

# Le Scientisme de l'Autisme <sup>1</sup>

Par Sami Timimi, pédopsychiatre au *National Health Service* du Lincolnshire (Angleterre) et directeur de la formation post-universitaire<sup>2</sup>

Traduction française: Sabine Duflo, psychologue clinicienne et thérapeute familiale et Michel Brillié

Dans mes deux derniers blogs j'ai examiné les bases scientifiques sur lesquelles repose la psychiatrie contemporaine et j'ai évalué la «science» derrière le TDAH<sup>3</sup> en tant que «diagnostic». Dans ces deux blogs j'ai montré comment une compréhension insuffisante des bases du processus scientifique était évidente et comment beaucoup des pratiques actuelles découlent de ce que j'appelle «scientisme» et non la science. Je suis conscient que certains pensent que mon utilisation du terme «scientisme» par opposition, par exemple, à la «pseudoscience», ou à la «science corrompue», est une erreur. Je pense que le terme «scientisme» est un terme plus utile car il peut recouvrir plusieurs aspects : il peut référer à une importance excessive accordée à l'utilisation de connaissances ou de techniques scientifiques, mais il peut aussi référer à un mauvais usage de la science.

L'utilisation de la recherche positiviste, qui avance par validation d'hypothèses et centrée sur la mesure d'un savoir objectif et sans parti pris, au sujet du monde extérieur, fonctionne parfaitement pour des systèmes et des phénomènes gouvernés par les «lois de

la nature» mais ce n'est pas la méthode la plus appropriée pour comprendre la vie consciente et génératrice de sens. Les reins n'ont pas de rêves, d'intentions ou de préoccupation sur le sens de leur existence et ainsi nous pouvons utiliser des méthodes positives, empiriques pour les étudier. Le mésusage de la science peut advenir par des méthodes telles que l'utilisation répétitive d'un langage aux connotations scientifiques qui fournit un air d'autorité au discours. Tout en ignorant, en ne publiant pas, en allant à la pêche aux données ou en minimisant les faits ou la recherche qui contredisent l'opinion exprimée. Ainsi pour moi, le terme «scientisme» recouvre ce qui arrive, je pense, en psychiatrie quand l'idée d'être scientifique et de faire de la science l'emporte sur les découvertes scientifiques véritables et marginalise les approches non empiriques pour comprendre la vie mentale.

Beaucoup sont séduits par l'idée que la science répondra tôt ou tard à la question du «pourquoi» qui nous rendra capables de faire des diagnostics en santé mentale (c'est-à-dire une classification basée sur des explications causales) tout comme nous le faisons pour le reste de la médecine. Comme ces «savants» ne peuvent établir quelque chose de définitif, ils se tournent vers le scientisme pour

---

<sup>1</sup> [Scientism of Autism](#), texte paru le 7 avril 2018 sur le site Mad in America.

<sup>2</sup> Sami Timimi est, par ailleurs, co-auteur de *The Myth of Autism* (2010) Palgrave et *Re-thinking Autism* (2016) Jessica Kingsley Publishers

<sup>3</sup> [The Science Behind ADHD](#), texte de S.Timimi, site Mad in America

toute une série de raisons, financières, de conflits d'intérêt, d'allégeance idéologiques et corporatistes. Puisque ces « scientifiques » ne peuvent rien établir de solide, ils ont recours au scientisme ;

Au fil du temps le langage et les concepts associés avec cette idéologie (par exemple la croyance que nous avons des diagnostics psychiatriques et des traitements qui sont spécifiques pour ces diagnostics) sont devenus partie prenante de ces institutions, des livres, des formations et bien sûr de notre « sens commun » culturel au sens large. Aussi nous pensons à eux comme si les faits scientifiques étaient déjà établis alors que les faits réels et les doutes se réfugient dans des espaces culturels modestes (comme ce site web). Selon moi, c'est un exemple classique de cette sorte de dynamique associée au scientisme.

Je suppose que mes deux précédents billets sur le scientisme en psychiatrie et le TDAH étaient plus faciles à accepter pour les lecteurs que ne le sera ce billet-ci. Je suis conscient des divergences concernant une conception critique de l'autisme. Et je sais que mon point de vue sur l'autisme en tant que concept semblable aux autres diagnostics psychiatriques / comportementaux, et n'ayant pas de base scientifique, va probablement en gêner certains. Cependant, comme pour le TDAH, je conçois l'autisme et les TSA comme des faits de culture plutôt que comme des faits de nature.

Je me sens souvent gêné quand j'écris au sujet de l'autisme car je suis conscient qu'il y a beaucoup de personnes qui critiquent la médicalisation de l'autisme, et voient l'autisme comme une histoire de « neurodiversité ». Et ces personnes ont fait beaucoup de choses positives pour aider l'autonomisation des gens qui ont reçu l'étiquette d'autisme, leur permettant d'accepter et d'apprécier qui ils sont. Je reconnais et j'apprécie le

courage et la lucidité de ces activistes et la contribution qu'ils ont apporté dans ce domaine. Mais j'ai du mal avec la partie « neuro » de la neurodiversité. Concrètement, il n'y a pas de preuves. Je sens que cela conduit droit à un retour à un réductionnisme biologique plutôt qu'à libérer les gens de celui-ci. J'ai eu une discussion intéressante à ce sujet avec Damian Milton, un sociologue et un activiste autiste concernant cette perspective critique de la neuro diversité de l'autisme que vous pourrez trouver ici.

Je pense que c'est plus difficile de critiquer l'autisme plutôt que des étiquettes comme le TDAH car l'autisme n'a pas de traitement pharmaceutique qui lui soit spécifiquement rattaché et par conséquent la question du conflit d'intérêt est moins facilement apparente. En outre, l'autisme tire son origine d'une affection rare diagnostiquée chez des enfants avec des difficultés d'apprentissage importantes et une forte prévalence de désordres neurologiques coexistant tels que l'épilepsie. Cette cohorte initiale possède donc des preuves solides d'anormalités neurologiques, mais depuis l'élargissement de la notion d'autisme à celle de TSA, nous nous retrouvons avec un mélange réel de présentations, de problèmes et de niveaux de fonctionnement. Quand j'observe un tel élargissement du diagnostic, je suspecte que nous n'avons pas affaire à un diagnostic mais plutôt à un produit siglé qui présente un intérêt commercial et est par conséquent soumis à ce que j'appelle l'effet élastique (*elastic band effect*) quand les limites peuvent être étendues à l'infini, au point que les descriptions n'aient plus que des « frontières floues », propices à une interprétation subjective étant donné qu'il n'y a pas de repère objectifs pour aider à mesurer de façon précise et à catégoriser un individu donné.

## Une très succincte histoire

Le mot «autisme» a d'abord été utilisé en psychiatrie en 1911 par le psychiatre Eugène Bleuler qui a utilisé ce terme pour désigner l'état d'esprit de sujets psychotiques qui présentaient un retrait extrême dans leur vie sociale. C'est probablement l'utilisation la plus précise de ce terme puisque Bleuler a choisi ce mot pour décrire un état d'esprit plutôt qu'un diagnostic. Ensuite, dans un article publié en 1943, le psychiatre d'enfant Léo Kanner a pour la première fois proposé « l'autisme » comme un diagnostic et a utilisé ce terme pour étiqueter un groupe de 11 enfants, issu de la classe moyenne, qui étaient émotionnellement et intellectuellement déficients et manifestaient une « extrême solitude » dès le début de leur existence. Certains ont suggéré que Kanner a inventé ce nouveau diagnostic dans le but d'avoir un mot différent à utiliser en réaction à la pression de certains parents qui ne souhaitaient pas que leur enfant reçoive l'étiquette plus stigmatisante de « Retard Mental » qui était utilisée à l'époque. L'autisme est demeuré ensuite un diagnostic rare qui concernait de jeunes gens qui présentaient des déficiences considérables dans le fonctionnement quotidien et avaient souvent des difficultés d'apprentissages variant de modérées à sévères, avec une estimation du taux de prévalence de 4 pour 10000 (0,04%).

L'année après que Kanner ait proposé pour la première fois le mot «autisme» comme un diagnostic, le psychiatre viennois Hans Asperger publia un article, largement ignoré à son époque, dans lequel il décrivait 4 enfants avec des troubles intellectuels peu aisément détectables, mais avec des problèmes de communication sociale. A la fin des années 70, la psychiatre Lorna Wing a observé une similitude chez des personnes qu'elle étudiait et les personnes décrites par Asperger. Les idées du Dr Wing se sont recoupées avec celle d'un

autre psychiatre, Michael Rutter, et ont formé la base de l'extension du concept d'autisme vers la notion de TSA (trouble du spectre autistique). Le réexamen des articles d'origine de Wing et Rutter révèle que l'importance de l'augmentation du concept d'autisme n'était pas le résultat d'une quelconque découverte scientifique, mais plutôt de nouvelles idéologies. Par exemple dans l'article de 1981 proposant le diagnostic de syndrome d'Asperger, Wing décrit 6 histoires de cas qui semblent avoir un faible nombre de points communs avec les 4 cas décrits par Asperger dans son article, —au-delà d'un manque de réciprocité sociale et quelques autres vagues similitudes. Quatre des cas décrits par Wing étaient adultes, tandis que ceux décrits par Asperger étaient des enfants, deux avaient certaines difficultés d'apprentissage, tandis qu'aucun des cas d'Asperger ne présentait une telle difficulté, la plupart des cas de Wing se sont mis à parler tard tandis que la plupart des cas d'Asperger ont parlé précocement, la plupart des cas de Wing étaient décrits comme ayant de faibles capacités de pensées analytiques tandis que les cas d'Asperger étaient décrits comme ayant de hautes compétences analytiques ; et aucun des cas de Wing était décrit comme étant manipulateur, menteur, effronté, conflictuel ou vindicatif (des termes que Asperger utilisait pour décrire ses cas) et ainsi de suite.

Dans les décennies suivantes, le concept d'autisme a commencé à attirer davantage l'intérêt du public et des professionnels, encouragés par la couverture d'événement médiatiques comme le film Rain Man et les controverses sur les vaccins. Un plus grand nombre de personnes entendaient parler de cette « chose » appelée autisme. Bientôt il y eu des formations, des outils d'évaluation, de la recherche, des services, des documentaires, des experts et des institutions, toutes dédiées à faire progresser notre connaissance et notre compréhension de l'autisme et

comment le traiter ou le prévenir. L'autisme était devenu un fait de culture. Les taux de diagnostic continuèrent de s'étendre, conduisant à plus de services, de recherche, de discussion autour (et ainsi de suite). Alors un groupe d'adultes s'est constitué : il se reconnaissait dans l'idée de l'autisme mais rejetait l'idée d'un trouble. Ces activistes ont commencé à parler de l'autisme comme une différence-une différence mais également un moyen valable de voir et d'interagir avec le monde suite à un câblage neurologique différent. Des tensions ont parfois émergé entre ce groupe récent qui parlait de lui-même comme une partie du spectre de la «neurodiversité» et les autres (souvent les parents) qui eux luttait avec les comportements de leurs enfants diagnostiqués, qui désespéraient souvent de trouver des « traitements » et ressentaient fortement l'aspect «pathologique» de ces choses. L'autisme était devenu un débat visible et vivant, dorénavant supposé représenter une chose réelle, tangible, identifiable qui pouvait être différenciée des autres problèmes potentiels (si vous étiez du côté de l'aspect pathologique) ou signifiait que vous étiez fondamentalement différent des sujets «neurotypiques» (pour ceux avec la perspective de la « différence ») . Personne, me semblait-il, ne posait la question de bon sens : sur quelle base évidente pouvez-vous conclure que l'autisme représente une catégorie naturelle qui peut se différencier des autres catégories ?

Quand j'étais stagiaire en pédopsychiatrie dans la première moitié des années 1990, j'ai rencontré deux enfants diagnostiqués autistes en 4 ans de stages. Tous les deux présentaient une déficience fonctionnelle forte et suivaient des cours dans une école spécialisée. Selon des données récentes que j'ai pu voir, 1,6% des enfants d'âge scolaire de ma région reçoivent à présent le

diagnostic d'autisme. Cela signifie qu'en l'espace de deux ou trois décennies la prévalence est passée de 0,04 à 1,6%, une augmentation phénoménale de 4000%.

De nos jours, j'ai le sentiment que n'importe quel enfant qui fréquente un de nos services de santé mentale<sup>4</sup> pour enfants et adolescents peut en ressortir avec un diagnostic de «TSA». En particulier quand cette jeune personne ne réagit pas à ce qu'on considère comme le traitement « adéquat », j'ai souvent vu que l'autisme était posé comme une raison possible pour des problèmes ou une non-réponse au traitement. Ainsi nous aboutissons à ce que j'appelle de «s jeux sémantiques », une sorte de « comment pourrions nous appeler cela » plutôt qu'une compréhension de ce qui pourrait contribuer à leur présentation ou de ce qui pourrait faire une différence pour eux. Le fait de nommer est apprécié par beaucoup de personnes, telles que des professionnels, des enseignants, des parents et certains jeunes. Mais d'après mon expérience, cela peut devenir un piège quand les gens confondent (en toute bonne foi) ce qui leur a été vendu comme un diagnostic avec ce qui est vraiment un diagnostic. En d'autres termes, ils imaginent que parce qu'ils sont «autistes» cela va les aider à comprendre les raisons de leurs difficultés et par conséquent les professionnels sauront comment les aider au mieux. Je reçois dans mes consultations beaucoup de gens qui ont suivis cette voie. Mais quand les choses empirent alors ils pensent qu'ils devraient recevoir un autre diagnostic et par conséquent un autre traitement. Et ainsi ils continuent de glisser sur le chemin qui fait d'eux un patient/parent impuissant, démuné, à la merci de toujours plus de prescriptions, de traitements souvent inutiles (soit médicamenteux ou psychologiques) qui augmente leur impuissance. C'est un cycle très dur à

---

<sup>4</sup> Child and Adolescent Mental Health Services

arrêter pour tous (professionnels, enfant et familles).

### **Quelle est la science qui soutient une augmentation si spectaculaire de la prévalence ?**

La preuve pour soutenir l'affirmation selon laquelle l'autisme est un « trouble neurodéveloppemental », en d'autres termes qui a affaire avec le développement du cerveau, vient principalement des études génétiques et de neuro imagerie (pour des précisions et des références plus approfondies pour poursuivre la discussion, voir le chapitre 2 dans *Repenser l'autisme : Diagnostic, Identité et Parité*)<sup>5</sup>

### **Le scientisme dans l'autisme génétique**

L'argument selon lequel l'autisme est un état fortement génétique repose à l'origine sur des études de jumeaux. J'ai expliqué dans mon dernier blog sur le scientisme dans le TDAH pourquoi l'estimation de l'héritabilité génétique utilisée dans la méthode sur les jumeaux ne nous donne pas de résultats fiables. La seule façon d'établir une composante génétique passe par des études génétiques et moléculaires, pour lesquelles il y a une augmentation croissante de banque de données impliquant tous les génomes scannés de milliers d'enfants diagnostiqués autistes.

Aucun gène spécifique, caractéristique, peu fréquent, commun ou polygénique à l'autisme n'a été découvert, mais ce n'est pas faute d'avoir cherché. Ces variétés de gènes candidats, les études faisant le lien, les scans de génome et les études sur les chromosomes ont tous échoué à produire et répliquer de façon fiable un gène particulier à l'autisme. Plus les échecs s'accumulent, plus l'autisme génétique doit être complexe selon ses défenseurs,

tandis que l'explication la plus probable pour cette recherche – à savoir qu'il n'y a rien dans les gènes qui cause l'autisme – demeure invouable. L'échec continu à identifier des spécificités qui causent l'autisme a eu comme résultat l'identification de la majorité des chromosomes humains comme pouvant abriter des gènes de l'autisme. Et les études importantes concluaient d'une manière typique « *Beaucoup d'équipes de recherches ont cherché les gènes qui pouvaient être impliqués. Ils n'ont pour le moment trouvé aucun candidat de choix, seulement des douzaines, peut être des centaines de seconds rôles* (Hughes, 2012) et « *Et avec l'arrivée de nouvelles techniques de séquençage, le nombre de gènes trouvés qui sont associés à l'autisme est en train d'augmenter à 800 gènes ; par conséquent, il devient toujours plus difficile de trouver des explications unifiées et des associations fonctionnelles entre les gènes impliqués* (Al-jawahiri and Milne, 2017). Au lieu d'admettre la possibilité que les gènes ne sont pas en eux même révélateurs, parce qu'ils n'existent pas, nous évoluons à présent dans un domaine où des équipes de recherche multiples sont fusionnées afin de créer une banque de « big data » dans l'espoir qu'ils pourront révéler des associations infimes. C'est dur d'admettre la possibilité que cette masse d'argent pour la recherche a conduit à un vaste gâchis.

Le fort ratio de garçons dans le diagnostic de TSA pose par ailleurs un problème aux théories génétiques. Les mécanismes génétiques ont besoin d'expliquer ceci (comme par exemple que l'autisme soit transmis à travers le chromosome X) et jusqu'à présent aucune étude de génétique moléculaire n'a trouvé un lien avec le chromosome X ou Y.

---

<sup>5</sup> *Re-Thinking Autism : Diagnosis, Identity and Equality* (2016) Jessica Kingsley Publishers



## Le scientisme dans la neuroimagerie de l'autisme

Il est important de prendre en compte la neuro plasticité cérébrale dans toute analyse de profil de neuro imagerie. Cela réfère à la capacité remarquable du système nerveux (en particulier celui des enfants) à se développer et à se modifier en réponse à des stimulations environnementales. La remarquable plasticité du cerveau humain rend difficile la détermination précise de la cause et de l'effet quand des individus avec des expériences de vie différentes manifestent ultérieurement ce qui apparaît comme étant des différences dans la structure neurologique ou le fonctionnement. Cet inconvénient rend difficile pour les chercheurs de déterminer des aberrations comportementales dans des catégories valides d'un point de vue neurologique et significative d'un point de vue clinique. Par conséquent, les différences neuro anatomiques et fonctionnelles pourraient être le résultat de facteurs environnementaux affectant le développement du cerveau (comme un traumatisme psychologique). Il pourrait s'agir aussi de différence de vitesse de maturation et de variations résultant de l'hétérogénéité dans l'échantillon (par exemple les effets de facteurs confondants tels la compétence intellectuelle).

Cependant le plus grand problème dans les études sur l'autisme comme avec le TDAH, provient du manque de résultats pouvant être répliqués de façon constante. Cette constante inconstance pollue la recherche dans ce domaine. Par exemple les études se focalisant sur le cervelet ont attesté d'une augmentation du cervelet parmi les enfants avec un diagnostic de TSA. Tandis que d'autres ont constaté des volumes de cervelet plus petits que la moyenne. Enfin d'autres encore n'ont pas trouvé de différences significatives. De façon semblable, les études sur l'amygdale ont trouvé de larges irrégularités : parmi ces études certaines

ont constaté des différences significatives de volumes et d'autres aucune différence. Des irrégularités semblables ont été trouvées dans l'épaisseur corticale avec des différences qui se révèlent souvent insignifiantes une fois que le niveau de compétence intellectuel est contrôlé. Et ainsi de suite.

Ce constat d'une confusion et d'une contradiction dans la recherche sur le cerveau des autistes s'est illustré clairement pour moi lors d'un débat sur l'autisme auquel j'ai participé avec un collègue lors d'une rencontre académique au cours de l'année dernière (2017) . Nous devons tous les deux présenter des publications soutenant nos points de vue. Mon collègue pensait que l'autisme est un désordre identifié du système nerveux et qu'avec une recherche appropriée nous allions découvrir son fondement neurologique. Voici les trois publications qu'il a mis en avant.

1. "[The emerging picture of autism spectrum disorder: genetics and pathology](#)," un article de 2015 par Chen et coll. Cet article souligne au sujet des TSA un rôle primaire du système limbique et du cervelet.
2. "[Neuroimaging in autism spectrum disorder: brain structure and function across the lifespan](#)," un article de 2015 par Ecker et coll.. Cet article se concentre sur les lobes frontaux et temporaux ainsi que sur le cortex cérébrale comme des zones primaire d'intérêt.
3. "[Autistic spectrum disorders: A review of clinical features, theories and diagnosis](#)," un article de 2015 par Fakhoury. Cet article considère que le premier problème dans le TSA réside dans l'équilibre entre les synapses inhibitrices et excitatrices.

C'est un désordre total. Aucun thème commun n'émerge de ces trois articles de recherches « de pointe ». Les théories vont et viennent et personne n'a la moindre idée de l'état, de la substance ou du lieu de cette apparente anormalité neuro développementale. Dans aucun de ces trois articles, il n'existe de preuves

d'une tentative raisonnable de contrôle ou même de référence à une déficience intellectuelle comme facteur potentiel contribuant aux différences trouvées. Récemment des chercheurs ont abandonné l'idée qu'ils trouveraient quelque chose. En 2016, un article intitulé la validité de TSA » qui inclut parmi ses auteurs, le spécialiste de l'autisme Christopher Gillberg conclut « Les résultats indiquent que le diagnostic de TSA manque de validité conceptuelle et biologique. Et ils recommandent de démanteler le diagnostic d'autisme comme base de recherche. Malheureusement ils continuent sur la même voie et suggèrent d'élargir le concept d'autisme.

Aucune de ces preuves (ou manque de preuve) ne semble avoir la moindre incidence dans l'augmentation continue du diagnostic de TSA ou dans le postulat qu'il existe une chose naturelle qui s'appelle autisme.

### **Le scientisme définit ce qu'est l'autisme**

De nos jours le même comportement définissant le syndrome de TSA est appliqué à des patients en institution avec un faible espoir de vivre de façon autonome et une longue liste de personnes célèbres et fameuses comme Mozart, Van Gogh, Edison, Darwin. Tous, ainsi que beaucoup d'autres, ont été rétrospectivement diagnostiqués TSA (il suffit de taper « personnes célèbres avec autisme » sur Google). Dans une perspective à long terme, cela concerne tout le spectre humain, suggérant que le TSA tel qu'il est actuellement défini, est trop large pour avoir quelques caractéristiques significatives, à part peut être une certaine gaucherie sociale.

Ce problème qui consiste à avoir un vaste répertoire de tels comportements et de niveaux de fonctionnement pouvant conduire à un diagnostic est désigné

comme un problème d'hétérogénéité. Non seulement, les traits principaux tels que des difficultés dans la communication sociale couvrent un large spectre d'individus qui eux-mêmes ne se considèrent comme ayant un trouble, mais encore l'autisme en tant qu'état mental et certaines caractéristiques de symptômes autistique sont communs à une variété de diagnostics de santé mentale, allant du TDAH à la dépression, de l'anxiété à la psychose. L'hétérogénéité est largement acceptée comme une question dans les publications « grand public » sur l'autisme<sup>6</sup>. Cependant, loin d'être considéré comme un problème majeur concernant la validité du concept, c'est souvent justifié comme une illustration de la « complexité » de l'autisme. Cela conduit à la situation absurde où un consultant lors d'une conférence a fièrement évoqué les 100 premiers patients de sa toute nouvelle clinique nationale diagnostiqués TSA et a déclaré « si vous mettiez ces 100 personnes dans une pièce et que vous leur parliez, vous auriez du mal à voir ce qu'ils ont en commun. » Cet argument avait été mis en avant afin d'expliquer comme une variété de TSA se retrouvent dans la population générale. Mais ce consultant (et malheureusement la plupart des professionnels de l'industrie de l'autisme) semblait ne pas comprendre l'absurdité et la bizarrerie d'attribuer la même étiquette à des individus avec si peu en commun (il s'agit là de pur bon sens, sans même parler de science).

Où que vous regardiez, ce qui est évident c'est une hétérogénéité et un manque de clarté conceptuelle à propos de ce qu'est l'autisme. Cette confusion est apparente quand on examine les critères de diagnostics pour d'autres diagnostics courants. Par exemple dans les troubles des conduites, vous pouvez trouver l'incapacité à former des liens avec les pairs et l'égoïsme, qui

---

<sup>6</sup> On se réfère ici à la définition originale de Bleuler du terme d'autisme qui caractérise un état de retrait social

se manifeste par une propension à manipuler les autres pour obtenir des faveurs sans aucun effort de réciprocité, en même temps qu'un manque général d'empathie pour les autres. » Cette description est probablement plus proche de celle des cas de Hans Asperger que des cas de Lorna Wing (cités plus haut). Une des caractéristiques principales du spectre autistique est censé être le manque d'empathie ; un manque qu'on pense provoquer des difficultés constantes dans les relations sociales. Comment ce genre de manque d'empathie peut-il être différencié du manque d'empathie trouvé dans les troubles des conduites ou en réalité dans les troubles de la personnalité chez les criminels ? D'autres troubles tels que les troubles de l'attachement sont aussi caractéristiques d'enfants qui présentent des schémas dysfonctionnels d'interactions sociales. Le trouble de l'attachement est souvent décrit comme associé avec une forme d'abandon, de maltraitance ou de traumatisme. Cependant, en l'absence de preuve solide sur l'étiologie de l'autisme, faire la différence entre un dysfonctionnement social dans un contexte de troubles des conduites, de trouble de l'attachement ou de TSA devient guère plus qu'un problème sémantique dépendant de l'opinion subjective de celui qui pose le diagnostic. Cette confusion sur l'ensemble des symptômes n'est pas limitée aux troubles de la conduite ou de l'attachement, mais couvre potentiellement l'ensemble des diagnostics en psychiatrie.

Prenez par exemple le symptôme de « comportement restreint et répétitifs », vous trouverez des versions de ce symptôme dans les critères décrivant le trouble obsessionnel compulsif, le trouble obsessionnel de la personnalité, le trouble de la personnalité schizophrénique, le TDAH (comme avec les jeux vidéos), la dépression (la préoccupation morbide avec des aspects négatifs), les troubles du comportement alimentaire (la fixation sur la nourriture et/ou sur le poids) et ainsi de

suite. En dehors des manuels et des symptômes médicalisés vous pouvez aussi trouver ceci avec : la plupart des hommes (par exemple avec le foot), des sportifs et des sportives (avec leur sport et leur programme d'entraînement) et l'humanité en général étant donné qu'un intérêt obsessionnel dans une sphère restreinte est caractéristique non seulement d'un état dépressif mais aussi de l'effort nécessaire pour la découverte et l'exploration. La plupart des grands leaders ont ainsi la capacité à se fixer sur leur zone d'intérêt ou d'expertise.

Qu'en est-il du symptôme de manque d'empathie ? On peut le repérer dans plusieurs diagnostics comme la dépression, le trouble des conduites, le trouble de l'attachement et ainsi de suite. Il peut aussi apparaître comme le résultat d'un manque de confiance en soi dans des situations sociales. En réalité, n'importe quelle expérience liée à une préoccupation pour ses propres problèmes a tendance à réduire l'intérêt pour la vie des autres et leur propres intérêts.—Le degré avec lequel on peut feindre un intérêt pour tous les sujets ou manifester de l'empathie pour tous les aléas de la vie est limité. Tandis que les attentes vis-à-vis d'une empathie sociale augmentent (par exemple à l'école et sur le lieu de travail), force est de constater que de plus en plus de gens peuvent manifester le manque d'une telle empathie. Se considérer avec un faible niveau de réussite ou bien ressentir un sentiment d'infériorité dans une culture de compétition peut amener les gens à se détourner d'un ensemble d'intérêts communs. Et ainsi de suite.

Ainsi ce qui était considéré comme le symptôme de base du TSA c'est-à-dire le manque d'empathie et les comportements restreints et répétitifs ne peut pas être pensé comme une différence/pathologie individuelle sans prendre en compte le contexte dans lequel ces symptômes apparaissent. Quand vous



commencez à creuser autour du terrain qui supporte notre idée de l'autisme, il devient apparent qu'il est sans profondeur. Rien ne peut y pousser. Ce n'est pas une surprise que tout ce que nous avons c'est du scientisme qui soutient l'autisme en tant que concept. Si nous ne pouvons trouver aucun lien pour tenir les concepts ensemble, pas même un lien vague, comment diable pourrions-nous nous attendre à trouver des marqueurs ou des corrélations biologiques ? Ainsi la raison pour laquelle nous ne pouvons rien trouver est évidente. Aussi selon la véritable science, l'autisme devrait être vu comme un fait de culture et non un fait de nature.

### **L'autisme a dépassé sa date de péremption**

Je crois que le concept d'autisme et de TDAH, n'est pas seulement un exemple de scientisme rampant qui a colonisé les champs de la psychiatrie et de la psychologie, mais davantage que nous devons cesser de les utiliser. Au minimum nous devrions cesser de les nommer et de penser à eux comme des diagnostics (comme quelque chose qui a un pouvoir d'explication).

Je suis content qu'un mouvement croisse pour réclamer un sens de sa propre valeur qui lui a été dérobé par le paradigme du trouble de l'autisme. Cependant je ne crois que le mouvement de la neuro diversité est susceptible de conduire à cette espèce de changement auquel je songe. Tandis que certains clament que les catégories alternatives de « neurotypiques » et « neurodiversité » constituent une libération plaisante des psychiatres, cela perpétue la dynamique du « vous » et du « ils » et renforce l'individualisation qui nourrit les politiques néo libérales. Cela remplace le marketing de l'autisme défini comme un trouble psychiatrique par le marketing dans la sphère de la neuro identité. Comme je l'ai développé plus haut, il n'y a pas le plus petit bout de « neuro » mesurable ou

caractéristique dans cette affaire là. On a vendu un mensonge à ceux qui croient que nous l'avons trouvé. Nous sommes tous (notre humanité) simplement neuro divers.

L'autisme est l'un des paradigmes de la médicalisation, de la pathologisation et de l'individualisation qui servent si bien les politiques et les économies néo libérales. Les gens, les familles et les communautés doivent endurer des contextes oppressifs et insécurisants dans leur quête pour développer les qualités idéales d'entrepreneuriat, de compétition, d'efficacité, d'intelligence émotionnelle comme savoir se vendre ou vendre ses services, pour manipuler les autres de façon intelligente. ) Toutes ces qualités sont nécessaires pour être considéré comme normal. Cela signifie que quand les individus ne peuvent pas être à la hauteur, nos constructions sociétales attribuent le blâme de cet échec à leur intériorité. L'autisme est l'un de ces échecs, brandis pour donner une étiquette scientifique (scientisme) et qui peuvent faire l'objet d'un marketing. Le focus alors change : de « personne qui a échoué », on passe à « personne qui peut être traitée » et le contexte social environnant est dégagé de toute recherche avancée. Plus tard, les politiciens, les bureaucrates, les œuvres de charité et les polices d'assurance peuvent faire semblant de se préoccuper réellement quand ils parlent de façon chaleureuse de ceux qui moisissent avec ce handicap et comment ils aident et soutiennent ces personnes.

Mais à quel prix devons-nous élargir le filet des TSA ? Qui s'est penché sur ce qu'il advient à ceux qui sont tombés dans ce filet ? Où est la preuve qu'un diagnostic améliore les solutions dans le monde réel de ceux qui ont été diagnostiqués ? Pourquoi ne répondons-nous pas à cette question basique ? Combien sont prévenus des effets potentiellement négatifs d'un diagnostic ? Je sais par exemple que certains employeurs

n'accepteront pas quelqu'un qui a un diagnostic de TSA, et j'ignore si ce comportement est très répandu. Dans un rapport récent sur les troubles neurodéveloppementaux et les services pour le compte desquels je travaille, j'ai lu que « 15% des adultes avec un trouble du spectre autistique sont employés à plein temps ». Je ne sais pas ce que cela signifie mais cela m'apparaît être une statistique préoccupante. Les étiquettes diagnostiques véhiculent des associations et stéréotypes que peu d'entre nous sont capables de deviner. Combien d'entre nous cessent de voir et d'essayer de connaître « Jane » (ou n'importe qui) quand on lui dit qu'elle est autiste ?

Je comprends que beaucoup pensent que l'action de nommer est utile. Les parents peuvent porter un nouveau regard sur leur enfant et les adultes peuvent sentir que quelque chose dans leur vie prend un sens. Mais à quel prix ? Combien de temps dure ces premiers sentiments de soulagement ? Qu'est ce qui va manquer au récit de cette personne quand une étiquette qui ne peut rien expliquer est utilisée pour tout expliquer ? Ces questions me tourmentent ainsi que la raison pour laquelle je ne les ai jamais vues évoquer dans la littérature de référence sur le sujet. Je m'inquiète d'une forme potentielle et subtile de violence qui peut être infligée à quelqu'un de telle sorte que cela le limite, limite sa famille et toutes les croyances des gens qui l'accueillent au sujet de ce qu'ils ne peuvent pas faire, de qui il nécessite une protection et de qui il n'a pas besoin. Je m'inquiète au sujet de l'étiquette d'autisme qui fournit une cruelle forme d'espoir. Les parents peuvent sentir à présent que quelque chose est compris, les « experts » sauront quoi faire pour les aider. Alors que les jours, les années, les mois défilent avec leurs problèmes non résolus, que faire des émotions des parents au sujet de leur enfant troublé et de son autisme ? ce sont les sortes de dilemme que je

rencontre régulièrement dans ma consultation.

Dans ma pratique j'ai souvent rencontré des familles qui avaient un enfant diagnostiqué autiste, dont les problèmes n'avaient pas été résolus, des parents qui se sentaient désemparés parce qu'ils croyaient qu'ils ne pouvaient pas avoir l'expertise pour savoir que faire, et qu'ils ne pouvaient pas trouver des experts pour le faire. Je rencontre régulièrement des jeunes gens dont les propres dilemmes n'ont pas trouvé une écoute suffisante, quand ils sont supposés faire ce qu'ils font « parce qu'ils sont autistes ». Pour certaines personnes le TSA est un passe-droit, qui leur donne accès à des supports d'apprentissages (par exemple) qui pourront aider d'autres enfants auxquels ces supports ont été refusés parce qu'ils n'ont pas d'autisme. Mais je vois aussi régulièrement des cas où l'étiquette d'autisme exclut les enfants qui pourraient trouver de l'aide parce que par exemple leur anxiété sociale est perçue comme un résultat lié à leur autisme, et qu'il est ainsi admis qu'il n'y a rien à faire à leur sujet.

Aussi mon conseil à tous les praticiens est de ne pas essayer de donner au diagnostic une place privilégiée dans le traitement. Garder à l'esprit que ceux avec lesquels vous travaillez veulent voir du changement et veulent travailler en collaboration à cela, juste comme vous le feriez avec n'importe quelle personne ou famille. L'autisme comme n'importe quel autre diagnostic psychiatrique n'est pas un diagnostic. Il n'a pas un pouvoir explicatif et par conséquent il ne peut pas vous dire ce qui est utile ou pas avec quelque individu, famille ou communauté que ce soit.