accent plus particulier mis sur les approches comportementales et développementales car ce sont celles qui sont les mieux évaluées selon la HAS. C'est sans compter sur l'imprévisible et l'inconnu. Les réponses ne sont pas tout le temps celles que l'on attend. Et les attentes ne sont pas les mêmes pour l'enfant, la famille, l'éducateur ou le médecin. Mes trente années d'expérience auprès de ces enfants m'ont amené à penser les choses différemment et à sortir également des sentiers théoriques qui certes donnent une ligne de conduite mais qui demeurent insuffisants. Il est clair que les échecs des traitements sont chaque fois à réévaluer, que l'intention thérapeutique est moins facile à mettre en route. Mais il faut également se poser et observer l'enfant tel qu'il est, tel qu'il se donne à voir avant toute préoccupation théorique, pour lui-même, comme une forme d'existence, réalisée là, devant moi. Ainsi les questions « comment vit-il ? » et « comment existe-t-il ? » deviennent centrales. Ces questions, Éric W. Pireyre les pose en observant et accompagnant ces enfants.

Un des axes mis en avant par la HAS est l'intervention thérapeutique la plus précoce possible (avant 4 ans), et la psychomotricité y est soulignée. Les troubles psychomoteurs et le dialogue tonico-émotionnel sont des signes qui apparaissent très précocement chez l'autiste (dans la première année de vie de l'enfant) et l'on comprend bien que les approches corporelles sont au premier plan dans ce domaine. C'est donc naturellement qu'Éric W. Pireyre, comme d'autres psychomotriciens, œuvre à la recherche dans ce champ et nous offre un travail très original qui lie clinique, thérapeutique, périnatalité et TSA sous l'angle d'un lien fécond entre neurosciences et psychanalyse.

LE CONTENU

Le travail qui nous est proposé dans cet ouvrage s'articule autour d'une méthodologie rigoureuse. Éric W. Pireyre avance pas à pas et analyse tous les concepts psychomoteurs en lien avec ses observations en partant du fœtus jusqu'aux premières semaines de la vie aérienne.

Le premier chapitre est très clinique, Éric W. Pireyre nous donne à voir des séquences de séances qui nous sensibilisent aux manifestations cliniques de l'originel : tout d'abord le dedans, ce qui se passe dans la paroi utérine dont la narration s'appellera « traces » de la période utérine, puis l'expulsion – enfin, le dehors – correspondant à la période qui suit immédiatement la naissance : la gravité, le morcellement entre autres, notions familières au pédopsychiatre clinicien. L'auteur termine ce premier chapitre avec des propositions de traitement de ces angoisses originelles et archaïques.

Le deuxième chapitre traite des liens entre le fœtus, les TSA et les neurosciences. Le travail est précis et méthodique décrivant chaque structure cérébrale impliquée dans le TSA. Sans être exhaustif, Éric W. Pireyre signale que les structures cérébrales sont concernées à tous les étages du système nerveux central, sauf les noyaux neurovégétatifs du tronc cérébral. Il n'oublie pas de rappeler le rôle de chaque structure, son âge de développement, sa maturation et ses fonctions. Il en précise le développement normal puis leurs perturbations dans les TSA au regard des recherches neuroscientifiques que le lecteur découvre dans une bibliographie internationale très étoffée. L'auteur ayant un souci pédagogique, un résumé clair et concis de ce qu'il faut retenir figure en fin de chaque chapitre. Il termine ce chapitre autour des troubles que nous retrouvons chez le patient autiste : la vision, le toucher, les émotions, la motricité, l'intégration multisensorielle, l'appartenance du corps, la mémoire et, enfin, la conscience, toujours en s'appuyant sur une littérature neuroscientifique qui facilite les liens théoriques avec le fœtus. Éric W. Pireyre insistera beaucoup sur les altérations du tronc cérébral (le rôle de l'olive supérieure et inférieure) dont les noyaux sensori-moteurs sont les fondations de tout l'édifice des relations sociales de l'individu. Ainsi nous comprenons plus aisément en partie les difficultés de communication des enfants autistes.

Enfin dans le troisième chapitre, Éric W. Pireyre aborde ce que j'appelle un essai, une interprétation possible entre la clinique de l'originel et l'humain. Il propose de comparer des grands récits humains tirés de l'Ancien Testament, récits qui se transmettent de génération en génération, de cultures en cultures pour aboutir à la conclusion que ce qui se passe dans la Genèse et pendant l'Exode peut être une allégorie de ce qui se passe de la période intra-utérine jusqu'à la période oedipienne : l'Éden est l'utérus, la Chute et le péché originel représentent l'expulsion puis la quête du soi à travers l'Exode. Éric W. Pireyre introduit avec prudence la notion de culpabilité en lien avec le péché originel et la « culpabilité » que nous montreraient les autistes.

Éric W. Pireyre conclura son propos en synthétisant les éléments qui orientent vers une théorie de l'originel non sans interroger les analystes comme Haag, Winnicott, Anzieu ou Rank. Un bilan psychomoteur remarquable et précis de l'originel dont il dit qu'il devra être affiné est proposé en fin de partie.

La démarche clinique et méthodologique d'Éric W. Pireyre ne va pas sans rappeler la notion d'« organodynamisme » d'Henri Ey. Pour ce dernier, la maladie correspondrait à une déstructuration de fonctions psychiques hiérarchisées. Il existe pour lui des niveaux de désintégration fonctionnelle des activités neurologiques et cérébrales supérieures. Un processus organique était supposé être à l'origine de cette désintégration qui entraînait une régression à un niveau de fonctionnement

inférieur. Il y a donc dans la théorie d'Henri Ey un a priori évolutionniste et surtout fonctionnaliste ramenant à une organogenèse de la maladie mentale. Ce qui me paraît important et proche du travail d'Éric W. Pireyre est ce que nous rapporte Henri Ey : « Toute forme psychopathologique exige pour sa formation à la fois et ensemble, un trouble organique primordial (condition sine qua non) et une structure psychologique nécessaire qui en constitue la phénoménologie, la base existentielle¹ ». Éric W. Pireyre, sur des bases physiopathologiques, nous éclaire point par point quant à la clinique du TSA mais n'en oublie pas la manière d'être singulière du jeune patient qui peut être bien évidemment différente d'un autiste à l'autre. La lecture clinique qu'en fait Éric W. Pireyre est existentielle, l'organique est nécessaire mais non suffisant.

Il est vrai que, à de nombreuses reprises et lors de synthèses cliniques, nous n'avons pas manqué de comparer ce que l'autiste nous montre et ce qui pourrait s'apparenter à un maintien et un vécu dans le ventre maternel. Ainsi, tel enfant qui ne veut de séances que dans la pénombre, comme s'il était encore dans l'utérus. Éric W. Pireyre rappelle que la rétine commence à se développer chez le fœtus et qu'elle parvient à maturité après la naissance. L'enfant autiste aurait une vision proche de celle des nouveau-nés, c'est-à-dire n'utilisant pas une vision focale mais une vision des mouvements. C'est aussi tel autre enfant qui refuse de s'alimenter par lui-même et qui demande la présence constante de l'adulte. Cela rappelle l'alimentation continue intra-utérine. Une mère vivant vingt-quatre heures sur vingt-quatre avec son fils autiste très sévère me conta lors d'un entretien que ce dernier se comportait comme s'il était encore dans son ventre : il n'est pas autonome, il n'a pas de langage et il sollicite sa mère en s'agrippant à elle sans cesse à défaut d'être porté. Les bains thérapeutiques (le cas Malik qui met en avant une envie de respirer dans l'eau) et le besoin d'immersion sont également un rappel du milieu amniotique. Des expériences plus récentes d'immersion possibles en utilisant des vidéos virtuelles (là l'enfant peut respirer) accompagnées de thérapeutes montrent que certains enfants autistes sont apaisés et voient quelques symptômes régresser telle la marche sur la pointe des pieds ou les angoisses de chute. Éric W. Pireyre décrit très bien dans cet ouvrage les angoisses de chute et les relie aux angoisses en lien avec l'expulsion et la pesanteur.

Le clinicien qui traite les autistes ne peut qu'être sensibilisé à la manière dont ces enfants et adultes se comportent dans le monde face à des situations qui paraissent banales et évidentes pour le quidam. Les neurotypiques comme aime à le rappeler Éric W. Pireyre dans son ouvrage.

1 Ey, H., « Principes d'une conception organo-dynamiste de la psychiatrie. » Études psychiatriques, volume I, Perpignan, CREHEY, 2006, p. 158.

Les TSA m'ont toujours laissé un sentiment perplexe mêlé de curiosité, d'étonnement, de dépit et d'extraordinaires émotions. La manière d'être et le rapport que l'autiste tisse, le monde m'ont toujours apparu relever de l'originel. Cet originel n'est pas celui que décrit Éric W. Pireyre mais rappelle peut-être plutôt celui du récit des origines, que ce soit la Genèse ou d'autres mythes. Être quotidiennement au contact de ces enfants autistes réveille en moi des sentiments ou des représentations d'un type archaïque ou originel comme l'infini, l'intemporel, l'éternité ou l'informe. L'investissement du temps est particulier (indéfini : c'est quand demain ou hier ?), tout comme celui de l'espace (plus ou moins immuable ou atopique). Les angoisses archaïques (déchirure, morcellement et intrusion, chute, liquéfaction, fusion avec la matière, néantisation, engloutissement, etc.) décrites classiquement dans la littérature pédopsychiatrique poussent sans cesse le jeune autiste à s'en défendre par une mosaïque de comportements que décrit très bien Éric W. Pireyre (stéréotypies, agitation psychomotrice, agressivité, évitement, hypo ou hyperréactivité sensorielles...).

Le travail d'Éric W. Pireyre nous délivre du sens : c'est-à-dire une orientation mais également une manière de comprendre, intuitive ou raisonnée. Le tout peut aboutir à une signification et en révéler une essence, un signifié au sens de Husserl¹ qui précise qu'une signification est la visée d'un objet qu'une intuition vient remplir.

Suivons cette définition et appliquons-la au constat qu'Éric W. Pireyre et moi-même faisons depuis des années au contact de ces enfants malades, notamment les plus sévères et dont les troubles ont pour la plupart commencé dès la première année. L'intuition première est qu'il y a quelque chose d'originel dans ce que les jeunes enfants psychotiques renvoient. Quelque chose de premier et de très archaïque, quelle que soit la symptomatologie qu'ils présentent. C'est un sentiment immédiat, une sorte d'intuition qui reste difficile à préciser. Cette intuition qui vise ces enfants demande à être remplie au sens phénoménologique (il y a une sorte de « remplissement » de l'intuition dans « l'objet » intentionnel qu'est l'enfant psychotique), à être vérifiée pour dire les choses autrement. Et c'est ce que nous apporte Éric W. Pireyre après des années de doutes : son intuition première est corroborée par des études scientifiques qu'il va éclairer de son regard de psychomotricien. Ces dysfonctionnements et immaturité cérébraux commencent dès la période fœtale.

1 Husserl, E., *Prolégomènes à la logique pure*, Traduction Elie, H., Kelkel, L ; Schärer, R., Paris, PUF, 1961.

ANGOISSES

Ces angoisses ont d'ailleurs souvent été décrites justement comme archaïques. Winnicott¹, dont parle Éric W. Pireyre, a mis en valeur ces angoisses, qu'il nomme disséquantes primitives, angoisses inimaginables que le bébé peut vivre. Il cite ainsi l'angoisse de se morceler, de ne pas cesser de tomber, de ne pas avoir de relation avec son corps ou de ne pas avoir d'orientation. Ces angoisses constituent selon lui l'essence des angoisses psychotiques qu'on considérerait faire partie de l'autisme auparavant. Winnicott explique l'origine de ces angoisses archaïques par des ruptures du cadre ayant entraîné des réactions chez l'enfant. Pour citer une autre psychanalyste nommée par Éric W. Pireyre, Haag a décrit également des angoisses terrifiantes telles que les angoisses de séparation ressentie comme une coupure verticale (un corps qui se divise en deux), de ne pas avoir de peau et d'explosion.

Il est à noter que la notion d'angoisse n'apparaît pas dans les critères cliniques du DSM-5. Cependant, nous pouvons aisément comprendre les craintes d'un enfant autiste en situation sociale où il se sent « sans défense » et en grande difficulté pour communiquer et être compris. On peut également imaginer que tout changement de cadre, si minime soit-il, ou toute rupture avec les habitudes vont déclencher des angoisses plus ou moins importantes et repérables par les cliniciens lorsqu'elles sont manifestes. Les parents les décrivent bien, à leur façon. Les professionnels en contact permanent avec les autistes et les psychomotriciens lors des séances les débusquent même si elles se font plus discrètes, mais plus fréquentes voire constantes au quotidien.

LE « PÉCHÉ ORIGINEL » ET LA « CULPABILITÉ »

Comme Éric W. Pireyre le signale dès le début de son ouvrage, en faisant le lien avec deux textes de l'Ancien Testament (la Genèse et l'Exode), la notion de culpabilité apparaît en toile de fond. Elle interroge bien sûr ! Éric W. Pireyre le premier puisqu'il l'aborde prudemment et avec des guillemets. Il en apporte une explication clinique à travers ses observations quant au comportement agressant (et non agressif) de certains autistes contre les parois des modules utilisés lors des séances de psychomotricité. « Avoir attaqué la paroi (utérine) » pourrait être « interprété a posteriori » comme la cause de l'expulsion (l'accouchement). Ce qui « déclencherait » une certaine forme de « culpabilité ». Des liens seront alors ensuite proposés entre cette expulsion/accouchement et l'expulsion d'Adam et Ève

1 D. W. Winnicott (2002). « La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques ». *Revue française de psychanalyse*, 66, 1325-1334.

de l'Éden après avoir commis le péché originel. Éric W. Pireyre poussera son analyse en élargissant le concept de culpabilité qui serait transmise culturellement de génération en génération. Nous remontons au secret des origines car, après tout, on pourrait penser le temps bien avant la présence du fœtus, une sorte de régression à l'infini, de recherche d'un Éden.

Dans *L'Ennui*¹ d'Alberto Moravia, Dino, jeune romain s'ennuie. Il a quitté sa mère un temps, revient chez elle (dans un univers doré aristocratique où il ne manque absolument de rien – il est comblé – et pourrait avoir une vie oisive jusqu'à la fin de ses jours) donne l'impression qu'il va rentrer dans le ventre de sa mère et s'abandonne à des réactions enfantines, alors qu'il est adulte et n'est plus dans l'Éden enfantin (et fœtal). Cette pulsion régressive du retour dans le ventre est fondamentale. C'est une réalité, un fantasme auxquels un certain nombre d'adultes n'arrive pas à renoncer.

Quittons l'Éden et réfléchissons un instant à cette notion de culpabilité. Est-elle liée à une faute ou à un péché ? La culpabilité dont parle Éric W. Pireyre est-elle liée à une faute morale ? Serait-elle d'origine intrapsychique, inconsciente ou reliée à des causes anciennes (agresser l'utérus, sa mère) ? Serait-elle culturelle ou religieuse (Éric W. Pireyre évoque le péché originel) ? La liste des questions est loin d'être exhaustive car la culpabilité se décline au pluriel. Arrêtons d'essayer de donner une explication rationnelle et revenons à ce qui serait essentiel à l'humain.

Un beau matin, Joseph K. dans *Le Procès*² de Kafka, se réveille quasiment « arrêté » et « coupable » sans que l'on sache pourquoi. Ni lui-même ni ceux qui l'arrêtent n'en sont informés. Tout au long du roman, on ignore la faute de K. Ce qui compte est le traitement de la faute. Nous découvrons un homme qui ne peut pas se repentir de sa culpabilité humaine. La seule réalité est ici ce procès. Jean Delumeau, historien, nous précisera que « l'histoire du péché, c'est se placer au cœur d'un univers humain. C'est dégager du même coup un ensemble de relations et d'attitudes constitutives d'une mentalité collective³ ». Heidegger parlera d'une culpabilité ontologique, liée à l'« être » de l'homme (*le Dasein*) confronté à un existentiel qui est la mort : possibilité certaine. Dans sa « Lettre sur l'humanisme⁴ », Heidegger dit que nous sommes tous ontologiquement coupables. Toujours selon cet auteur, la culpabilité est nécessaire et positive. C'est un moteur

1 Moravia, A., *L'ennui*, Paris, Flammarion, 2007.

2 Kafka, F., Paris, Gallimard, 1987.

3 Delumeau, J., *Le péché et la peur, la culpabilisation en Occident XIIIe-XVIIIe siècles*, Paris : Fayard, 1983, p. 10.

4 Heidegger, M., « Lettre sur l'humanisme », *Questions III et IV*, Paris, Gallimard, 1990.

de l'élan. Serait-elle ontologique dans le sens où l'entend Éric W. Pireyre, une forme de *Dasein* qui prend naissance avec la vie aérienne ?

Difficile de répondre à ces questions, y a-t-il déjà une culpabilité innée ? L'absence de culpabilité peut-elle s'entendre ? Il semblerait qu'il y ait toujours de la faute qui circule. Si ce n'est pas moi, c'est l'autre ! Il y a rejet de la responsabilité de tout ce qui arrive sur l'environnement. C'est la faute de l'autre, des autres. Ce n'est pas complètement faux et cela est vrai pour tout un chacun. Il existe un invariant psychique selon lequel nous « sommes malades des autres ». Tout patient est intimement convaincu que si quelque chose ne va pas, c'est en raison de l'action nocive d'un proche. L'autre est à l'origine de tous nos malheurs. Du point de vue de l'inconscient, celui des pulsions, c'est vrai. S'il n'y avait pas eu ces proches, il n'y aurait pas d'inconscient. Comment ? Jean Laplanche dans sa théorie de la séduction généralisée¹ dit que lors de ses premiers contacts avec l'adulte, l'enfant est bombardé de gestes, d'informations et de signaux qui s'impriment en lui au cours des activités les plus anodines. Ces informations sont imprégnées à l'insu des parents eux-mêmes de leurs désirs et de leurs envies. En un mot, de leur sexualité. L'enfant refoule tout ça, mais ces messages originaires referont inéluctablement surface et viendront alimenter ses désirs, ses envies et, bien sûr aussi, ses ratés et ses symptômes. Nous pouvons donc toujours quelque part renvoyer la faute vers ceux qui nous ont portés (de manière adaptée ou inadaptée). Là où l'enfant était porté alors qu'il n'était encore qu'un fœtus, l'éveil du nouveau-né à la vie relationnelle le confronte à l'émergence de la distance spatiale. Les parents ne sont pas toujours là. Ils s'éloignent. Le bébé va se mettre à utiliser tous ses moyens pour solliciter sa mère. Qui doit consentir ou se dérober. Éric W. Pireyre ne parle pas de culpabilité du fœtus qui n'est pas en relation avec autrui, bien que pour Husserl « dès la « première enfance » dans le ventre maternel, l'enfant a déjà une vie d'intérêts orientés vers le monde et vers l'étant, autrement dit une « intentionnalité instinctive ». Et il a aussi un présent vivant partagé avec la mère. ». Éric W. Pireyre parle de la « culpabilité » qui s'exprime à travers les comportements du patient autiste. Alors, la culpabilité ne s'exprime-t-elle pas à partir de moment où le sujet est en rapport avec autrui, même à l'état originel ?

Bergeret² parle de violence fondamentale quand il n'y a pas de place pour l'autre dans la première relation entre la mère et l'enfant. Il y a un désir de mort inconscient à l'égard de l'autre chez l'un comme chez l'autre. Il faut passer par l'élaboration de l'angoisse pour dépasser cette relation mortifère. L'idée de faute

1 Laplanche, J. (2002). « Théorie de la séduction généralisée » ; in *Dictionnaire international de psychanalyse* (sous la direction de de Mijolla, A.), Paris, Calmann-Lévy, 2002.

2 Bergeret, J., *La violence fondamentale*, Paris, Dunod, 2014.