n° 90
Sept. 2016

POUR LA RECHERCHE

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

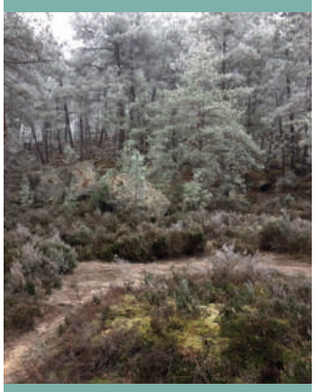
8 €

Editorial

- Jean-Michel Thurin -

À propos de l'ouvrage
Troubles Intellectuels et cognitifs de l'enfant et de l'adolescent

avec les articles de
Philippe Mazet
Jean-Marc Guilé
Huguette Le Guillou



Directeur de la Publication :
Dr J-J Laboutière
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
Dr M.C. Cabié,
Dr N. Garret-Gloanec,
Dr D. Roche-Rabreau
M. Thurin

PLR électronique,
Comité Technique
J.M. et M. Thurin,
D. Vélea, M. Villamaux

● Ce numéro de *Pour la recherche* est une invitation à entrer dans un ouvrage essentiel « Troubles intellectuels et cognitifs de l'enfant et de l'adolescent ». Il est organisé comme le sont les Manuels (Handbooks) américains qui apportent de façon à la fois lisible, étendue et la plus complète possible, les connaissances et les recherches existantes dans un domaine complexe.

Ici, le sujet est tout simplement « Apprendre, Connaître, Penser ». Après une introduction épistémologique et méthodologique, ces trois concepts sont déclinés en plusieurs axes : celui du système dynamique qui sous-tend les processus cognitifs, celui du développement de l'intelligence, de la mémoire, de la théorie de l'esprit et du langage oral (avec une fenêtre sur la place de l'estime de soi dans les apprentissages de l'enfance), celui de l'évaluation et de l'exploration des troubles en partant de la consultation et de l'examen psychologique de l'enfant complétés par différents bilans, celui des troubles intellectuels et cognitifs et de leurs abords thérapeutiques et enfin celui de certains aspects de la prise en charge. Chaque axe est composé de plusieurs chapitres auxquels chacun peut se référer en fonction des questions qu'il se pose à un moment et dans un contexte particulier.

Nous avons choisi d'aborder, dans ce numéro de *PLR*, le contenu de l'ouvrage à partir des deux articles de Ph. Mazet et de J-M. Guilé qui le présentent selon deux logiques un peu différentes que l'on retrouve dans les différents chapitres du livre. Un troisième article apporte les réflexions et les questions qu'il suscite sur le fond et dans la pratique chez une psychologue clinicienne travaillant en Sessad.

Incontestablement, cet ouvrage s'inscrit dans une évolution épistémologique majeure marquée par la construction d'un objet complexe et son usage dans la réflexion, l'investigation et la pratique. Il crée des ponts entre des modélisations, des théories et des approches souvent disjointes et même étrangères. Chaque chapitre, composant de cette complexité, donne accès à d'autres connaissances à partir d'aspects auxquels nous sommes très familiers. Donnons deux exemples. Le premier, « situer les processus cognitifs entre les réseaux neuronaux et le travail psychique » est un exercice auquel peu d'entre-nous s'exposent même si le texte précoce de Freud, *L'Esquisse d'une psychologie scientifique* nous aide à apporter dans la réalité clinique la possibilité de nous représenter les processus psychiques et les forces auxquels ils sont soumis. Évidemment les connaissances ne se sont pas arrêtées à cette tentative et l'introduction de plusieurs niveaux ayant chacun sa propre capacité d'auto-organisation et de logique interne avec un effet d'intégration de données distinctes est le prélude de modélisations fructueuses. Le second exemple est le chapitre sur « Cognition, environnement et polymorphisme génétique » écrit par D. Cohen, qui part de *« ce que l'on savait depuis longtemps concernant le développement cognitif »,* nous conduit à *« ce qui a été précisé depuis les progrès en génétique moléculaire et en psychologie du développement »*, jusqu'à *« quelques affirmations erronées concernant les apprentissages et la lecture »* et *« la puissance de la culture sur les apprentissages ».*

Il n'est évidemment pas possible ici de poursuivre cette découverte que chacun aura l'occasion de faire suivant son propre chemin. Un point pour terminer. Ph. Mazet vous invite à faire part de vos remarques et critiques à la Rédaction de la revue pour entamer le dialogue. Vous pouvez les envoyer à *plr@internet-medical.com*. Elles seront réunies dans un forum. ●

Apprendre, connaître, penser dans l'enfance*

Philippe Mazet

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
GH Pitié-Salpêtrière - Université Pierre et Marie Curie (Paris VI)

● C'est le sous-titre de l'ouvrage* cité par J.M. Thurin[1] et auquel ont collaboré au total près d'une trentaine d'auteurs. Son objectif est d'aborder le champ des difficultés, des troubles de la vie intellectuelle et cognitive dans l'enfance. C'est donc celui des apprentissages et des moyens psychiques d'accès à la connaissance impliqués dans la réussite de l'enfant, scolaire en particulier, mais aussi plus globale de l'enfant. Il n'est guère besoin d'en souligner l'importance, tant dans sa vie d'enfant et son bien-être, son développement, que dans sa future vie d'adulte. Il se propose donc à la fois de décrire ces troubles et d'ouvrir suffisamment les perspectives de leur compréhension en vue de définir les meilleures modalités de prise en charge.

Ces quelques lignes visent, après un bref rappel historique, à évoquer un petit nombre de points de l'abord, parfois un peu rapide, voire négligé, en clinique, de la vie intellectuelle et cognitive de l'enfant. Elles ont aussi l'objectif d'insister sur la nécessité, bien évidemment, de resituer cet abord au sein de l'ensemble de la vie psychique, intra-psychique notamment, et du développement, avant de souligner quelques particularités et exigences de la pratique dans ce domaine.

Un peu d'histoire

Peut-on la résumer en une phrase : le passage de la notion d'intelligence à celle de cognition ? Evidemment non ; mais peut-être y-a-t'il là un fil conducteur ? « L'intelligence, c'est ce que mesurent mes tests ! ». On attribue au psychologue français Alfred Binet (1857-1911) cette fameuse réplique ; elle est vraisemblablement apocryphe, mais elle sonne juste. Notons que Binet et Simon créent le premier test d'intelligence chez l'enfant en 1905, en réponse notamment à une demande du *Ministère de l'Instruction* en vue de repérer les enfants qui pourraient bénéficier d'un enseignement spécialisé, ceci après l'avènement de la scolarité obligatoire (1882). On est en pleine III^{ème} République. C'est une échelle développementale permettant de calculer un âge mental en fonction des acquisitions de l'enfant. Cette échelle a été adoptée avec enthousiasme dans de nombreux pays et particulièrement aux États-Unis. Elle a subi des révisions et les résultats sont volontiers exprimés en terme de Quotient Intellectuel, technique proposée en Allemagne en 1912 par W. Stern et à laquelle Binet n'était d'ailleurs pas favorable (QI : âge mental/âge chronologique x 100). En un peu plus d'un siècle de débats et de mesures, personne n'a jamais proposé une définition satisfaisante de l'intelligence. Comment différencier l'intelligence humaine de l'intelligence animale ? L'intelligence humaine de celle des machines ? Le moins intéressant à propos de l'intelligence est peut-être la question de sa définition, « Faute d'en proposer une qui fasse l'unanimité, mieux vaut regarder comment s'est construite la notion, comment on a cherché à saisir, à mesurer cet insaisissable aptitude, mais à laquelle on tient tant »[2] .

Après le développement des échelles d'intelligence, un premier grand débat va agiter les psychologues pour savoir si l'intelligence est une qualité unique (avec le fameux facteur g) qui s'exprime dans de nombreux domaines, ou s'il existe des compétences spécialisées distinctes les unes des autres. À partir des années 1980, le débat sur l'intelligence unique ou spécialisée va rebondir dans une nouvelle direction. En 1983, le psychologue américain Howard Gardner[3] oppose une conception beaucoup plus large de l'intelligence, puisqu'il pense avoir mis au jour l'existence de 9 formes d'intelligences différentes. À côté de l'intelligence logico-mathématique, il faut prendre en compte aussi une intelligence linguistique, spatiale, musicale, corporelle, existentielle, interpersonnelle (faculté de comprendre les autres), intrapersonnelle (faculté de bien se comprendre soi-même) et « naturaliste », (capacité à reconnaitre les animaux, les plantes). Avec Howard Gardner le champ est ouvert pour accueillir ensuite de nouvelles formes d'intelligence : sociale, émotionnelle, pratique.

D'autres approches de l'intelligence sont élaborées parallèlement. Par exemple, les psychologues du développement, notamment Jean Piaget, Lev Vygotski ou J.S. Bruner, étudient l'intelligence dans son développement de la petite enfance à l'adolescence, et même ultérieurement. On connaît tous, à partir de l'observation de ses enfants, la conception de J. Piaget du développement intellectuel en 3 phases, sensori-motrice, préopératoire et opératoire, allant d'une pensée concrète à l'abstraction.

Puis la psychologie cognitive va inaugurer de nouvelles voies. Au lieu de chercher à mesurer les aptitudes intellectuelles, elle s'intéresse aux stratégies de résolution de problèmes. Le regard est porté, non sur la mesure, mais sur la démarche adoptée pour les résoudre. Cette nouvelle manière d'aborder les problèmes s'est d'abord mise en place en lien étroit avec le développement des recherches en intelligence artificielle, à partir des années 1950-1960, avec un certain succès. Une date est symboliquement très importante : en 1997, l'ordinateur Deep Blue réussit l'exploit de battre Gary Kasparov, champion du monde d'échecs. A partir du milieu des années 1985, c'est le temps des neurosciences cognitives et des connaissances toujours plus importantes sur le fonctionnement cérébral et de l'essor de nouvelles techniques d'imagerie cérébrale. Les années 1990 sont baptisées la « décennie du cerveau », mais il s'agit aussi de toutes les recherches psychologiques concernant le traitement de l'information par l'esprit humain : comment se font les différentes activités cognitives (de cognitus en latin : ayant trait à la connaissance) nécessaires à ce traitement, de la perception à la métacognition (« la pensée du sujet sur sa pensée »).

Ne peut-on pas dire que la période actuelle s'efforce, chez de plus en plus de cliniciens, d'articuler de manière plus ouverte et plus pragmatique la vie affective et relationnelle de l'enfant avec ce domaine intellectuel et cognitif ? De même, neuro-physiologistes et philosophes dialoguent à ce sujet[4]. Pour autant, « l'espoir de trouver un modèle unique pour penser la pensée » s'éloigne en même temps que des avancées décisives ont lieu dans différentes directions.

« Que nous apprennent les enfants qui n'apprennent pas ? »

Je ne peux m'empêcher de citer ce très beau titre de l'ouvrage de J. Berges, M. Bounes et S. Calmettes[5] comme un fil conducteur de la suite.

1. Quels troubles intellectuels et cognitifs dans l'enfance et à l'adolescence ?

Leur description s'est affinée voire transformée au fur et à mesure de la pratique clinique et des recherches. Ces troubles sont divers et leur appellation a parfois varié au cours du temps. Ainsi, la notion de retard mental est une réalité dont l'existence n'est pas discutée, mais dont l'appellation a pu et peut l'être. Ça n'est plus l'idiotie (du temps de Seguin ou de Bourneville) ni l'arriération ou encore la débilité. Mais on parle volontiers, outre de retard mental, de déficience intellectuelle, de déficit cognitif ou de manière plus globale de déficience mentale,

bien que l'on puisse voir des nuances non négligeables dans ces formulations. Nos connaissances dans ce domaine, qui concernent un à trois pour cent de la population et les champs tant sanitaire que médico-social, se sont transformés au cours des dernières décennies et années, notamment dans trois registres : l'étiologie, avec la mise en évidence d'une anomalie génétique de plus en plus fréquemment retrouvée, les progrès des examens neuroradiologiques et la biologie moléculaire et métabolique, etc… Sa prise en considération sur le plan social et pédagogique a elle-même beaucoup changé (par exemple, loi de 2005 sur les handicaps).

L'inhibition intellectuelle a été approfondie en clinique, notamment dans une perspective psychanalytique, mettant l'accent sur les obstacles apportés dans le fonctionnement intellectuel par la sphère affective et les représentations mentales venant interférer avec le désir de connaître, de savoir, d'apprendre et la disponibilité psychique dans ce domaine. Néanmoins, force est de reconnaître la persistance d'ambiguïtés, voire de contradictions dans l'usage du terme inhibition, tant sur le plan de la clinique que de celui des conceptions théoriques supposées en rendre compte. Les plans descriptif et psychopathologique sont souvent peu distincts. Par ailleurs, la perspective psychodynamique est actuellement complétée et réinterrogée par les modèles cognitifs, permettant de mieux situer cette expression symptomatique pouvant témoigner tout autant de la suspension élective et secondaire d'une fonction particulièrement investie, que d'entraves plus fonctionnelles relevant d'un abord thérapeutique différent.

Les troubles dits spécifiques des apprentissages. Ces fameux « dys » concernent plus particulièrement le développement du langage écrit (dyslexie-dysorthographie), des activités numériques et du calcul (dyscalculie) - c'est le choix, arbitraire, du DSM - auquel on peut associer, d'une part, celui du langage oral pour certains troubles sévères (dysphasie), et d'autres part, celui de la conception et de la production du geste et les activités visuo spatiales (dyspraxie). On parle parfois « de troubles instrumentaux » dans une perspective descriptive pour désigner les moyens impliqués dans ces processus d'apprentissage. Évoquons là le travail de B. Gibello sur les dysharmonies cognitives paru dans un ouvrage dès 1984[6]. Il y a lieu évidemment de bien différencier les situations où elles sont (relativement ?) isolées et les troubles des apprentissages et des acquisitions scolaires liés à des défaillances ou carences sur le plan éducatif, pédagogique, familial ou social ou intriqués à des troubles émotionnels importants (par exemple, l'angoisse et l'anxiété) ou psychopathologiques globaux du développement. Cette dernière éventualité est bien fréquente en clinique et engendre les situations parmi les plus difficiles dans la prise en charge en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Il n'est guère besoin de souligner la place centrale qu'occupe la mémoire dans la construction de la personne, en créant un passé, en donnant sens au présent et en permettant d'appréhender le futur. En fait, on le sait maintenant, plusieurs fonctions sont en jeu : mémoire à long terme, déclarative (connaissances et évènements) et non déclarative (savoir-faire), et mémoire à court terme et de travail. Même si les troubles de la mémoire sont un domaine encore à approfondir sinon à défricher en grande partie chez l'enfant, il est important de suivre les apports récents des études développementales dans ce domaine.

Les troubles de l'attention (TDAH) : les troubles de l'attention (avec ou sans hyperactivité et impulsivité) et des fonctions exécutives, notamment de planification d'une tâche, pour reprendre la terminologie actuelle, occupent une place importante dans ce champ des troubles cognitifs ; ils ne sont pas toujours bien connus ou reconnus en France par rapport aux États-Unis et aux pays où l'approche anglo-saxonne est prévalente. Ils méritent d'être abordés de manière suffisamment approfondie compte tenu des implications pratiques (parfois médicamenteuses aussi), même si la notion d'instabilité psychomotrice, la perspective psychodynamique et la thérapie psychomotrice y ont toute leur place.

Il faut encore appréhender **les troubles dits des cognitions sociales** et des activités cognitives impliquées dans la connaissance de l'autre et donc dans les interactions avec l'autre. Il est important à ce titre de distinguer, par exemple, ce qui est abordé sous les termes de théorie de l'esprit, d'empathie et d'intersubjectivité.

Les troubles de la métacognition, **de l'expérience métacognitive**. Ces troubles concernent les modalités par lesquelles l'enfant se représente son fonctionnement cognitif, est amené petit à petit à se rendre compte de sa manière de procéder, évalue sa production, anticipe les difficultés, gère les régulations de son activité. Ils sont évidemment tout à fait essentiels à repérer. On en voit toutes les retombées au plan pédagogique et à celui des rééducations et remédiations cognitives.

D'autres troubles ou modalités de fonctionnement intellectuel et cognitif sont aussi étudiés en fonction des situations : enfant surdoué, précoce ou à haut potentiel, adolescence, ou contexte psychopathologique comme on va le voir.

2. Quels troubles psychopathologiques ?

Il s'agit là de la « rencontre » entre la psychopathologie, celle de la vie psychique interne, et le fonctionnement intellectuel et cognitif. Ces troubles concernent, à la fois, comme nous l'avons vu, le développement des fonctions dites parfois « instrumentales » en vue de connaître le monde et de se connaître (l'activité cognitive, le langage, la vie perceptivo-motrice) et d'autre part, la vie émotionnelle et intra-psychique. Celle-ci, dans une perspective psychanalytique, fait référence au duo affect-représentation et à la notion de conflit interne et, dans une formulation plus cognitive et plus récente, au duo émotion-cognition. Mais en même temps, cela interroge la notion de motivation, de désir de connaitre, de savoir, d'apprendre, et les facteurs et enjeux dans leur réalisation. L'articulation entre ces deux domaines apparaît plus qu'étroite, tant ils sont liés, intriqués depuis le début de la vie.

Faut-il rappeler là l'incontournable modèle bio-psycho-social du développement et le consensus actuel sur la diversité, l'intrication et la complémentarité des facteurs intervenant dans le développement : facteurs neurobiologiques, psychologiques, sociaux et de manière plus générale environnementaux, ceci dans une perspective ouverte et non réductrice et simplificatrice ? Cette formulation est un peu une tarte à la crème, à la réserve près qu'actuellement on va un peu plus loin dans la mesure où des travaux dans le domaine des sciences de l'esprit apportent des données très importantes sur ce fonctionnement, ainsi que sur les conditions de sa mise en place et de son développement. Évoquons, par exemple, le domaine de l'épigénèse et des interactions entre facteurs génétiques et environnementaux précoces. Il faut lire à ce sujet ce qui est décrit dans un des tout premiers chapitres de l'ouvrage. A cet égard, il est bien problématique de voir que dans le DSM V (2013, traduit en français en 2015), les troubles du développement de l'enfant deviennent des troubles neuro-développementaux. De même, les psychologues formés à l'évaluation des activités cognitives sont devenus des neuro-psychologues. Cela en dit long sur la confusion des plans. Est-ce une raison suffisante pour ne pas voir l'intérêt d'évaluations cognitives à l'aide de tests montrant les ressources cognitives disponibles de l'enfant ? Mais en matière de tests, des représentations négatives sont encore actives fréquemment : étiquetage, stigmatisation, inintérêt, dans le public comme chez nombre de professionnels.

Insistons enfin sur le fait que la démarche concernant l'abord des troubles psychopathologiques peut se situer à différents niveaux : perspective descriptive *versus* perspective compréhensive – perspective catégorielle *versus* perspective dimensionnelle – perspective étiologique *versus* perspective pathogénique. Que d'erreurs, que de malentendus dans cette confusion entre ce qui est, d'une part, de l'ordre des mécanismes (le comment ?) et ce qui est, d'autre part, de l'ordre des causes (le pourquoi ?) d'un trouble. Ce n'est pas parce que l'on aura repéré des troubles des neuromédiateurs ou tel dysfonc-

tionnement à l'imagerie cérébrale fonctionnelle de telle région ou de tel circuit du cerveau, que l'on aura pour autant réglé le problème des *causes* de ce dysfonctionnement.

Bref, la question se pose ici à la fois de bien différencier le trouble étudié, ici intellectuel et cognitif, et de le resituer dans son contexte psychopathologique en termes de fonctionnement mental ou psychique, global ou prévalent, de structure psychopathologique, d'organisation de la personnalité. On peut se poser ici la question de la pertinence, dans de fréquentes situations cliniques, de la dichotomie très simplificatrice « structure névrotico-normale » et structure psychotique chez l'enfant et l'adolescent, face à la complexité et aux remaniements possibles des processus de développement psychique et la description récente de troubles dits « complexes et multiples du développement », de troubles limites (en France) ou de troubles « borderline » de la personnalité.

En pratique clinique

1. Quels que soient le caractère saillant de telle ou telle difficulté, la multiplicité des moyens thérapeutiques et des modalités de prise en charge possibles, il est important que le clinicien s'inscrive d'emblée dans une appréhension globale du fonctionnement de l'enfant. À défaut de cette conduite à tenir « généraliste », dans laquelle les parents doivent nécessairement être partie prenante, ces derniers sont voués à s'inscrire trop souvent dans un nomadisme médical et paramédical sans fin, impliquant une multitude de professionnels tous plus spécialisés les uns que les autres. De plus, l'annonce du trouble ou du « handicap » à l'enfant et à sa famille doit constituer un temps à part entière et se faire dans le même esprit, sachant qu'un diagnostic de trouble intellectuel et cognitif ne peut se suffire à lui-même puisqu'il ne contient pas, dans son expression même, les clés d'une prise en charge sur mesure.

Faut-il rappeler la diversité des moyens thérapeutiques ? Parmi ceux qui sont centrés sur le trouble ou la conduite symptomatique, les rééducations orthophoniques, psychomotrices, cognitives (avec notamment les remédiations cognitives), psychopédagogiques occupent la place centrale. Elles peuvent toutes avoir une réelle dimension thérapeutique (selon la qualité technique et relationnelle de l'intervenant). Le traitement médicamenteux a ses indications éventuelles, spécifiques (TDAH). Il y a bien sûr les abords psychothérapiques, qui peuvent avoir toute leur place à un moment ou à un autre de l'évolution.

Des aménagements pédagogiques, scolaires sont aussi, bien entendu, essentiels dans nombre de situations.

Faut-il en effet rappeler la diversité de celles-ci ? Des plus simples, en apparence, par exemple dans certains troubles (isolés ?) dits « spécifiques » des apprentissages, ce qui ne veut pas dire pour autant les plus faciles à faire évoluer, aux plus complexes combinant perturbations cognitives et troubles psychopathologiques importants.

2. Faut-il souligner par ailleurs les liens très étroits entre l'interaction interpersonnelle et le recueil de l'information dans le domaine psychologique où la subjectivité et l'intersubjectivité sont tout à fait essentielles. Bien entendu d'autres paramètres sont à prendre en compte, notre statut professionnel, les représentations collectives présentes à ce sujet, le cadre de travail. Sur un autre plan, notre formation initiale et permanente (expérience, connaissances, qualité de l'observation et de la démarche intellectuelle…) est aussi au cœur de cette pratique. Notre motivation, tout autant consciente que moins consciente est, bien entendu, elle aussi centrale ; nos ressources personnelles (empathie, capacité d'intersubjectivité, souplesse et flexibilité mentale, flexibilité cognitive aussi, etc…) sont évidemment très présentes dans notre travail clinique à la fois d'observation, d'évaluation et de prise en charge, et dans nos contre-attitudes à l'égard de nos patients et de leurs parents. C'est dire la part de travail sur soi qui est à faire dans notre activité clinique, comme dans notre recours aux modèles théoriques.

3. Puis-je terminer ces quelques lignes en invitant évidemment le lecteur à faire part de ses remarques et critiques à la Rédaction de la revue pour entamer le dialogue ? ●

Notes et Bibliographie

1. Je remercie Jean-Michel Thurin, Monique Thurin et l'équipe de rédaction de *Pour La Recherche* de m'avoir proposé d'écrire ces quelques lignes.

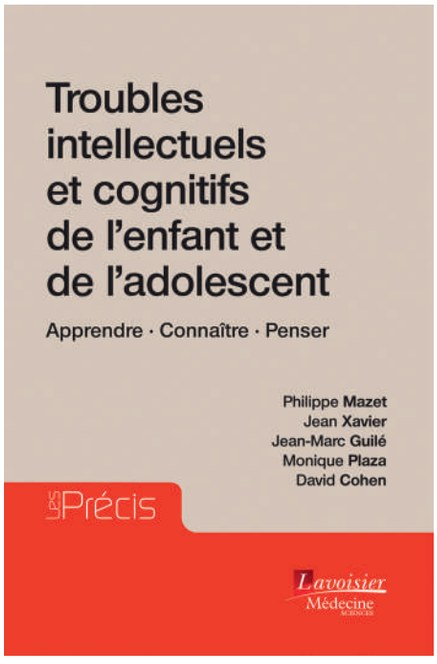
2. **Dortier J.F. Intelligence.** (2004). In : *Le dictionnaire des sciences humaines. Auxerre,* Editions Sciences Humaines.

3. **Gardner H.** (1983). *Frames of mind : the theory of multiple intelligences.* New York, Basic Books.

4. **Berthoz A, Debru Cl. et Coll.** (2015). *Anticipation et prédiction. Du geste au voyage mental.* Paris, Odile Jacob.

5. **Berges J, Bounes M, Calmettes S. et Coll.** (2004). *Que nous apprennent les enfants qui n'apprennent pas.* Paris, Editions Eres.

6. **Gibello B.** (1984). *L'enfant à l'intelligence troublée,* Paris, Le centurion.



Quatrième de couverture

Cet ouvrage aborde le champ des difficultés et des troubles de la vie intellectuelle et cognitive dans l'enfance et, plus généralement, celui des apprentissages et des moyens psychiques d'accès à la connaissance impliqués dans la réussite scolaire en particulier, et dans la réussite plus globale de l'enfant dans sa vie d'enfant, son bien-être, son développement harmonieux et dans sa future vie d'adulte. Fondé sur l'expérience clinique des auteurs auprès des enfants et des adolescents, mais aussi sur un enseignement dans le cadre d'un Diplôme universitaire, ce livre apporte également un éclairage plus large sur les processus impliqués dans les activités d'apprendre, de connaître et de penser, à travers les travaux les plus récents dans des perspectives tant psychologique, psychopathologique, neuropsychologique, sociale que neurobiologique.

L'ouvrage est organisé en quatre grandes parties : 1. les notions générales sur les processus cognitifs ; 2. le développement de l'intelligence et la cognition ; 3. les différentes modalités d'évaluation et d'exploration des troubles cognitifs ; 4. les troubles intellectuels et cognitifs spécifiques et leurs abords thérapeutiques, où la prise en charge est abordée à la fois pour chaque trouble particulier et dans des chapitres dédiés à certains modes de prise en charge ainsi qu'à la scolarisation de ces enfants et adolescents.

L'ouvrage s'adresse aux psychiatres d'enfants et d'adolescents, pédiatres, médecins de PMI, médecins scolaires ou généralistes, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, ergothérapeutes, enseignants et éducateurs spécialisés et à tous les professionnels exerçant dans les secteurs sanitaires et médicosociaux ayant en charge des enfants et des adolescents.

Les processus cognitifs entre plasticité neuronale et travail psychique

Jean-Marc Guilé*

● Dans le domaine des interactions humaines, les études tendent à traiter les faits mentaux comme des évènements neuronaux ou bien demeurent en deçà d'une opposition étiologique entre organogénèse et psychogenèse. Et pourtant, entre le fait biologique et le fait psychique, il existe une troisième voie qui est celle des processus cognitifs. Ceux-ci sont définis comme l'ensemble des opérations mentales qui de la perception à l'élaboration de l'action en passant par la mémorisation, traitent les informations sensorielles reçues par le sujet. Cette conception réinterroge la notion de « pensée ». La pensée est habituellement conçue comme l'expression de la vie psychique ou bien comme la mise en œuvre des capacités de raisonnement. En introduisant la notion de « traitement de l'information », l'ambiguïté de la notion de pensée est levée en distinguant son acception cognitive contemporaine, comme manipulation d'informations *(information processing)*, et son sens psychique, comme activité symbolique. Le modèle, explicité dans l'ouvrage récemment paru sous la direction de Mazet et collaborateurs, dérive d'une première mise en forme par Brusset (1996) et articule trois plans d'exploration et de recherche : neuronal, cognitif et psychique (Guilé, 2016). Des systèmes auto-émergents se déploient sur chacun de ces plans : réseaux de neurones, processus cognitifs, appareil psychique, ayant chacun des caractéristiques spatio-temporelles propres repérables sur les plans neuronal, cognitif et psychique respectivement. Chaque système s'auto-organise à partir d'un certain nombre d'entrées par le milieu interne et l'environnement, y compris les interactions et relations humaines, l'ensemble prenant forme dans le corps. En interaction permanente, cette auto-organisation est donc essentiellement dynamique, donnant corps et esprit à une plasticité cérébrale fondamentalement ouverte sur une grande richesse de possibilités évolutives.

Depuis sa formation in utero, le système nerveux central est plongé dans un flux constant de stimulations sensorielles, notamment visuelles et sonores. A la suite des travaux de Hebb et de Hopfield, les études en neuroimagerie ont révélé des correspondances de formes entre les réseaux neuronaux et les objets sonores et visuels de l'environnement, des correspondances qui façonnent la taille et la structure des activations neuronales, à la manière d'une impression dans une cire malléable. Evoquant un « auto-apprentissage» des neurones, on a montré que l'activation des neurones de proche en proche évolue vers la constitution d'un système neuronal fixe, de plus basse énergie, correspondant aux caractéristiques physiques de l'objet sonore ou visuel perçu. La présentation du même objet ou d'un stimulus voisin tendra à réactiver ce même ensemble neuronal. Sous l'impulsion des neurosciences computationnelles, les recherches évoluent actuellement vers la modélisation d'algorithmes dématérialisés, se rapprochant ainsi de la psychologie cognitive.

Sur le plan cognitif, des études anciennes ont très tôt montré le même phénomène en mettant en lumière la spatialisation de la perception et de l'imagerie mentale. Au-delà de ce phénomène de réception de la forme perçue, il a été proposé, par Rizzolatti notamment, que l'objet externe soit perçu comme un objet à saisir avant d'être identifié. Décodé dans ses caractéristiques qui permettent de le saisir, il serait encodé sous la forme d'« hypothèses d'actions », comme sous quel angle ou avec quelle prise il serait possible de l'attraper (2008, p 60). Ses travaux rejoignent indirectement le travail ancien de Libet qui avait montré que le premier temps de l'action est non-conscient, repérable environ 300ms avant sa détection consciente. Celle-ci prend probablement place au seul temps du contrôle de l'action et permet alors l'inhibition éventuelle des émergences d'action dont le déclenchement est non-conscient.

Le nourrisson s'oriente préférentiellement dès sa naissance vers le visage et la voix humaine. Pour « saisir le visage humain », il abandonne progressivement ses mouvements automatiques pour développer au cours du second semestre une stratégie personnalisée et simplifiée d'approche des visages familiers de ses proches, basée sur le repérage prioritaire de leurs détails caractéristiques et singuliers. Il simplifie ainsi l'accès aux repas et au sein. Cette stratégie d'exploration constitue un système auto-émergent de moindre coût cognitif, plus simple et plus efficace dans les situations familières. En revanche, à l'approche d'un étranger, cette stratégie, inappropriée pour la reconnaissance d'un visage non-familier, suscitera un désarroi perceptif et cognitif.

Ce phénomène a été décrit par Spitz sur le plan psychique sous le nom d' « angoisse de l'étranger ». Sur ce plan, la réalité psychique est aussi un « système opérant », un système ayant sa propre logique interne avec des caractéristiques temporelles et spatiales métaphoriques ainsi qu'une dimension énergétique. La perspective psychanalytique introduit une dimension pulsionnelle dans la compréhension psychodynamique des faits mentaux. Avant même que les visages familiers soient identifiés et reconnus, la perception est très rapidement teintée des expériences de satisfaction, de plaisir partagé et de frustration qui vont fonder la construction psychique du bébé dans le creuset des interactions avec ses parents. Dans cette perspective, la représentation psychique est tout à la fois le représentant de l'excitation pulsionnelle et son accomplissement. A ce titre elle interroge dans ses rapports avec l'action externe. « Représenter, c'est faire dans l'espace psychique » (Roussillon, 2007 p.344). Widlöcher et Roussillon proposent de ne plus opposer action et représentation. La représentation comme « action interne », à son origine inconsciente, serait introduite dans le champ représentationnel conscient comme une « action d'essai » mentalisée. Le travail de représentation serait ainsi tout à la fois figurabilité et accomplissement de désir. Mais la représentation est inséparable de sa chaîne associative. Cette chaîne, avec son lot d'investissements et de contre-investissements, constitue le système auto-émergent propre au plan psychique, sur lequel vont opérer les mécanismes de défense et de dégagement amenant le système à évoluer vers une organisation de plus bas coût énergétique. Au terme de cette présentation sommaire, on voit que le même objet apparait tout à la fois comme un objet reproduit, un objet à saisir et un objet investi.

Les systèmes auto-émergents, décrits sur les trois plans, interagissent les uns avec les autres. Ils sont instables et tendent toutefois à l'homéostasie. Cette homéostasie est dynamique, cherchant toujours son équilibre, dépendante d'apports extérieurs pour l'acquérir (Arminjon, 2010 ; Guilé, 2014). La solution qui est trouvée dans l'auto-organisation de ces systèmes, est adaptative. Elle reflète la plasticité neuronale tout autant que la fluidité cognitive et la santé psychique.

Sur un premier plan, neuronal, notons que les réseaux neuronaux sont trempés dans l'univers des signaux nerveux et chimiques du milieu interne somatique qui constituent leur environnement avec lequel ils entretiennent des interactions permanentes. Ceci est particulièrement déterminant lors des périodes sensibles de l'embryogénèse du tissu ner-

veux comme ultérieurement pour la neurogenèse adulte. Des auteurs comme Damasio ou Perry ont souligné la participation d'états somatiques à l'encodage neuronal des souvenirs. Cet état, marqué de modifications viscérales et métaboliques, est réactivé lors du simple rappel mnésique ou de situations plus complexes comme la confrontation post-traumatique au rappel de situations stressantes. Ces phénomènes sont modulés par des régulations hormonales, notamment glucocorticoïdes, qui agissent sur le fonctionnement des récepteurs synaptiques comme sur la neurogenèse.

Sur le plan cognitif des processus de traitement de l'information sensorielle, les flux d'entrée sont essentiellement continus et ambigus. Dans le domaine du sonore, les capacités de discrimination verbale que le nourrisson manifeste au second semestre, semblent résulter de processus d'apprentissage probabilistes : les nourrissons détectent au sein du flux vocal continu des répétitions de pauses et de sons qui servent de repères pour la segmentation et la compréhension des mots. Les entrées sensorielles successives génèrent un modèle interne à l'essai de la forme sonore perçue. Ce modèle se modifie et se précise au fur et à mesure des présentations successives de l'objet sonore. Dans le contexte des interactions précoces, les parents nourrissent leur bébé de stimulations sensorielles soutenues. Ces échanges se déploient sur un mode de synchronie dynamique. Il s'agit d'un ajustement dynamique à la séquence temporelle de l'interaction entre partenaires de l'interaction. La réponse synchrone des parents aux propositions sonores du bébé contribue à sélectionner et valider le modèle interne des mots du bébé (Guilé, 2014).

Qu'en est-il de l'interface entre les plans neuronal et cognitif ? Les réseaux neuronaux sont spontanément évolutifs et l'encéphale est sujet à un amincissement cortical normal de l'enfance jusqu'à l'entrée dans l'âge adulte. A contrario, tout se passe comme si les réseaux étaient recyclés pour s'adapter aux exigences évolutives de l'humain, les réseaux impliqués dans le décodage des visages pouvant ainsi « être réattribués » à la lecture (Dehaene, 2009).

La question de l'homéostasie dynamique s'ouvre de façon plus vaste sur le plan psychique. La nécessité pour l'enfant d'aller chercher des appuis extérieurs est plus évidente. Avec l'intersubjectivité, s'instaure un dialogue de psyché à psyché entre l'enfant et l'adulte, entre les deux appareils psychiques, entre l'inconscient de l'adulte et l'appareil psychique en formation du bébé. C'est ce qu'illustre Winnicott : « Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit » (1967, p. 205). La mère rassemble la sensori-motricité éparse du bébé, soutenue par le père dans l'exercice de la préoccupation maternelle primaire, et la restitue sous une forme intégrée et appréhendable par le bébé. Ces échanges permettent au bébé d'internaliser progressivement sa propre fonction contenante en identification à la figure maternelle. Le travail de représentance, évoqué plus haut à la suite de Roussillon, est porté par cette dyade psychique parent-bébé et on peut constater en pratique clinique une grande variété de constellations qui vont ou non soutenir le travail de symbolisation du bébé.

On peut aussi s'interroger sur l'interface entre les plans cognitif et psychique. Si on suit l'hypothèse du modèle avec la capacité d'auto-organisation propre à chaque plan, chaque système, cognitif et psychique, peut s'organiser à contre-courant de l'autre, entrainant pour le sujet des entraves fonctionnelles. Si on prend l'exemple des instabilités psychomotrices, le poids des contre-investissements, mentionnés plus haut, et le défaut de contenance peuvent entraver la fluidité des processus attentionnels. Au contraire, chez un sujet dont les capacités de traitement de l'information sont immatures, la fluidité des investissements, la sécurité des attachements et l'internalisation d'une bonne capacité contenante peuvent rééquilibrer le dysfonctionnement cognitif et en limiter l'atteinte fonctionnelle.

Dans le domaine des propositions thérapeutiques, le modèle éclaire l'articulation possible entre la médication, la remédiation cognitive et la psychothérapie, chacun ciblant la réorganisation d'un système sur chacun des trois plans, neuronal, cognitif et psychique respectivement.

Dans le domaine de la recherche, des études abordant simultanément les faits cliniques sous les trois perspectives permettront d'analyser les articulations fines entre ces trois plans : plasticité neuronale, flexibilité cognitive et santé psychique. Tel que mentionné dans l'ouvrage récemment paru sous la direction de Mazet et collaborateurs, chaque plan, neuronal, cognitif et psychique, peut être abordé indépendamment et simultanément avec sa propre méthodologie d'observation. La neuro-imagerie et les études électrophysiologiques donnent un aperçu anatomo-fonctionnel des phénomènes mentaux décrits comme non-conscients et dépendants du temps d'activation et de l'organisation tridimensionnelle des circuits neuronaux. Les études de psychologie expérimentale sur la cognition mettent en lumière des phénomènes temporellement mais non spatialement déterminés. Dans ces deux approches, l'individu est extérieur à l'observation des phénomènes. Au contraire, en psychanalyse, le sujet est partie prenante des phénomènes étudiés et le moi d'observation est utilisé comme un prisme à travers lequel analyser les phénomènes intrapsychiques et intersubjectifs (Guilé, 2016). ●

Bibliographie

Arminjon M, Ansermet F, Magistretti P. (2010). The homeostatic psyche: Freudian theory and somatic markers. *J Physiol* Paris 104:272–8. doi:10.1016/j. jphysparis.2010.08.006

Brusset B. (1996). Les sciences de l'esprit et de la psyché. In : *Psychanalyse, neurosciences, cognitivismes.* Paris, PUF.

Dehaene S, Dehaene-Lambert G. (2009). Neuro-imagerie cognitive : phylogenèse et ontogenèse. *Bull. Acad. Natle Méd.,* 193, 4, 883-889.

Guilé JM. (2014). Probabilistic perception, empathy, and dynamic homeostasis: insights in autism spectrum disorders and conduct disorders. *Front Public Health,* 27;2:4. doi: 10.3389/fpubh.2014.00004.

Guilé JM. (2016). Processus cognitifs : entre réseaux neuronaux et travail psychique. In Mazet P., Xavier, J., Guilé, JM., Plaza M, Cohen D (Eds). *Psychopathologie des troubles intellectuels et cognitifs chez l'enfant et l'adolescent,* Paris, Lavoisier.

Rizzolatti G, Sinigaglia C. (2008). *Les neurones miroirs.* Paris, Odile Jacob.

Roussillon R. (2007). La représentance et l'actualisation pulsionnelle. *Revue française de psychanalyse,* 71 : 339-357.

Winnicott DW. (1971). Mirror-role of mother and family in child development (1967) In : D Winnicott. *Playing and reality.* London, Tavistock Publications, 1971.

* Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
guile.jean-marc@chu-amiens.fr
Groupe de Recherches sur l'Analyse Multimodale de la Fonction Cérébrale, Inserm U1105, Université Picardie Jules Verne, Amiens et Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Amiens, Bd Laënnec, 80480 Amiens.

« Visite guidée en hôpital de jour : de la clinique à l'évaluation scientifique, une recherche en cours ». Présentation de la recherche « Évaluation des pratiques intégratives en unité de soins infanto-juvéniles pour des enfants présentant un autisme typique ou atypique Autismes » PREPS 2013.

Vendredi 20 janvier 2017 de 9 h 00 à 17 h 00
à l'Asiem, 6 rue Albert Lapparent 75007 PARIS
Inscription gratuite mais obligatoire
ffpsychiatrie@wanadoo.fr

Éclairages et questions issus de la pratique en Institution

Huguette Le Guillou

Psychologue, SESSAD DI - APEI, Maubeuge

● L'ambition de l'ouvrage de Ph. Mazet, J. Xavier, JM. Guilé, M. Plazza et D. Cohen est d'éclairer tout professionnel de la santé. La densité des contenus pointe la complexité et la mouvance paradigmatique du thème. Et pourtant, chapitre après chapitre, nous plongeons progressivement dans une réflexion de fond. Pour comprendre l'architecture et le développement cognitif, les étapes fondamentales du développement et de la maturation cérébrale sont rappelées. Elles présentent les bases neuro anatomiques et neurobiologiques des apprentissages et nous découvrons comment se planifient les circuits neuronaux sur un mode d'organisation tridimensionnelle : neuronal, cognitif et psychique. L'intelligence se modélise ainsi en fonction de trois systèmes auto émergents et auto organisés, elle se construit avec de multiples interactions qui ont lieu entre les processus et les niveaux. Le cerveau n'est pas figé. Il évolue au cours de la vie, en fonction de l'histoire du sujet, de l'apport de ses connaissances, de sa culture et de son environnement. La plasticité cérébrale représente ici une possibilité majeure pour les soins et l'éducation précoce de l'enfant en devenir. Le développement de son intelligence reste tributaire de ses apprentissages, notamment fondamentaux, pour accroître ses connaissances et ses adaptations futures.

Les processus cognitifs tels que le langage, l'attention, la mémoire, les cognitions sociales et l'estime de soi contribuent aux apprentissages. En tenant compte de l'intrication de l'appareil cognitif et de l'appareil psychique les auteurs ont le souci d'articuler ces deux dimensions et invitent à une démarche diagnostique prudente et avisée.

En effet l'origine des troubles développementaux et des troubles cognitifs est multiple et donc complexe. La conduite exploratoire doit être multidimensionnelle et pluridisciplinaire, méthodique. Soit il s'agit de troubles neurodéveloppementaux secondaires dont l'étiologie est déterminée (anomalies architecturales ou fonctionnelles), soit les troubles cognitifs ont des causes incertaines et font intervenir des facteurs génétiques, environnementaux ou psychoaffectifs. Pour chaque professionnel concerné, le recensement sommaire des informations issues des différentes disciplines favorise une compréhension et une vision d'ensemble de la spécificité de chacune. La question qui se pose néanmoins est de constater que les domaines respectifs se spécialisent de plus en plus, gagnent en précision, au risque de perdre une vision unitaire du problème et du sujet.

La dimension clinique devient ici fondamentale. L'évaluation de l'efficience intellectuelle avec des outils standardisés permet d'établir un profil global pouvant aller de la déficience à la précocité, et de mettre en évidence des profils cognitifs différents. L'apport de la neuropsychologie affine le profil cognitif en différenciant ce qui relève d'un retard global déficitaire d'un déficit spécifique. Si cette approche s'avère utile, elle risque aussi d'apporter un regard réducteur. La clinique infanto juvénile nécessite donc de prendre en considération le temps de maturation mais aussi les interrelations de différents facteurs, et notamment ceux qui sous-tendent le travail psychique. Le diagnostic des troubles spécifiques entravant les apprentissages (dyslexie, dysorthographie, dysgraphie, dyscalculie, dyspraxie, dysphasie) constitue un enjeu majeur pour la scolarité dont l'optique est inclusive (loi 2005) nécessitant alors des remédiations, des adaptations ou des aménagements pédagogiques. Les auteurs mettent en garde contre le risque de confusion et de biais d'analyse. Ils dévoilent la coexistence possible de troubles cognitifs et psychopathologiques (anxiété, dépression, trouble du spectre autistique (TSA) ainsi que de pathologies neurosensorielles). Quel lien peut-on faire entre TSA et Trouble du langage oral ? Cause ou conséquence ? Quel lien entre le trouble déficitaire de l'attention et le comportement (avec hyperactivité, dépression) ?

Il ne s'agit pas de pointer les déficits, mais aussi les possibilités évolutives et de remaniements chez un être singulier non réductible à ses limitations adaptatives. Celui-ci est considéré dans un écosystème, riche (ou pas) en interactions et interrelations.

La problématique centrale est alors de savoir en fin de compte où se situe actuellement le curseur d'analyse et d'appréhension des difficultés d'apprentissage. L'interprétation des troubles des processus cognitifs entre le tout neuropédiatrique et le tout pédopsychiatrique reste une vaste interrogation quand on constate les réalités de terrain (secteur sanitaire versus médicosocial dont le plateau technique s'est étoffé d'ailleurs en disciplines différentes), la représentativité de la pédopsychiatrie s'y trouve minorée, laissant alors le champ libre au diagnostic neuropédiatrique qui propose des investigations plus poussées. Si l'approche neuroscientifique actuelle précise, à juste titre, que tout apprentissage a un enracinement biologique et que les troubles intellectuels ne sont pas uniquement imputables à la famille ou à l'environnement, la traduction pratique qui en est faite n'est-elle pas celle d'une surmédicalisation des troubles sur une base réductrice ?

Travailler dans une équipe pluridisciplinaire au plateau technique complet (pédiatre, pédopsychiatre, psychologue, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs, assistante sociale, enseignante spécialisée…), c'est être confronté à des points de vue différents et c'est effectivement considérer des modalités d'évaluations diverses, parfois redondantes. Toutefois dans une culture de réseau, il n'est pas aisé de conjuguer tous les points de vue. Le temps du diagnostic peut s'avérer long au cours des différents accompagnements lorsqu'on prend en compte les facteurs génétiques, neurobiologiques, environnementaux, sans oublier les facteurs psychopathologiques, socioaffectifs et simplement adaptatifs. La question se pose aussi de la façon dont nous mobilisons nos expertises techniques pour aborder au mieux le plan thérapeutique. L'évaluation est devenue une exploration très sophistiquée et pointue, égarant parfois les familles dans le parcours du handicap et ne permettant pas toujours une réponse adéquate. Nos pratiques semblent de plus en plus se spécialiser, se séquencer en actions différentes. Un décalage entre les apports théoriques et les interventions professionnelles peut s'observer. Des actions-recherches seraient utiles pour valider la cohérence de nos pratiques. Le livre pourrait ouvrir une réflexion dans ce sens. De plus, les logiques institutionnelles (partenaires sociaux, Éducation Nationale, milieu médical…) et d'organisation du travail peuvent mettre à l'épreuve la prise en charge d'un enfant ou d'un adolescent. Les prises de décision entre directions administratives ne vont pas forcément dans le sens des acteurs de terrain. Comment garantir un parcours cohérent en fonction des pratiques, des lieux et des institutions ?

Un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile, un agrément Déficience Intellectuelle avec ou sans troubles associés (SESSAD DI), peut décrire les paradoxes rencontrés auprès des enfants et adolescents en situation de handicap. Quelques vignettes cliniques pour illustrer :

● Fabien manque de confiance en lui. Il a des difficultés d'apprentissage depuis la maternelle, liées à un retard de la parole et du langage. Il est maintenu en grande section, mais

le retard des acquisitions, une forte anxiété et des troubles du comportement interrogent d'autant plus qu'il a vécu des évènements de vie stressants, dont l'accident grave de son père advenu au cours de cette période. Des hypothèses successives et infirmées sont émises (Dysphasie ? Dyslexie ? Déficience intellectuelle ?) par les orthophonistes en libéral. Fabien bénéficie en parallèle d'autres rééducations au fur et à mesure des structures qu'il traverse (CAMSP/CMPP/SESSAD DI). Aiguillé par la neuropédiatre qui essaie de répondre au mieux à la famille inquiète, un Sessad DI est proposé. Il sera effectif deux ans plus tard. Fabien est alors lecteur, scolarisé en CE2 avec l'aide d'une auxiliaire scolaire (AVS 15h/semaine). Au cours des trois mois d'observation pluridisciplinaire, les divers bilans ne l'inscrivent pas dans une problématique de retard mental.

Un temps d'échange avec les partenaires s'est avéré nécessaire pour reconsidérer le type de prise en charge chez cet enfant qui présente un trouble sévère du langage oral et qui se considère « bête et débile ». La question d'une réorientation est alors envisagée mais dans l'attente (administrative), les parents souhaitent la poursuite du suivi dans notre service. L'enfant a d'ailleurs déjà montré quelques progrès et des signes de mieux être (fin de l'énurésie nocturne). En psychothérapie, Fabien fait souvent référence à la mort « on va tous mourir » dit-il dans ses jeux et dessins marqués d'attaques sanguinolentes, de vampires dévorants, de personnages atteints au couteau et au regard mutilé). Son contact est distant, fuyant. Ses rires sont forcés et discordants. Il recourt volontiers au papier crayon pour exprimer quelque chose d'important ou pour communiquer des messages affectueux à ses parents. Pendant ce temps des investigations à des fins diagnostiques se sont surajoutées (Puce ADN, orthoptie, deuxième bilan neuropsychologique en ergothérapie qui évoque une dysgraphie et préconise une rééducation pour l'utilisation d'un ordinateur). L'escalade des évaluations cherchant à compenser les déficits tend à escamoter et complexifier la problématique anxiodépressive. Cependant, Fabien évolue bien en CM1 au prix d'un emploi du temps bien chargé par toutes les interventions.

● Adam, âgé de dix ans, scolarisé avec un dispositif ULIS (Unité Locale pour l'Inclusion Scolaire), présente un déficit cognitif global et un retard important des acquisitions (non lecteur). La rééducation en orthophonie libérale a débuté dès ses trois ans alors qu'il manifestait des troubles du comportement. C'est un enfant qui présente un profil psychométrique qui reste atypique avec une dissociation forte entre un indice en compréhension verbale supérieur et d'autres indices déficitaires. Son vocabulaire est supérieur à la moyenne des enfants de son âge et son niveau de connaissance est élevé dans certains registres. Il a une très bonne mémoire. Le retard des fonctions psychomotrices est global. Après un suivi au CMPP pour rééduquer la motricité fine, son entrée au Sessad demandée par l'école, devient effective après deux ans d'attente. Son inclusion en CM1 correspondant à sa classe d'âge pose véritablement problème et des retours en ULIS ne sont pas un gage d'un mieux-être. Adam ne supporte pas en effet d'être confronté à ses échecs. Ses réactions sont démesurées et la souffrance exprimée semble viscérale. La relation est souvent conflictuelle car il réagit vivement aux contraintes ou aux frustrations. Malgré les troubles expressifs, il parle beaucoup et fort sans regarder son interlocuteur, dans un monologue interminable et avec une certaine agitation psychomotrice. Il lui arrive souvent de se lever de sa chaise et de déambuler dans la pièce à la recherche d'un intérêt quelconque, parfois pour se soustraire aux contraintes de l'activité. Son attitude égocentrique, le manque d'empathie et les réactions (rage) posent particulièrement problèmes à l'école et en famille. Des bizarreries dans son comportement et de fortes angoisses ont égrené son développement. Les parents ont toujours essayé d'y parer. Des conduites éducatives ont tenté de réguler les débordements et les conflits, en favorisant l'isolement dans sa chambre dans laquelle il joue seul dans « son monde imaginaire » ou regarde en boucle ses séries scientifiques préférées. Les parents, qui ont refusé des investigations médicales, donnent une description très fine et juste de leur fils. Face à l'incompréhension des troubles sans étiquette diagnostique, et dans un souci permanent de compensation, l'équipe pédagogique essaye de nommer ce qui leur échappe : une dyspraxie, puis une dysgraphie, et une hyperactivité pour se résigner à un retard mental. Mais au final, c'est Adam qui saisit dans sa prise en charge la dimension d'écoute et thérapeutique de ses troubles. Lorsque l'on tient compte de l'ensemble des éléments relatifs à la situation de l'enfant et de l'adolescent en situation de handicap, en considérant les différents partenaires, les problématiques multiples qui s'imbriquent et les modes opératoires divers et parfois éloignés des uns des autres, il est évident que les professionnels se sentent parfois démunis face à la complexité.

Pour conclure, l'ouvrage nous invite aussi à appréhender les problématiques cliniques que nous rencontrons, certes sous l'angle pluridisciplinaire, mais surtout dans une dimension holistique du sujet. L'avertissement est de ne pas se méprendre sur une perception parcellaire ou partiale des troubles risquant de réifier l'enfant dans une fonction défaillante. Il s'agit aussi, et surtout, de « prendre soin de ». Nos pratiques professionnelles montrent hélas qu'il n'est pas facile de garder à l'esprit ce principe unificateur.

La visée intégrative de cet ouvrage dont les champs théoriques et conceptuels peuvent sembler éloignés, décrit les connaissances nouvelles foisonnantes en neurosciences et en recherches médicales pour comprendre l'organisation cérébrale mais aussi celle du développement psychoaffectif de l'enfant. ●

* Le SESSAD est un Service d' Education Spéciale et de Soins À Domicile dont les missions sont d'assurer une prise en charge globale pluridisciplinaire, de favoriser l'inclusion sociale, d'accompagner l'enfant en âge scolaire présentant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés, dans tous les lieux de vie.

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

POUR LA RECHERCHE

ffpsychiatrie@wanadoo.fr
Tél. : 01 48 04 73 41

Remerciements

■ A la *Direction Générale de la Santé*
dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.

■ *A* la *S.I.P. et à la S.F.P.E.A.*, pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7696
e.ISSN : 2263-7230

ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,
de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

(4 numéros - abonnement 2017)
à

Fédération Française de Psychiatrie
Hôpital Sainte Anne - IPP
26 boulevard Brune - 75014 PARIS

Secrétaire de rédaction et maquette : ***Monique Thurin***

Impression : Gerik plus - 01 48 12 11 62