

# **L'enfant et son psychisme**

Tout le catalogue sur  
[www.dunod.com](http://www.dunod.com)



ÉDITEUR DE SAVOIRS

**psychismes**

collection fondée par Didier Anzieu

Pierre Delion

# L'enfant et son psychisme

DUNOD

Illustration de couverture :  
Kobke Christen Schjellerup (1810-1848)  
*Portrait d'Adolphine Kobke, soeur de l'artiste*  
© RMN-Grand Palais  
(musée du Louvre) / Hervé Lewandowski

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	 <p><b>DANGER</b> LE PHOTOCOPIAGE TUE LE LIVRE</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	---	--

© Dunod, Paris, 2014  
ISBN 978-2-10-070418-7

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

---

# TABLE DES MATIÈRES

*TABLE DES MATIÈRES* V

*INTRODUCTION* 1

## PREMIÈRE PARTIE

### PSYCHIATRIE DU BÉBÉ

<b>1. La psychiatrie du bébé et son importance pour la psychiatrie en général</b>	7
Introduction	7
Les compétences	9
Les interactions	10
L'attachement	12
La séparation-individuation	12
Rappel succinct sur les pathologies psychiatriques du bébé	13
Quelques réflexions	14
Prévention	15
Psychiatrie du bébé et psychiatrie générale	16
<b>2. Proposition de modélisation peircienne de la sémiologie du bébé</b>	19
Le bébé et la sémiotique	22
Le schéma « 1 » : première étape avant et pendant les premières inscriptions	27
Le schéma « 2 » : après les premières inscriptions	31

Le double ancrage corporel et interactif (B. Golse) des processus précoces de symbolisation	32
Les signifiants primordiaux	36
Reprise	41
<b>3. Heurs et malheurs de la construction des liens premiers dans la famille</b>	45
Argument d'André Carel	45
Construction psychique des liens premiers : plusieurs approches	46
<i>Approche socio-anthropologique et psychopathologique, 46 • Approche génético-neurodéveloppementale, 47 • Approche interactive/intersubjective, 48 • Approche corporopsychique, 49</i>	
Premiers pas : réflexions psychopathologiques	49
<i>Conception et layette psychique, 49 • Naissance et interactions, 50 • Constellation maternelle et antœdipe, 52 • Toute-puissance infantile, fonction limitante parentale et castrations symboligènes, 53</i>	
Conséquences institutionnelles	58

## DEUXIÈME PARTIE

### PRENDRE EN CHARGE LES ENFANTS AUTISTES

<b>4. Une pédopsychiatrie intégrative</b>	67
<b>5. Autisme et pédopsychiatrie aujourd'hui : à quel prix psychique ?</b>	75
<b>6. Le processus autistique à la lumière des réflexes archaïques</b>	87
Réflexes archaïques ( <i>grasping</i> ), préhension et pointage	88
Les angoisses archaïques	90
Les défenses archaïques	91
Le processus autistique : hypothèses	92

## TROISIÈME PARTIE

### RÉFLEXIONS SUR LES INSTITUTIONS

<b>7. Une théorie de l'organisation thérapeutique</b>	101
Introduction	101

La prévention devient concrète	102
Réorganisations conceptuelles et hypothèses théorico-cliniques	105
<i>Les catastrophes de conflits et de bifurcations/ les bassins d'attracteurs, 106 • La théorie edelmanienne de la conscience, 109 • La sémiotique, 111</i>	
Conséquences organisationnelles	112
<i>Le « groupe démocratique » et le transfert, 112 • Les rapports de dé-complétude, 114</i>	
Le petit savant autiste, son laboratoire et ses laborantins	115
<i>Le petit savant autiste, 115 • Les laboratoires, 115 • Les laborantins sont les soignants, 115</i>	
Une proposition de modélisation : l'enfant autiste, le bébé et la sémiotique	116
<i>La fonction phorique, 116 • La fonction sémaphorique, 116 • La fonction métaphorique, 116</i>	
<b>8. Complexité d'Œdipe et crise des institutions</b>	117
Crises, rapports complémentaires et constellation thérapeutique	118
Œdipe et complexité	119
Flux tendus psychiques et crise des institutions	123
Psychiatrie de secteur et théorie des catastrophes	124
<b>9. Quelques réflexions à propos de la psychothérapie institutionnelle</b>	127

#### QUATRIÈME PARTIE

##### PHILOSOPHIE DU SOIN, ÉTHIQUE ET POLITIQUE

<b>10. Le non, le talion et le pardon</b>	139
Introduction	139
Histoire de Jules	143
Histoire de Jessy	145
Histoire de Bobby	150
<b>11. Démocratie, prison et internement arbitraire</b>	155
<b>12. Les enfants au carré ? Une prévention qui ne tourne pas rond !</b>	159
<b>13. Vers un dialogue entre psychanalyse et neurosciences</b>	165

CINQUIÈME PARTIE

## ENSEIGNEMENT DE LA PSYCHIATRIE ET CULTURE

<b>14. La formation des psychistes aujourd'hui</b>	173
Introduction	173
L'intelligence du monde humain	175
Les capacités auto-réflexives	178
La résistance à tout système totalisant	179
<b>15. La « fonction Balint »</b>	183
<b>16. Donald Winnicott, Michel Tournier et la fonction phorique</b>	191
<b>17. Jean Sébastien Bach et ses enfants : de la portée musicale à l'art de la fugue</b>	203
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	217



---

# INTRODUCTION

**L**A DÉMARCHE consistant à choisir parmi sa propre production les articles que l'on considère comme pouvant intéresser le lecteur est une difficulté pour la modestie de l'auteur, cela peut être aussi l'occasion de revenir sur le chemin d'une vie professionnelle aux dimensions multiples, et polyphoniques, somme toute passionnante. C'est pourquoi j'ai choisi de retenir pour cette conception en mosaïques, plusieurs thèmes illustrant les points forts de mon travail de psychiatre d'enfants et d'adolescents : la psychiatrie du bébé, la prise en charge des enfants autistes, les réflexions sur les institutions, ma philosophie des soins et ses rapports avec l'éthique et le politique, et l'enseignement ouvrant plus généralement sur psychiatrie et culture.

Dans chaque partie, j'ai sélectionné des contributions qui m'ont paru avoir quelque intérêt dans la démarche poursuivie afin de faire connaissance avec la psychiatrie, la psychopathologie et la psychanalyse, mais ceci, sans exclusive, puisque le lecteur trouvera souvent des références à d'autres domaines connexes allant des neurosciences à l'anthropologie en passant, entre autres champs, par la sémiotique et le politique.

La première partie, consacrée à la psychiatrie du bébé, s'articule autour de cette avancée majeure de la pédopsychiatrie qui a révolutionné les approches antérieures en offrant des perspectives nouvelles de complémentarités entre les différents aspects constitutifs du développement de l'enfant, tant dans ses dimensions prénatales (le premier chapitre de Michel Soulé et Sylvain Missonnier) que postnatales, tant dans ses découvertes neuroscientifiques que dans ses approfondissements psychopathologiques (psychanalytiques, attachementistes, sémiotiques et autres), tant dans ses théorisations reconstruites dans l'après-coup que dans les aléas des pathologies qui le caractérisent.

Une deuxième partie est orientée vers l'autisme et tout particulièrement vers les formes de sa prise en charge. Il ne s'agit aucunement pour

moi de satisfaire à cette mode des années consacrées à tel sujet de santé (année 2012, année de l'autisme, bien sûr ! mais avant et après, qu'en est-il concrètement ?), mais bien de montrer que cet énorme problème de santé publique a marqué, marque et marquera encore ma trajectoire professionnelle et personnelle de façon indélébile (profonde !). J'aurais aimé rester dans l'ombre des praticiens de secteur qui accompagnent avec rigueur et obstination les enfants autistes et leurs parents tout le temps nécessaire, et continuer mes prises en charge et mes recherches sans déclencher ces événements aussi inattendus que déplacés, surtout à propos de la technique du *packing*, mais la réalité en a décidé autrement en me mettant au-devant d'une scène médiatique où il fait bon s'acharner sur quelques personnages censés être en partie responsables – et donc coupables –, de tous les malheurs qui sont arrivés aux enfants autistes et à leurs parents. Aussi ce chapitre comportera-t-il quelques allusions à ce qui est devenu un combat pour la défense d'une pédopsychiatrie intégrative, contre toutes les factions qui aujourd'hui se réclament exclusivement d'une chapelle prosélyte, totalisante et, *in fine*, inféconde.

La troisième partie reprend une vieille passion, celle des institutions et, par leur entremise, me permet de témoigner de ma gratitude à l'égard de ceux qui m'en ont enseigné les rudiments et les principaux concepts, Tosquelles, Oury, Torrubia et quelques autres. Et plutôt que d'en faire une étude exhaustive, j'ai préféré en aborder les différents aspects par plusieurs entrées que j'ai dû franchir dans ma pratique quotidienne. Un des éléments fondamentaux de la psychothérapie institutionnelle, consubstantielle à la psychiatrie de secteur, est précisément en rapport avec le fait que l'institution est ancrée dans la cité et, par cet intermédiaire, dans le politique. Et je n'ai jamais répugné à y mettre les pieds, car je crois profondément à cette image de Tosquelles faisant reposer la théorico-pratique en question sur les deux jambes de la psychopathologie psychanalytique et du politique.

La quatrième partie tente d'articuler ma philosophie du soin avec les conditions de possibilité de son exercice, et notamment avec la présence d'une démocratie vivante, le moins mauvais système de gouvernement des hommes, sans laquelle il n'est pas possible de pratiquer une psychiatrie à visage humain. Nous voyons d'ailleurs déjà comment le pouvoir médiatique peut « pousser » cette démocratie bien vivante vers une démocratie médiatico-dépendante qui modifie en profondeur les ressorts du débat général sur la Liberté. Une éthique professionnelle ne peut, dans de telles contrées, être déployée en solitaire et demande un appui permanent sur le collectif (Oury) qui en devient, en quelque sorte, la « clause suspensive ». Il ne s'agit pas pour moi de fuir devant ma

responsabilité dans l'engagement soignant, et à vrai dire, transférentiel, mais plutôt d'attirer l'attention du lecteur sur une dimension groupale, collective et institutionnelle qui est souvent laissée pour compte en ces temps de dérégulation du lien social et de « triomphe sans avenir » d'un individualisme forcené.

La dernière partie abordera la question de la formation des psychiatres, des « psys » en général et de la transmission, et ouvrira sur les liens entre psychiatrie, sublimation et culture. Dans mes fonctions de professeur de pédopsychiatrie à la faculté de médecine de Lille, j'ai été amené à réfléchir sur les formes que devaient prendre les savoirs à enseigner et les pratiques à transmettre, et j'ai pu utiliser, sous certaines conditions, les voies universitaires pour « passer » le relais aux plus jeunes médecins et aux professionnels de l'enfance, quels que soient leurs statuts. Les processus de sublimation qui font vivre la pédagogie avec les enfants et leurs professionnels ont été largement mis à contribution pour y parvenir, et ses liens avec la culture sont par trop évidents pour ne pas en solliciter l'augure pour clore provisoirement cet ouvrage de recomposition après-coup.

Puisse le lecteur intéressé par l'accueil et la transformation de la souffrance psychique des enfants y trouver quelques éléments pour nourrir sa propre réflexion et les actions qui pourraient en découler.



PARTIE 1

---

PSYCHIATRIE DU BÉBÉ



## Chapitre 1

---

# LA PSYCHIATRIE DU BÉBÉ ET SON IMPORTANCE POUR LA PSYCHIATRIE EN GÉNÉRAL<sup>1</sup>

### INTRODUCTION

La *psychiatrie du bébé* est récente dans l'histoire de la psychiatrie et, *a fortiori*, dans la pédopsychiatrie. Nous en sommes désormais à la *psychiatrie fœtale* (M. Soulé ; M.-J. Soubieux), et si tout se passe bien, il est probable que nous nous arrêterons là !

Alors comment en est-on arrivé à la psychiatrie du bébé ? La psychiatrie s'est progressivement spécialisée dans des domaines comportant certaines particularités. C'est ainsi que la psychiatrie des adultes s'est peu à peu séparée de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, chacun

---

1. Je tiens à remercier le professeur Grigoris Abatzoglou, pédopsychiatre à Thessaloniki, de son invitation pour la conférence de l'Hellenic Center of Mental Health, au Megaron d'Athènes, le 15 décembre 2006.

constituant un corpus de connaissances spécifique, et reconnu dans les universités françaises par des diplômes différenciés à l'intérieur d'un tronc commun, la psychiatrie générale (DES/diplôme d'études spécialisées en psychiatrie) : la pédopsychiatrie, l'addictologie et la gérontopsychiatrie (DESC/DES Complémentaire). C'est en allant à la recherche de ce qui se passe avant l'apparition de la pathologie, que les psychiatres ont tenté de « remonter » vers le plus jeune âge et se sont intéressés au bébé. Et il aura fallu attendre les dernières décennies pour que le « nourrisson », celui que l'on « nourrit » devienne un « bébé », celui qui « babille », c'est-à-dire qui se prépare au langage. Ce changement radical de statut, un petit enfant nourri devient un petit enfant qui commence à parler, a eu des conséquences importantes sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, mais aussi sur la psychiatrie en général. Ce changement de vertex est survenu lorsque l'on s'est aperçu que les bébés étaient porteurs de compétences, et qu'ils étaient capables d'être en partie les inducteurs de la relation entre eux et leurs parents. À noter que c'est à la même époque que les bébés ont été enfin reconnus comme pouvant éprouver la « douleur physique » (Gauvin-Piquard), puis, quelque temps après, la « souffrance psychique ». Plusieurs chercheurs ont été déterminants dans cette révolution culturelle, parmi lesquels, Daniel Stern, T. B. Brazelton, S. Lebovici et d'autres. C'est sans doute à partir de la découverte de l'interaction entre le bébé et son ou ses parents que la question s'est posée de décrire en quoi le bébé avait lui-même une action sur son parent. Et l'on s'est assez vite rendu compte que le bébé pouvait être l'inducteur de ces relations (C. Trevarthen). Mais avant de découvrir concrètement de quelle manière cela se passait, il y a eu la révision déchirante faite par Bowlby à propos de la théorie de l'étayage pulsionnel freudien. Et c'est en appui sur les travaux des éthologistes, notamment de Imre Hermann, de l'école de Budapest, que Bowlby a pu, à mon avis, non pas se démarquer, mais enrichir la théorie freudienne de celle de l'attachement. Les conséquences en ont été nombreuses, parmi lesquelles l'intégration de la question des réflexes archaïques (l'agrippement) dans le développement humain, y compris dans ses aspects psychologiques. Par exemple, le *grasping* fait le lit de la première forme d'*identification archaïque* qu'Esther Bick a nommée l'identité adhésive qui peut devenir pathologique dans les pathologies archaïques telles que les troubles envahissants du développement (autisme). De même les ATNP (*Asymmetric Tonic Neck Posture*) peuvent-ils être prolongés par les *clivages verticaux et horizontaux* (A. Bullinger ; G. Haag) lorsque le bébé connaît des troubles du développement. Aussi, lorsque les relations intersubjectives entre le bébé et ses parents ont été décrites, il a été constaté que le bébé ne pouvait grandir qu'en se donnant à penser à un autre, son parent



ou celui qui en tient lieu. Winnicott avait déjà eu cette intuition en proposant la formule célèbre : « Un bébé tout seul, ça n'existe pas. » Mais dans le mouvement de la découverte des compétences du bébé, la dépendance du bébé nécessitant des « soins maternels » (Bowlby) et une « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott), avait désormais son pendant : « C'est le bébé qui crée la mère », donnant ainsi au bébé lui-même un rôle actif dans la construction de son propre être-au-monde (« l'être-bébé » de Bernard Golse). Nous retrouvons là les racines de « l'intersubjectivité primaire ».

Nous étudierons successivement quatre grands chapitres à propos du bébé pour mieux en comprendre les découvertes : les compétences, les interactions, l'attachement et la séparation-individuation. Après quoi, un rappel des principales pathologies présentées par les bébés sera fait, et nous pourrons proposer quelques réflexions sur la psychiatrie d'aujourd'hui à la lumière de ces conceptions.

## LES COMPÉTENCES

Lorsqu'il est en état de vigilance, le bébé montre la gamme étendue de ses capacités à percevoir et à discriminer les informations venues de l'environnement, à s'en protéger dans certains cas, et à adresser des messages à son entourage pour signifier ses besoins, ses préférences et ses désaccords. On comprend alors l'intérêt pour les parents et les soignants de ne pas sous-estimer ces compétences et au contraire de les valoriser. La découverte par les parents des compétences de leur enfant va faciliter la mise en place des interactions et de l'attachement précoce, et même dans certains cas, par exemple si la maman est déprimée, faciliter chez la maman le retour de la confiance en soi dont le bébé a tant besoin. Je prendrai un exemple démonstratif, l'expérience de Meltzoff et Borton, qui est illustrative des compétences précoces du bébé : on donne à des bébés de quatre semaines environ des tétines à surface lisse et à d'autres bébés des tétines à surface bosselées. Après 90 secondes d'exploration buccale des tétines par les bébés des deux cohortes, les chercheurs présentent aux bébés l'image des deux tétines différentes. Une préférence visuelle pour l'image de la tétine qui a été sucée est mise en évidence d'une façon incontestable. Les bébés sont donc capables d'établir une correspondance entre des perceptions appartenant à des modalités sensorielles différentes, ce qui a été appelé « l'intégration transmodale ». À partir de telles capacités, le bébé va pouvoir construire progressivement des représentations de ses parents et des personnes qui lui sont familières, en extrayant chez chacun d'entre eux le style

correspondant. Une autre compétence fondamentale permet au bébé d'attirer l'attention de ses parents sur lui et donc d'être satisfait dans ses besoins. Les deux compétences réunies vont lui permettre de se les représenter progressivement en construisant son monde interne et, nous allons le voir, en généralisant progressivement son système d'interactions (Stern).

## LES INTERACTIONS

La relation entre un bébé et ses parents est un processus bidirectionnel, car le bébé est à la fois soumis aux influences de ses parents et entraîne chez eux des modifications, comme nous venons de le voir. Les interactions du bébé avec son entourage ont été beaucoup étudiées et de nombreuses recherches ont mis en évidence les phénomènes d'interactions *in utero*, à la naissance, dans les mois qui suivent et dans le jeune âge.

Il est habituel d'étudier les interactions à trois niveaux :

- *au niveau comportemental*, ce que je vois lors de l'observation d'un bébé en situation naturelle, mais aussi au cours de la consultation ;
- *au niveau affectif*, ce que je ressens lors de cette observation, dans la relation avec le bébé ;
- *au niveau fantasmatique*, ce que je fais raconter aux parents par exemple dans la situation d'une consultation thérapeutique.

Le premier niveau nous permet de décrire les signes que présente le bébé lorsqu'il vit dans sa famille d'une façon habituelle : il est satisfait, il a faim, il a chaud... Cette première sémiologie élaborée progressivement par les jeunes parents leur permet de trouver les bonnes réponses pour leur bébé : « Oh, regarde comme il a l'air heureux », ou : « Tiens il pleure parce qu'il a faim » ou encore : « Tu vois il sue beaucoup, il doit avoir trop chaud. » De même dans la situation de consultation, c'est le niveau de la description qui nous permet de trouver les signes que le bébé malade peut présenter et pour lesquels les parents demandent la consultation. À noter que cette symptomatologie est souvent « en creux » (Kreisler et Soulé), c'est-à-dire avec des expressions cliniques « négatives » : il n'est pas très réactif, il a une hypotonie, il ne regarde pas beaucoup, il ne demande pas assez... Et il faut pouvoir être attentif à ces dimensions « souterraines » de la clinique pour ne pas passer à côté d'une pathologie qui peut être très préoccupante, telle que la dépression