

LES INTERVENTIONS D'ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE

AVEC LES ENFANTS PRÉSENTANT UN

TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA)

Ce qu'elles sont — Ce qu'elles ne sont pas

Document clinique et épistémologique

À l'usage des cliniciens, des familles, des décideurs et du public

Juin 2026

AVANT-PROPOS

Ce document est né d'un constat simple et urgent : la confusion orchestrée autour d'une certaine présentation au public de la pratique de la psychanalyse avec les personnes autistes, dans les institutions de soin, entre hier et aujourd'hui.

D'un côté, certaines associations de familles, des associations de personnes autistes, des décideurs politiques et des journalistes continuent d'assimiler les cliniciens d'orientation psychanalytique à ceux qui, il y a 60 ans, ont défendu des théories causales inacceptables sur l'autisme. Cette assimilation est injuste et factuellement inexacte.

De l'autre, certains cliniciens d'orientation psychanalytique se sont trop longtemps abstenus de nommer, de délimiter clairement le champ de leurs pratiques, de les distinguer des erreurs du passé, d'expliquer en quoi leur évaluation ne pouvait pas relever des mêmes critères et indicateurs que ceux utilisés pour évaluer les méthodes comportementales et les prescriptions médicamenteuses. Cette opacité a provoqué la méfiance légitime des familles.

Le présent document tente de combler ce double manque. Il ne plaide pas pour une école contre une autre. Il ne prétend pas que les interventions d'orientation psychanalytique sont supérieures aux approches développementales ou comportementales.

Ce texte s'adresse à tous ceux qui veulent comprendre — cliniciens d'autres horizons, personnes autistes, familles, décideurs, journalistes, juristes — ce qui se trouve derrière le terme « psychanalyse » lorsqu'il s'applique au soin des personnes autistes en 2026.

PARTIE I — CE QUE LES INTERVENTIONS D'ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE NE SONT PAS

Rappelons ce qu'on oublie un peu trop facilement. La psychiatrie humaniste en France, la politique de secteur, les hôpitaux de jour, les CMPP... tout ça, ce sont les psychanalystes qui l'ont porté. Ce sont des psychiatres et des psychologues psychanalystes qui ont sorti les patients des asiles, qui ont inventé la psychothérapie institutionnelle. Sans Tosquelles, Oury, Bonnafé, Misès et les autres (psychiatres psychanalystes fondateurs de la psychiatrie de secteur et de la psychothérapie institutionnelle), on aurait probablement encore des patients enfermés derrière des murs.

1. Les interventions d'orientation psychanalytique ne se réfèrent pas à une théorie causale de l'autisme

La critique la plus légitime adressée à la psychanalyse dans le champ de l'autisme porte sur les théories étiologiques — c'est-à-dire sur les théories qui prétendaient expliquer la cause de l'autisme. Ces théories, développées principalement entre les années 1950 et les années 1960, attribuaient les troubles autistiques à une relation mère-enfant défailante, provoquant un défaut de constitution du sujet, donnant naissance à l'expression de « mère réfrigérateur » à l'époque du premier article sur l'autisme par Kanner en 1943.

Ces théories causales ont eu des conséquences graves et documentées. Elles ont culpabilisé des mères, des pères, des familles entières, qui s'entendaient dire, explicitement ou implicitement, que leur façon d'être avec leur enfant avait produit son autisme. Elles ont contribué à un isolement des familles qui portaient le poids d'une accusation inavouable.

Ces théories sont fausses. L'autisme n'est pas causé par la relation parentale. Il n'est pas non plus une psychose infantile au sens où l'entendait la nosographie des années 1960. Les cliniciens d'orientation psychanalytique qui continuent d'affirmer la responsabilité parentale sont dans l'erreur — et ils constituent aujourd'hui une minorité très marginale, non représentative de l'ensemble du mouvement.

La cause de l'autisme reste actuellement insaisissable, bien que son substrat neurophysiologique soit tout à fait reconnu et donne lieu à des recherches concernant les éléments génétiques et de prédisposition. Il n'en existe ni thérapie génique, ni médicamenteuse. Pourtant, il est souvent affirmé que « les troubles du spectre autistique ont toujours une cause biologique/neurologique ». Cette déclaration péremptoire devrait être nuancée : en effet, l'épigenèse a une influence de plus en plus reconnue, ce qui confirme l'importance des interventions thérapeutiques et éducatives, et cela le plus tôt possible.

Le devenir du sujet autiste, son évolution sont dans la dépendance de facteurs multiples.

2. Confusion avec la cure analytique classique de l'adulte

La psychanalyse classique de l'adulte — la cure type, avec son divan, sa règle de libre association, ses séances plusieurs fois par semaine, le silence d'abstinence du thérapeute — n'est évidemment pas applicable aux personnes autistes, enfants, adolescents ou adultes, et les cliniciens d'orientation psychanalytique qui travaillent avec eux ne la pratiquent pas. Cette

évidence mérite d'être dite clairement parce que l'image du divan et du silence analytique continue d'alimenter une représentation caricaturale de ce qui se passe dans les institutions de soin.

Le cadre clinique qui est proposé à la personne autiste est radicalement différent : il est fondé sur la présence, l'imitation, le jeu, les médiations corporelles, une attention particulière à la sensorialité, le groupe, le quotidien institutionnel. ***L'intervention psychanalytique n'est pas principalement dans la technique — elle est dans l'éthique de la relation.***

3. La complémentarité des soins

Les cliniciens d'orientation psychanalytique sérieux ne soutiennent pas que leur approche est suffisante à elle seule pour répondre à tous les besoins d'un enfant autiste. ***Ils travaillent dans ou avec des équipes pluridisciplinaires*** aux côtés d'orthophonistes, de psychomotriciens, d'éducateurs spécialisés, de pédagogues, de pédiatres, de neuropsychologues. Ils reconnaissent l'apport des interventions éducatives, pédagogiques, développementales et comportementales.

Ce qu'ils contestent n'est pas l'existence de ces autres approches — ils la reconnaissent et s'y associent. Ce qu'ils contestent est l'exclusivité, l'idée que seules les approches dont l'efficacité est mesurable par des essais randomisés auraient droit de cité dans l'accompagnement des personnes autistes. Cette exclusivité appauvrit le soin et prive ces personnes de l'aide dont elles ont besoin.

4. Elles ne sont pas une défense corporatiste

Il serait tentant de lire la résistance des cliniciens d'orientation psychanalytique aux recommandations restrictives de la HAS comme une défense d'intérêts professionnels.

La majorité des cliniciens d'orientation psychanalytique qui travaillent avec des enfants autistes le font dans des institutions publiques ou associatives à but non lucratif. Leurs prises en charge permettent de réels progrès : reprise du développement et de la construction de la personnalité, régulation émotionnelle et diminution des angoisses, reprise des processus de pensée et émergences des compétences, accès éventuel au langage pour les non-parlants, socialisation.

PARTIE II — CE QUE SONT LES INTERVENTIONS D'ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE

Après avoir dégagé le terrain des malentendus, il faut maintenant décrire positivement ce que ces interventions sont — concrètement, précisément, dans le détail du quotidien clinique. Ce travail de description est indispensable parce qu'il est presque absent du débat public, qui s'est déroulé jusqu'ici à un niveau d'abstraction incompatible avec la compréhension de ce qui se joue réellement dans ces institutions.

1. Une éthique de la relation : traiter l'enfant, l'adolescent ou l'adulte autiste comme une personne

Le fondement le plus profond — et le plus difficile à formuler sans jargon — de l'orientation psychanalytique dans le travail avec les enfants autistes est une posture éthique : l'enfant, l'adolescent ou l'adulte est traité comme un sujet singulier dont les comportements, même les plus déroutants, sont porteurs d'une signification à déchiffrer. En effet, ces comportements constituent un langage corporel et spatial, un langage préverbal qu'il s'agit de déchiffrer par une observation minutieuse, et d'en communiquer le maximum de compréhension à l'enfant ou à l'adulte.

Le sujet avec autisme se trouve bloqué à un stade développemental très précoce qu'il s'agit de faire évoluer afin de permettre une reprise de son développement psycho-affectif et cognitif.

L'orientation psychanalytique s'oppose à une conception de la personne autiste comme organisme dont les comportements sont des symptômes à éliminer ou des compétences à développer selon un programme préétabli.

Selon l'orientation psychanalytique, derrière chaque stéréotypie, chaque cri, chaque retrait, chaque geste répétitif, il y a l'expression d'une angoisse corporelle majeure ou la recherche de sensations permettant de se sentir exister. Et la tâche du clinicien est d'apprendre à l'entendre, à le traduire d'une façon acceptable pour l'enfant, l'adolescent ou l'adulte.

« La clinique de l'autisme amène à observer les petits éléments du concret, les petites choses du quotidien, qu'il faut savoir saisir au vol pour les contenir et les mettre en lien. »

Ambroise P. & Barral A., *Autismes — spécificités des pratiques psychanalytiques*, Érès, 2017

Cette éthique du sujet singulier a des conséquences pratiques immédiates. Elle interdit de traiter les comportements de l'enfant comme des erreurs à corriger. Il faut savoir que les stéréotypies, les comportements répétitifs, sont des créations de sensations destinées à se sentir exister, et cela ne dure que le temps que dure le mouvement — d'où la répétition des mouvements ; les personnes autistes ne se sentent pas exister de manière continue.

Cette éthique du sujet exige du clinicien une disponibilité à l'inattendu, une tolérance à l'ambiguïté, à l'incertitude, **qui n'est pas l'absence d'action mais une forme d'attention ouverte, soutenue.**

2. La présence sans demande : suivre l'expression de l'enfant

Dans la pratique quotidienne avec un enfant, un adolescent ou un adulte autiste — qu'il soit verbal ou non —, la première chose que fait un clinicien d'orientation psychanalytique est de ne rien demander. Il s'installe dans l'espace de l'enfant, surtout pas de face, il observe minutieusement, avec une attention ouverte, dans une présence participante. Si l'enfant tourne en rond par exemple, il va l'observer, faire des commentaires sans attendre de réponse, l'imiter ou imiter un geste, initier une activité qui va provoquer l'intérêt du patient.

Il n'y a pas de passivité. Il s'agit d'une présence active qui cherche à comprendre la logique interne de ce qu'exprime la personne autiste, essentiellement par sa motricité. Lorsqu'il trouve cela pertinent, le clinicien fait des commentaires, des mimiques accompagnant l'activité de la personne, initie un jeu d'imitation de l'enfant... et introduira progressivement de petites variations, à condition qu'elles ne soient pas refusées.

L'objectif est de permettre une reprise développementale qui pourra donner lieu, en temps et en heure, à une rencontre entre deux sujets (l'enfant, l'adolescent ou l'adulte et son thérapeute).

En effet, l'une des caractéristiques de l'autisme est la douleur insupportable éveillée dans de nombreuses situations par le rapprochement relationnel forcé, l'obligation de regarder en face, l'empêchement des stéréotypies, etc.

Ce travail peut durer des semaines avant qu'un enfant manifeste le moindre signe de reconnaissance de la présence du clinicien. Il peut durer des mois avant qu'un contact, même fugace, s'établisse si les séances ne sont pas suffisamment fréquentes. Cette temporalité est incompatible avec les protocoles d'évaluation à court terme — mais elle est celle de certains enfants, et prétendre l'accélérer par des méthodes plus directives peut produire des effets de sidération ou de fermeture plutôt que d'ouverture.

3. Les groupes thérapeutiques : apprendre l'autre à sa propre vitesse

Un des dispositifs les plus spécifiques des institutions d'orientation psychanalytique est le groupe thérapeutique à médiation. Ces groupes réunissent trois à six enfants autistes avec deux ou trois adultes (éducateur, infirmier, psychomotricien, parfois un psychologue), autour d'une activité commune.

L'objectif n'est pas d'apprendre aux enfants à jouer ensemble — cet objectif est trop ambitieux pour une première phase. Il est de créer les conditions d'une coexistence tolérable, puis progressivement d'une découverte de l'autre. Un enfant qui ne regarde jamais un autre enfant peut, dans un groupe autour d'un bac d'eau, observer discrètement ce que fait son voisin. Un enfant qui ne supporte pas d'être touché peut accepter que quelqu'un soit assis à un mètre de lui. Ce sont des étapes minuscules — et pour certains enfants, elles représentent un franchissement considérable.

Ce qui se passe dans ces groupes est soigneusement observé et pensé par l'équipe dans les réunions qui suivent chaque séance : qu'est-ce qui s'est passé pour tel enfant ce jour-là ? Pourquoi a-t-il quitté le groupe à tel moment ? Qu'est-ce que son comportement dit de son état interne ? Ces questions ne reçoivent pas toujours de réponse — mais le fait de les poser

oriente l'attention des soignants vers l'enfant comme sujet plutôt que comme problème à gérer. Ces interrogations dans le travail soignant peuvent entraîner des traductions possibles, des mots qui peuvent être dits, restitués à l'enfant en fonction de sa capacité de compréhension et de sa sensibilité.

Le psychodrame psychanalytique

Il est réservé aux enfants et aux adolescents autistes verbaux pour leur permettre de déployer dans l'espace d'un scénario joué à plusieurs ce qu'ils ressentent dans les interactions sociales difficiles et douloureuses avec les autres, et d'aider à énoncer des mots sur leur ressenti affectif. L'enfant ou l'adolescent est alors à la fois le metteur en scène qui dirige les acteurs et l'acteur lui-même. Il en ressort très réconforté dans ses capacités à acter un scénario qui le taraude et qui, du même coup, devient moins harassant, moins tenaillant, plus fluide et partagé...

4. Le travail avec les émergences du langage

Pour les enfants autistes non verbaux ou peu verbaux, les cliniciens d'orientation psychanalytique accordent une attention particulière à tout ce qui précède, prépare ou ébauche le langage : les productions sonores et vocales, les gestes, les regards, les pointages, les onomatopées, les écholalies.

Les écholalies — répétitions de mots ou de phrases entendus, sans intention communicative apparente — sont souvent considérées dans d'autres approches comme des comportements à réduire ou à ignorer. Pour les cliniciens d'orientation psychanalytique, elles sont au contraire des indices précieux : elles montrent que l'enfant a accès au matériau du langage, qu'il peut le stocker et le restituer.

L'association CIPPA (Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes s'occupant de personnes Autistes et membres associés), fondée par Geneviève Haag et Dominique Amy, qui défend la pluralité des approches, contribue à explorer et à nourrir les échanges des soignants confrontés au traitement des enfants sans langage verbal.

5. Les médiations thérapeutiques : le corps, les sens, les objets comme médium

Les cliniciens d'orientation psychanalytique qui travaillent avec des enfants autistes utilisent la parole, mais peu la parole directement adressée — surtout avec les enfants non verbaux ou peu verbaux. Ils utilisent des médiations : des objets, des matières, des activités qui offrent un espace intermédiaire entre le monde interne de l'enfant et la relation avec l'autre.

L'eau

L'eau est l'une des médiations les plus utilisées. Pour beaucoup d'enfants autistes, l'eau est un objet d'intérêt intense — ses propriétés sensorielles (température, fluidité, transparence, le bruit qu'elle fait) offrent une stimulation à la fois prévisible et variable. Le clinicien peut proposer un bac d'eau, des récipients, des objets qui flottent ou coulent. Il n'impose pas de jeu — il observe ce que l'enfant fait avec l'eau, suit ses initiatives, introduit progressivement de petites variations.

Ce qui se passe autour du bac d'eau n'est pas anodin cliniquement : les enfants expriment avec l'eau leur rapport à leur image du corps, leurs angoisses corporelles de vidage ; ils expérimentent progressivement leur capacité à concevoir un contenant indépendant de son contenu, à pouvoir recracher l'eau, etc.

L'argile, la pâte à modeler

Les matières modelables offrent quelque chose que peu d'autres supports offrent : la possibilité de créer, de défaire, de recommencer, sans trace permanente, sans erreur possible. Pour des enfants dont la tolérance aux situations ouvertes est très limitée, l'argile peut être un premier espace de liberté — on ne peut pas « mal » faire avec de l'argile. On peut l'écraser, la taper, la rouler, la déchirer. Ces gestes ont souvent une valeur d'expression émotionnelle que les enfants peu verbaux n'ont pas d'autre moyen de réaliser.

La musique

La sensibilité des enfants autistes à la musique est documentée — beaucoup y réagissent de façon intense et positive, même ceux qui semblent peu réactifs à d'autres stimuli. Les ateliers musicaux en institution ne sont pas des cours de musique : ils sont des espaces où le son devient un moyen de relation. Le clinicien peut jouer un instrument simple — un tambourin, une cloche — et observer si l'enfant répond, à quel rythme, avec quelle intensité. Des dialogues sonores peuvent s'établir entre l'enfant et l'adulte, qui préfigurent des dialogues verbaux auxquels l'enfant n'est pas encore accessible.

Le jeu libre

Les espaces de jeu libre — salles équipées de tapis, de tunnels, de piscines à balles, de déguisements, d'instruments — sont des lieux où l'enfant peut se déplacer, apprendre petit à petit à explorer, revenir à ses intérêts propres. Le clinicien y est présent non comme un animateur qui propose des activités, mais comme un témoin attentif qui fait des commentaires expressifs accompagnant l'activité de l'enfant.

Ces espaces sont aussi des lieux de transition : entre l'arrivée (moment souvent difficile, séparation avec le milieu familial) et le travail plus structuré. Les rituels de transition — se déchausser, choisir un objet, prendre une collation ensemble — ne sont pas des détails organisationnels. Il s'agit de la notion de l'accueil, c'est-à-dire d'une contenance rassurante, cliniquement essentielle pour des sujets dont le fonctionnement est très sensible aux ruptures de continuité.

Le dessin et la peinture

Le dessin et la peinture indiquent de façon très intéressante là où en est le sujet dans son processus développemental, dans sa construction de son image du corps. Ils permettent à certains de s'exprimer de manière créative.

La question clinique est : qu'est-ce que cet enfant essaie de dire avec cette répétition ? Y a-t-il un contexte dans lequel cette phrase a été entendue ? Y a-t-il une fonction communicative embryonnaire dans cette production ?

6. Le soutien à la parentalité — accueillir la détresse sans culpabiliser

Un des apports les plus importants des cliniciens d'orientation psychanalytique dans le travail avec les familles d'enfants autistes n'est pas thérapeutique au sens étroit — il est humain. Il consiste à accueillir la détresse des familles avec une qualité d'écoute qui ne cherche pas à résoudre immédiatement, qui tolère l'ambivalence, qui ne juge pas.

L'annonce du diagnostic et ses suites

Pour la plupart des familles, l'annonce d'un diagnostic d'autisme est parfois un traumatisme. Elle bouleverse l'image que les parents se faisaient de l'enfant, de leur avenir ensemble, de ce que signifie être parent. Elle peut provoquer une sidération qui dure des semaines, une dépression, un sentiment de culpabilité même lorsqu'on sait intellectuellement que l'autisme n'est pas causé par les parents.

L'annonce du diagnostic peut être parfois un soulagement, en mettant un mot médical sur les difficultés ; ce diagnostic est de plus en plus réclamé, surtout après une période d'errance.

Avant de parler de méthodes, d'orientations thérapeutiques, de droits à faire valoir — il y a un temps pour accueillir cela. Les cliniciens d'orientation psychanalytique sont formés à tenir ce temps sans le précipiter. Ils savent que remplir ce temps de conseils pratiques, si utiles soient-ils, peut constituer une façon d'esquiver la douleur plutôt que de l'accompagner. Et que c'est souvent dans l'espace de cette douleur accueillie que quelque chose de thérapeutique commence.

La déculpabilisation — démarche active, non passive

Dire aux parents que l'autisme de leur enfant n'est pas de leur faute devrait aller de soi. Ce n'est pas toujours suffisant. Certains parents portent des années de regards, de commentaires, de théories — parfois formulés par des cliniciens eux-mêmes — qui ont inscrit profondément en eux l'idée qu'ils ont quelque chose à voir avec les difficultés de leur enfant. Dénouer cela demande du temps, de la répétition, et une relation de confiance.

Les cliniciens d'orientation psychanalytique contemporains travaillent activement à cette déculpabilisation — non pas en répétant un message d'exonération, mais en modifiant progressivement le regard des parents sur les comportements de leur enfant. La grille EPCA de Geneviève Haag et coll. permet de partager avec les parents des observations et la compréhension de comportements souvent énigmatiques chez le sujet autiste. Elle permet d'apprendre à comprendre, par exemple, pourquoi tel environnement est insupportable pour tel enfant. Ce déplacement du regard est souvent libérateur.

Les groupes de parole de parents

Dans de nombreuses institutions, des groupes de parole réunissent régulièrement des parents d'enfants autistes. Ces groupes ne sont pas des groupes de soutien au sens d'une thérapie de groupe — ils sont des espaces où les parents peuvent partager leurs expériences, leurs découragements, leurs petites victoires, leurs inquiétudes pour l'avenir.

La présence d'un clinicien d'orientation psychanalytique dans ces groupes n'est pas de faire de la psychanalyse avec les parents. C'est d'offrir un cadre dans lequel la parole peut se déployer

sans jugement, où les contradictions et les ambivalences ont droit d'être exprimées, et où chacun peut trouver dans l'expérience des autres un miroir qui l'aide à penser sa propre situation.

7. Le travail institutionnel — la pensée de l'équipe

C'est probablement la contribution des cliniciens d'orientation psychanalytique la plus méconnue du grand public, et l'une des plus importantes pour la qualité globale du soin : l'animation ou la participation aux espaces de pensée collective dans les équipes pluridisciplinaires.

Les réunions cliniques

Dans une institution qui accueille des enfants autistes, les réunions d'équipe ne sont pas seulement des réunions d'organisation. Elles sont des espaces cliniques où l'équipe pense ensemble les situations des enfants. Chaque enfant a un référent — souvent un éducateur ou un infirmier — qui le suit au quotidien et qui peut apporter à la réunion ses observations, ses questions, ses difficultés.

Le rôle du clinicien d'orientation psychanalytique dans ces réunions n'est pas de détenir la vérité sur ce qui se passe. C'est de maintenir ouverte la question du sens à élaborer : qu'est-ce que ce comportement dit de cet enfant ? Qu'est-ce qui a changé dans son environnement récemment ? En quoi la façon dont nous l'accueillons peut-elle influencer son comportement ? Il doit également partager avec les autres membres de l'équipe ce qu'il a compris dans le cadre de son travail.

Ces questions peuvent sembler évidentes. Elles ne le sont pas pour des équipes confrontées non seulement à la charge affective de leur engagement dans la rencontre avec les enfants, mais aussi soumises à une pression de gestion, à des protocoles à remplir, à des effectifs insuffisants. Maintenir l'exigence d'une pensée clinique vivante dans ces conditions est un travail constant.

L'élaboration du contre-transfert — nommer ce qu'on ressent

Le contre-transfert — terme technique pour désigner ce que le patient produit dans le clinicien : ses émotions, ses pensées, ses résistances — est au cœur du dispositif analytique. Appliqué au travail en équipe institutionnelle, il désigne la capacité d'une équipe à se reconnaître comme affectée par les enfants qu'elle accompagne.

Travailler avec des enfants autistes sévèrement atteints est épuisant. Des enfants qui ne répondent pas, ou peu, après des mois de travail acharné. Des enfants dont la violence peut blesser physiquement. Des enfants dont les angoisses sont si intenses qu'elles se communiquent à toute l'équipe. Ces réalités produisent dans les soignants des sentiments dont certains sont difficiles à avouer : lassitude, découragement, agacement, parfois quelque chose qui ressemble à de la haine.

La contribution spécifique des cliniciens d'orientation psychanalytique est de créer un espace où ces sentiments peuvent être dits sans culpabilité. Un soignant qui peut dire en réunion qu'il ne supporte plus d'aller travailler avec tel enfant le lundi matin ne va pas être jugé — il va être

entendu. Et cet aveu, paradoxalement, libère quelque chose : le soignant qui a pu nommer sa lassitude est moins susceptible de l'exprimer à son insu dans ses gestes, ses mots, ses absences à l'enfant.

« On constate l'effet mutatif de la reconnaissance de la haine à l'égard de l'enfant, notamment dans des situations caractérisées par la répétition du même, qui donnent au soignant l'impression d'une radicale inefficacité du cadre thérapeutique médiatisé. »

Médiations thérapeutiques et psychose infantile, Dunod, 2016

Cette fonction de transformation des affects — de la lassitude en compréhension, du mouvement agressif en disponibilité retrouvée — est irremplaçable dans des institutions soumises à une pression croissante. Les études sur le burn-out des soignants en pédopsychiatrie montrent que les équipes qui disposent de ces espaces de pensée présentent des taux d'épuisement significativement inférieurs, et que les incidents impliquant des gestes inadaptés envers des enfants y sont plus rares. La pensée psychanalytique est ainsi un véritable traitement de la violence en institution (Briggs S. et al.).

8. La temporalité longue — tenir dans la durée des soins

Une des dimensions les moins compatibles avec les critères d'évaluation actuels et l'une des plus importantes cliniquement est la temporalité des interventions d'orientation psychanalytique. Ces interventions s'inscrivent dans une durée longue — mois, années — qui est celle de certains enfants autistes pour lesquels le changement est extrêmement lent et les progrès souvent imperceptibles à court terme.

Un enfant qui met huit mois pour tolérer qu'un adulte s'assoie à un mètre de lui, puis six mois supplémentaires pour accepter qu'on touche sa main, puis un an pour établir un contact visuel fugace — cet enfant ne présentera pas de résultats mesurables par une échelle d'évaluation à trois mois ou six mois. Mais quelque chose se construit, lentement, qui a une valeur clinique réelle.

La grille EPCA de Geneviève Haag et coll. permet de repérer de façon très fine où en est le processus de développement du sujet et permet également des discussions fécondes dans l'équipe.

Cette temporalité longue est aussi celle de la fiabilité de la relation. Pour des enfants dont le fonctionnement est très sensible aux ruptures de continuité — changement de soignant, modification de l'environnement, absence imprévue — la présence régulière et prévisible d'un même adulte sur des années est en elle-même thérapeutique. Elle établit un lien que les approches courtes et protocolaires ne peuvent pas construire.

9. La contribution au projet d'inclusion scolaire

Les cliniciens d'orientation psychanalytique qui travaillent avec des enfants autistes le font en partenariat avec l'école. Ils soutiennent le projet d'inclusion scolaire, qui est à la fois un droit et un enjeu de développement majeur pour la plupart des enfants autistes. Mais ce projet réclame des dispositifs précis respectant les situations où toute socialisation est inabordable pour l'enfant. Imposer à un enfant autiste d'être immergé dans une classe « normale », avec une assistance non spécialisée, risque d'ajouter une situation traumatique à ses angoisses

plutôt que de l'aider à les dépasser progressivement. Leur contribution spécifique à ce projet est de préparer l'enfant à la scolarisation — en travaillant sur ses angoisses de séparation, sa tolérance aux situations imprévues, sa capacité à coexister avec d'autres enfants — et d'accompagner les équipes pédagogiques dans leur compréhension de l'enfant.

Un enseignant qui comprend pourquoi un enfant autiste s'effondre lorsque la disposition de la classe change peut adapter son environnement. Un clinicien d'orientation psychanalytique peut l'aider à acquérir cette compréhension. La question reste posée de classes thérapeutiques, avec un enseignant spécialisé, installées dans des écoles classiques, et travaillant en lien avec les équipes de soin (modèle ASM13, Hochmann et al., 2011-2).

Troubles envahissants du développement, les pratiques de soins en France, Jacques Hochmann, Paul Bizouard, Claude Bursztejn, La psychiatrie de l'enfant, 2011-2.

PARTIE III — CE QUE LES INTERVENTIONS D'ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE APPORTENT QUE RIEN D'AUTRE N'APPORTE

Après avoir décrit ce que ces interventions sont, il faut nommer ce qu'elles apportent spécifiquement — ce qui les rend irremplaçables dans un paysage de soin pluriel et complémentaire.

1. La tolérance à l'incertitude clinique

Toute approche thérapeutique structurée — qu'elle soit comportementale, développementale, éducative — repose sur un objectif défini à l'avance et des étapes pour l'atteindre. Cette structure est précieuse pour beaucoup d'enfants et pour beaucoup d'objectifs. Elle présuppose cependant que le clinicien sait où il va, que la cible est identifiée et que le chemin est balisé.

Pour certains enfants, dans certaines phases de leur développement, cette présupposition est fautive. Le clinicien ne sait pas où il va. L'enfant ne lui dit pas où il va. La cible n'est pas identifiée parce qu'elle n'est pas encore accessible à la conscience de l'enfant lui-même. Dans ces situations, la capacité de rester dans l'incertitude — de continuer à être présent sans savoir ce qui va se passer, sans urgence de produire un résultat — est une compétence rare et précieuse.

Les cliniciens d'orientation psychanalytique sont spécifiquement formés à cette tolérance à l'incertitude. Elle est au cœur de leur formation personnelle — leur propre analyse leur a appris à supporter de ne pas savoir, à rester avec ce qui est sans chercher immédiatement à le résoudre. Cette compétence, transposée au travail avec des enfants autistes, produit un espace clinique que les approches plus directives ne peuvent pas créer.

2. L'attention au contre-transfert comme outil clinique

Dans d'autres approches, les émotions du thérapeute sont des variables parasites à contrôler — leur idéal est l'intervention standardisée, reproductible, indépendante de la personnalité du thérapeute. Dans l'orientation psychanalytique, les émotions du thérapeute sont des informations cliniques à analyser.

Ce que l'enfant produit dans le clinicien — ennui, fascination, irritation, attendrissement, impuissance — n'est pas un parasite de la relation thérapeutique : c'est un reflet de quelque chose de l'enfant. Un enfant qui produit systématiquement du vide dans les adultes qui l'entourent dit quelque chose sur son fonctionnement. Un enfant qui provoque l'irritation dit quelque chose de différent. Un clinicien attentif à ses propres réactions peut en faire un outil de compréhension de l'enfant.

Cette utilisation du contre-transfert comme outil clinique est spécifique à l'orientation psychanalytique. Elle nécessite une formation personnelle — l'analyse personnelle — qui apprend au clinicien à se connaître suffisamment pour distinguer ce qui lui appartient de ce que l'enfant lui communique. Aucun protocole ne peut remplacer cette formation.

3. La construction narrative — donner une histoire à ce qui s'est passé

Un des apports les plus importants des cliniciens d'orientation psychanalytique pour les familles d'enfants autistes — et souvent le plus méconnu — est la construction narrative. Il s'agit d'aider la famille à construire une histoire cohérente de ce qui s'est passé : comment les premières années de l'enfant ont été vécues, ce qui a été douloureux, ce qui a été joyeux, comment on est arrivé au diagnostic, comment on vit avec.

Cette histoire n'est pas une interprétation psychanalytique de l'autisme. Elle n'attribue pas de cause psychologique aux troubles. Elle donne à la famille un récit de son propre vécu qui lui permet de comprendre où elle en est, de mettre des mots sur ce qu'elle a traversé, et de l'intégrer dans une continuité narrative plutôt que de le vivre comme une catastrophe sans sens.

Pour l'enfant lui-même — y compris l'enfant peu verbal — cette construction narrative a une valeur thérapeutique propre. Être raconté, avoir une histoire, être connu dans sa singularité par des adultes qui prennent la peine de la comprendre : c'est une forme de reconnaissance qui contribue à la construction du sentiment d'identité.

4. L'accompagnement des situations les plus complexes

Les approches comportementales et développementales produisent des résultats documentés pour le développement de compétences spécifiques chez des enfants autistes dont le profil est relativement homogène. Elles sont moins efficaces — et les études le montrent — pour les enfants dont les troubles autistiques s'associent à des problématiques psychiques complexes :

- Enfants avec angoisses massives, terreurs nocturnes, comportements auto-agressifs sévères que les approches comportementales peinent à atteindre sans produire d'effets de substitution ;
- Adolescents autistes en crise identitaire, dépression, idées suicidaires, pour lesquels une approche centrée sur les compétences est inadaptée ;
- Adultes autistes présentant des troubles psychiatriques associés — états anxieux sévères, épisodes dépressifs, difficultés relationnelles intenses — qui ont besoin d'un espace de parole et pas seulement d'outils comportementaux ;
- Familles en grande souffrance, épuisées par des années de combat, où le travail thérapeutique principal est la restauration de la capacité parentale.

Dans ces situations, c'est précisément la capacité des cliniciens d'orientation psychanalytique à tolérer la complexité, à ne pas forcer une solution, et à tenir dans la durée sans objectif préétabli, qui fait la différence. Ils ont à leur actif la prise en compte et le travail autour de la construction de l'image du corps, de la constitution d'une enveloppe psychique sécurisante dont l'absence expose l'enfant autiste à l'angoisse de disparition et à des peurs sans nom. Ainsi que le travail autour de la sensorialité : comment le psychanalyste contribue au tri des perceptions sensorielles dans un contexte d'hypersensorialité désorganisante.

5. La protection de la singularité contre la normalisation

Il y a un risque inhérent à toute approche thérapeutique structurée avec des enfants autistes : le risque de la normalisation. L'objectif de rendre l'enfant « plus neurotypique » — de réduire

ses comportements atypiques, d'augmenter ses compétences sociales, de le rapprocher de la norme comportementale — peut être au service de l'enfant lorsqu'il améliore sa qualité de vie. Il peut aussi se faire aux dépens de ce que l'enfant est, de son mode propre d'être au monde, de ses intérêts singuliers qui sont souvent source d'un plaisir intense et d'une compétence réelle.

Les cliniciens d'orientation psychanalytique maintiennent une vigilance spécifique contre ce risque. Ils cherchent à comprendre ce que cet enfant-là, dans cette famille-là, avec cette histoire-là, a besoin pour se développer à sa propre manière. Cette vigilance est un contrepoids nécessaire dans un paysage thérapeutique qui peut être tenté par une normalisation excessivement ambitieuse.

PARTIE IV — LA QUESTION DE L'ÉVALUATION

La critique la plus sérieuse adressée aux interventions d'orientation psychanalytique n'est pas qu'elles nuisent aux enfants autistes — les preuves de nocivité directe sont inexistantes dans le corpus scientifique sérieux. La critique la plus sérieuse est qu'elles ne seraient pas évaluées, et donc qu'on ne saurait pas si elles fonctionnent.

Cette critique mérite une réponse nuancée, qui reconnaisse à la fois la part de vérité qu'elle contient et les limites épistémologiques qu'elle ignore.

1. La part de vérité : les psychanalystes ont trop longtemps esquivé l'évaluation

Il est juste que le mouvement psychanalytique dans son ensemble — et particulièrement en France — a longtemps considéré l'évaluation externe de ses pratiques comme une ingérence inacceptable dans sa méthode. La singularité de chaque cure, l'impossibilité de standardiser les protocoles, le caractère subjectif des résultats — ces arguments, s'ils ont une part de validité épistémologique, ont aussi peut-être servi de bouclier contre des demandes de rendre compte qui étaient légitimes.

Des chercheurs comme Jonathan Shedler ont montré que les psychanalystes ne connaissent souvent pas les études qui démontrent l'efficacité de leurs approches, et ne savent pas s'en revendiquer. Cette ignorance est un problème réel. Dans un monde où les décisions de financement sont fondées sur des preuves d'efficacité, **une discipline qui ne sait pas produire ni valoriser ces preuves se prive elle-même des moyens de sa survie institutionnelle.**

2. La limite épistémologique : l'EBM n'est pas la seule forme de connaissance valide

Mais reconnaître ce problème ne signifie pas accepter que les critères de l'Evidence Based Medicine (EBM) — conçus pour évaluer des médicaments dans des essais randomisés — soient les seuls critères pertinents pour évaluer des interventions psychothérapeutiques.

L'essai clinique randomisé en double aveugle présuppose trois choses : l'homogénéité des sujets, la standardisation de l'intervention, et la possibilité d'un groupe contrôle neutre. Ces trois présupposés sont tous problématiques appliqués aux interventions d'orientation psychanalytique :

- L'homogénéité des sujets : deux enfants autistes ne sont jamais identiques — regrouper des enfants par diagnostic DSM pour constituer des groupes homogènes gomme précisément la singularité qui est l'objet même de l'intervention ;
- La standardisation de l'intervention : la relation thérapeutique n'est pas standardisable — sa qualité dépend de la singularité de la relation entre ce clinicien et cet enfant, à ce moment précis, et cette singularité est une qualité, non un défaut ;
- Le groupe contrôle : constituer un groupe placebo signifierait proposer à des enfants autistes et à leurs familles un faux traitement psychothérapeutique — ce qui est éthiquement inacceptable.

L'inadaptation de l'EBM aux psychothérapies n'est pas une opinion psychanalytique — elle est documentée dans la littérature scientifique elle-même (Cohen, Stavri & Hersh, International

Journal of Medical Informatics, 2004 ; Thurin, Psychiatrie, sciences humaines, Neurosciences, 2016).

3. Les preuves qui existent

Il existe des études sérieuses sur l'efficacité des psychothérapies psychodynamiques, dont les interventions d'orientation psychanalytique forment un sous-ensemble. Ces études emploient des méthodes adaptées à leur objet :

- Shedler J. (2010) : méta-analyse montrant que les psychothérapies psychodynamiques produisent des tailles d'effet comparables aux thérapies cognitivo-comportementales, avec un avantage spécifique : les effets continuent de progresser après la fin du traitement, contrairement à d'autres approches ;
- Leichsenring F., Luyten P. & al. (Lancet Psychiatry, 2015) : revue systématique de 64 essais contrôlés sur les thérapies psychanalytiques, concluant à une efficacité comparable aux traitements habituels dans le champ des troubles mentaux courants ;
- Briggs S. et al. (British Journal of Psychiatry, 2019) : revue systématique concluant que les psychothérapies psychanalytiques et psychodynamiques sont efficaces pour réduire les comportements suicidaires et les actes auto-destructeurs.

S'agissant spécifiquement des enfants autistes, des recherches ont été menées avec des méthodologies adaptées : études de cas singuliers approfondies (single-case design), études de cohorte longitudinales, recherches sur des indicateurs précoces comme la grille PREAUT (Olliac B. et al., PLoS ONE, 2017). Élaboration de systèmes de cotations d'observations fines comme l'échelle EPCA (G. Haag, 1995-2022). Ces recherches ne produisent pas de preuves de niveau 1 au sens de l'EBM — mais elles produisent des preuves cliniques de niveau pertinent pour leur objet.

4. Ce que l'évaluation doit mesurer

La question n'est pas seulement de savoir comment évaluer les interventions d'orientation psychanalytique, mais ce qu'il faut évaluer. Si on ne mesure que les comportements observables — réduction des stéréotypies, augmentation des comportements de socialisation, amélioration des scores sur des échelles standardisées — on évalue des objectifs qui sont ceux des approches comportementales, pas nécessairement ceux des interventions d'orientation psychanalytique.

Les objectifs propres à ces interventions incluent des dimensions que les échelles comportementales ne saisissent pas :

- Qualité de la relation avec l'entourage — parents, soignants, enseignants — au-delà des comportements observables ;
- Réduction de la souffrance psychique de l'enfant — angoisses, terreurs, comportements auto-agressifs liés à des états émotionnels intenses ;
- Sentiment de sécurité et de continuité de l'enfant dans son environnement institutionnel ;
- Qualité de vie des familles et restauration de la capacité parentale ;
- Cohésion et qualité des équipes soignantes — réduction du burn-out, des incidents.

Évaluer ces dimensions est possible — mais cela demande des outils qualitatifs et des temporalités longues que l'EBM ne prévoit pas. Le refus de ces évaluations alternatives ne traduit pas une rigueur scientifique supérieure — il traduit une conception étroite de ce que peut être la connaissance clinique.

CONCLUSION — POUR UN PLURALISME THÉRAPEUTIQUE RAISONNABLE

Les interventions d'orientation psychanalytique avec les enfants présentant un TSA ne sont ni ce que leurs détracteurs les plus virulents disent qu'elles sont, ni ce que leurs défenseurs les plus corporatistes refusent de remettre en question.

Elles ne sont pas la théorie causale relationnelle de l'autisme, condamnée avec raison. Elles ne sont pas la cure analytique classique, qui n'a jamais été le modèle de ce qui se pratique dans les institutions de soin avec des enfants autistes ni avec les autres enfants.

Elles sont une éthique de la relation clinique qui traite chaque enfant comme un sujet singulier. Elles sont un ensemble de dispositifs concrets — médiations, groupes, soutien à la parentalité, travail institutionnel d'équipe — dont l'objet est d'accompagner l'enfant et sa famille dans une temporalité qui respecte le rythme propre de chacun. Elles sont une contribution irremplaçable à la pensée des équipes soignantes et à la qualité globale du soin.

Elles ne sont pas suffisantes à elles seules. Elles ont besoin des orthophonistes, des psychomotriciens, des éducateurs, des pédiatres, des neuropsychologues avec lesquels elles travaillent dans chaque équipe pluridisciplinaire. Elles n'excluent pas les approches comportementales et développementales dont l'apport est documenté.

Ce dont les enfants autistes et leurs familles ont besoin, ce n'est pas d'une approche qui a gagné contre les autres. C'est d'un système de soin pluriel, riche de plusieurs traditions cliniques, qui sait choisir pour chaque enfant singulier ce dont il a besoin à ce moment de son développement. Un système qui ne soit ni la monoculture comportementale, ni la forteresse psychanalytique, mais un espace réel de complémentarité et d'enrichissement mutuel.

Ce système existe — imparfait, insuffisamment financé, inégalement réparti sur le territoire, mais existant — dans les hôpitaux de jour, les CMPP, les CATTP, les maisons d'adolescents, les unités de périnatalité. Il a été construit, pendant des décennies, par des cliniciens qui avaient comme seul objectif d'être utiles aux enfants et aux familles les plus en difficulté.

« Un bébé tout seul, ça n'existe pas. »

Donald Winnicott

Cette formule de Winnicott s'applique à la clinique de l'autisme : un enfant autiste tout seul, face à un protocole, ça n'existe pas non plus. Il existe dans une relation — avec sa famille, avec ses soignants, avec son institution. Et c'est dans la qualité de ces relations, pas seulement dans la puissance des techniques, que se joue l'essentiel de ce qui lui arrive.

C'est cette conviction simple, vérifiable dans la clinique quotidienne, irréductible aux algorithmes, que les cliniciens d'orientation analytique apportent, et continuent d'apporter, au soin des enfants autistes et de leurs familles.

RÉFÉRENCES

Ambroise P. & Barral A. (2017), Pourquoi une approche psychanalytique dans une institution accueillant des personnes autistes ? In Autismes — spécificités des pratiques psychanalytiques, Érès.

Article académique — The therapeutic role of signifier opposition and fort-da in the treatment of a child diagnosed with ASD: a case report (Academia.edu / publication internationale). Application clinique lacanienne du paradigme fort-da avec un enfant autiste de 2 ans — cas unique documenté.

Brellier A., Clément M.-N., Letailleur Poupin D., Saint-Georges C. (2015), « L'implantation de l'atelier-classe préaut à l'hôpital de jour pour enfants du cerép : regards croisés », Cahiers de préaut, n° 11, p. 27-50.

Briggs S. et al. (2019), The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry.

Brun A., Chouvier B., Roussillon R. (2025), Manuel des médiations thérapeutiques, Paris, Dunod.

Cohen A.M., Stavri P.Z., Hersh W.R. (2004), A categorization and analysis of the criticisms of Evidence-Based Medicine. International Journal of Medical Informatics, 73(1), 35-43.

De Georges Philippe — L'autiste et la langue (La Cause freudienne, divers numéros). Sur le rapport singulier des sujets autistes au langage et les modalités d'intervention.

Delion P. — Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile, Érès, collection « Des Travaux et des Jours », 2004.

Golse B. (2013), Mon combat pour les enfants autistes. Odile Jacob.

Golse B. & Amy M.-D. (2018), Autismes et psychanalyses, Tomes I, II, III, IV, V. Érès.

Haag Geneviève (sous la direction de), avec S. Tordjman, A. Duprat, A. Cukierman, C. Druon, F. Jardin, A. Maufras du Chatellier, J. Tricaud, S. Urwand — « Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité », Psychiatrie de l'enfant, XXXVIII, 2, P.U.F., Paris, 1995, p. 495-527.

Haag Geneviève, Cerf de Dudzeele Géraldine, Amy Marie-Dominique — Psychothérapies psychanalytiques pratiquées dans l'autisme, autour de l'exposé d'un traitement au long cours (Irène), in Autismes, la clinique au-delà des polémiques, sous la direction de Bernard Touati, Maya Garboua et Laurent Danon-Boileau, In Press, 2014.

Haag G., Carbunar J.-M., Cerf de Dudzeele G., Colinet A., Garcia-Fons T., Guillaumard F., Lheureux-Davidse C.-H. — Autismes, transferts et langage, Campagne Première, 2016.

Haag G. (2018), Le Moi corporel, Autisme et développement. PUF.

Haag Geneviève — Grille d'évaluation de l'autisme — Clinique des diagnostics et des processus de changement dans les TSA, PUF, Le Fil rouge psychanalyse, 2022.

Hochmann J. (1997), Pour soigner l'enfant autiste, O. Jacob, Paris.

Hochmann J. (2009), Histoire de l'autisme : de l'enfant sauvage aux troubles envahissants du développement, Paris, O. Jacob.

Hochmann J., Bizouard P., Bursztejn C. (2011-2), Troubles envahissants du développement, les pratiques de soins en France, La psychiatrie de l'enfant.

Hochmann J. (2025), Introduction à une psychiatrie narrative, de l'événement au récit, Paris, O. Jacob.

Landman P. (2024), L'inclusion des enfants autistes. Une perspective psychanalytique. Paris, Stilus.

Landman P., Ribas D. (2021), Ce que les psychanalystes apportent aux personnes autistes, Érès.

- Laurent Éric — Autisme et psychose (La Cause freudienne, n° 66, 2007). Dialogue autour des travaux des Lefort et de la distinction autisme/psychose dans la clinique avec les enfants.
- Laurent Éric — La bataille de l'autisme : de la clinique à la politique (Navarin/Champ freudien, 2012). Mise à jour de l'approche lacanienne de l'autisme en dialogue avec les débats contemporains (neurosciences, politiques de soin).
- Lefort Rosine & Lefort Robert — Autisme et psychose : poursuite d'un dialogue (La Cause freudienne, n° 67, 2007). Texte de référence sur la distinction structurale et ses conséquences cliniques.
- Lefort Rosine & Robert — La distinction de l'autisme (Seuil, 2003). Tentative de distinguer structurellement l'autisme de la psychose infantile dans le cadre lacanien.
- Lefort Rosine & Robert — Naissance de l'Autre (Seuil, 1980). Cas cliniques fondateurs avec des enfants très perturbés, dont des enfants autistes, à partir du cadre lacanien.
- Leichsenring F., Luyten P. & al. (2015), Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*, 2(7), 648–660.
- Maleval Jean-Claude — De la structure autistique (conférence publiée sur ISEPOL / Asephallus, n° 26). Exposé théorique sur ce qui distingue la structure autistique et ses implications pour la clinique.
- Maleval Jean-Claude — Écoutez les autistes ! (Navarin, 2012). Approche lacanienne centrée sur ce que les autistes eux-mêmes témoignent de leur rapport au langage et au monde.
- Maleval Jean-Claude — L'autiste et sa voix (Seuil, 2009). Analyse clinique et théorique de la structure autistique à partir de Lacan, centrée sur la voix comme objet a.
- Melman Charles — L'homme sans gravité et divers articles sur la clinique des enfants. Contexte des mutations contemporaines du sujet et de l'autisme comme réponse subjective.
- Miller Judith (dir.) — L'avenir de l'autisme, avec Rosine et Robert Lefort (Navarin, 2012). Transmission clinique de l'expérience analytique avec les enfants autistes.
- Olliac B. et al. (2017), Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *PLoS ONE*, 12(12).
- Poirier Nathalie & Forget Jacques (critiques) / réponse lacanienne dans *Psychoanalysis in the treatment*.
- Shedler J. (2010), The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *The American Psychologist*, 65(2), 98–109.
- Stevens Alexandre — La pratique à plusieurs dans l'institution (Courtil / publications du Champ freudien). Sur le dispositif institutionnel lacanien de la « pratique à plusieurs » développé avec les enfants autistes.
- Suarez-Labat Hélène — Les autismes et leurs évolutions : apports des méthodes projectives. Dunod, 2015.
- Suarez-Labat Hélène — Les troubles du spectre de l'autisme et leurs évolutions. Éditions In Press, 2020.
- Tarsia Laura & Valentinova Kristina (dir.) — *Treating Autism Today: Lacanian Perspectives* (Routledge, 2021). Premier ouvrage collectif international en anglais offrant une critique des approches comportementalistes et cognitivistes depuis la perspective lacanienne, avec des contributions cliniques.
- Thurin J.M. (2016), Est-il nécessaire (et possible) d'établir un nouveau système de preuve en psychiatrie pour les psychothérapies et les interventions complexes ? *Psychiatrie, sciences humaines, Neurosciences*, vol. 14, n° 1.
- Vanier Catherine (2014), *Autisme : comment rendre les parents fous !* Albin Michel.
- Winnicott D.W. (1971), *Jeu et réalité — L'espace potentiel*. Gallimard, 1975.