

CONCEPTION DYNAMIQUE DES DÉFICIENCES INTELLECTUELLES DE L'ENFANT

Roger Misès

La conception que je vais tenter de défendre repose sur un remaniement profond de la théorie classique de l'arriération et de la débilité dont je rappellerai d'abord les critères fondamentaux. Selon cette conception née au XIX^e siècle, les troubles de l'intelligence sont expliqués par les dysfonctionnements du système nerveux qui en constituent la condition nécessaire et suffisante.

- *Nécessaire* car cette référence est incluse dans la définition au point que l'on exclut du cadre de l'arriération et de la débilité mentale, les déficiences qui sont ouvertement liées à des facteurs socioculturels graves: on parle alors de pseudo-débiles même quand le déficit se révèle permanent et irréversible.
- Les dysfonctionnements du système nerveux, s'ils sont ainsi nécessaires à l'explication du trouble, sont également suffisants : on n'envisage pas que les perturbations dans l'environnement puissent contribuer à la structuration du déficit intellectuel — tout au plus admet-on que les conditions défavorables faites à l'enfant débile puissent introduire des réactions secondaires (secondaires à tous les sens du terme).

Une telle conception a des conséquences sur la prévention et la cure.

Du point de vue préventif, elle autorise surtout la mise en oeuvre de moyens qui visent à protéger l'enfant d'une atteinte cérébrale (d'où le développement du conseil génétique, de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement, le perfectionnement de la néonatalogie).

De la même manière, dans l'aide apportée, en dehors de cas relevant d'actions médicales précises, l'orientation se fait essentiellement vers la mise en oeuvre de mesures d'éducation et de pédagogie adaptées aux capacités de l'enfant et l'on n'envisage pas d'ordinaire que des actions plus ambitieuses puissent aboutir à des remaniements structuraux.

Les études multidimensionnelles menées dans une perspective dynamique ont profondément modifié la conception traditionnelle de l'arriération et de la déficience mentale, en mettant en valeur trois ordres de faits:

- Du point de vue étiopathogénique, à côté des facteurs du champ neurobiologique, il convient de prendre en compte d'autres éléments du champ familial et social.
- S'impose aussi la remise en question de la notion d'une inscription précoce et irrémédiable: en effet, en dehors des formes les plus graves soutenues par des atteintes neurologiques patentes, la déficience, loin d'être entièrement donnée d'emblée, se structure progressivement avant de se fixer sous une forme durable.

Roger Misès, professeur émérite de psychiatrie de l'enfant à la Faculté de Médecine Paris-Bicêtre, Fondation Vallée, 7, rue Benserade, 94250 Gentilly.

- Dans cette période évolutive, il importe enfin de saisir l'enfant dans ses diverses composantes, sans le réduire au seul versant déficitaire. C'est sous cet angle que l'on a décrit des «déficiences dysharmoniques», sous un éclairage multidimensionnel et selon une orientation dynamique. Un tel élargissement du problème offre de nouvelles voies à des approches préventives et curatives, en permettant des interventions à différents niveaux et en développant des actions centrées sur une nouvelle compréhension des mécanismes psychopathologiques que l'on découvre dans ces organisations complexes, ceci à un moment où ces mécanismes sont encore mobilisables.

Ces perspectives prennent appui sur des courants de recherche fort divers.

- *Du côté de la psychologie*, on connaît les critiques faites à l'utilisation réductrice du QI et à la mise en valeur des seuls aspects quantitatifs. Des auteurs comme Wallon, Zazzo, Piaget et Inhelder ont décrit des traits, des mécanismes spécifiques qui témoignent de la complexité des organisations déficitaires.
- D'un autre côté, au cours des vingt dernières années, *l'étude des interactions précoces mère-enfant* a bien montré la diversité des facteurs en jeu dans le développement de tout sujet, qu'il soit normal ou pathologique. Les études récentes sur l'épigenèse de la vie mentale constituent aujourd'hui un terrain privilégié pour des recherches trans-disciplinaires associant l'observation clinique, l'éthologie, la neurophysiologie, le cognitivisme, la psychanalyse, etc. La plupart de ces études font exclure l'existence d'un lien de *causalité simple* qui permettrait d'expliquer le fait pathologique par le seul dysfonctionnement du système nerveux. Je reviendrai sur ce point mais, auparavant, il faut s'arrêter sur quelques *études révélatrices de la place importante tenue par les facteurs d'environnement*.
- Les nombreux travaux modernes sur les conséquences de la souffrance cérébrale dans la période périnatale, soulignent la diversité des

facteurs en jeu et leurs interactions mutuelles. Ces études ont contribué à la mise en oeuvre d'une coopération entre praticiens de diverses disciplines, de façon à prendre en compte, non seulement les aspects neurobiologiques, biologiques et médicaux, mais aussi la dimension affective, familiale, sociale du problème.

À ce sujet, dans une revue d'ensemble sur le devenir des enfants prématurés, Papiernik a dégagé trois éléments qui lui paraissent essentiels pour le pronostic: deux ne surprennent pas, ce sont le poids de naissance et la durée de la gestation. Le troisième est plus étonnant, il concerne la catégorie socioprofessionnelle du père: un prématuré issu d'un milieu très défavorisé a deux fois plus de risques d'évoluer vers une insuffisance intellectuelle qu'un autre prématuré présentant les mêmes caractéristiques cliniques (poids, durée de la gestation) mais issu d'un milieu moyen ou supérieur. Je reviendrai plus loin sur les mécanismes par où s'exercent les facteurs de milieu.

- Une enquête épidémiologique effectuée par le CESAP et l'INSERM (Salbreux *et coll.*) mérite également d'être citée car elle porte sur un nombre élevé de déficiences mentales profondes (QI inférieur à 50) qui comportent une atteinte organique avérée dans 80 % des cas.

Cette étude confirme donc le rôle déterminant de l'atteinte cérébrale initiale mais elle révèle aussi que la gravité de la déficience au terme de l'évolution dépend, pour une part, des effets (positifs ou négatifs) que les facteurs d'environnement exercent tout au long de l'histoire.

- Du côté des débilités légères où l'influence des atteintes organiques patentes est beaucoup plus réduite, le rôle de l'environnement apparaît encore plus nettement. En effet, d'autres enquêtes épidémiologiques dégagent par exemple le rôle des éléments suivants:

- la catégorie socioprofessionnelle du père;
- la nationalité des parents (origine française ou étrangère);
- le degré de peuplement du logement;
- l'espace personnel dont l'enfant dispose.

À partir de là, dans une étude menée par l'équipe de la Fondation Vallée sur les enfants placés en classe de perfectionnement¹ (débiles légers et moyens), on découvre un autre élément: à savoir la diversité des organisations psychopathologiques qui caractérisent des enfants possédant, par ailleurs, le même niveau mental.

Parmi ces sujets, le sous-groupe qui offre le tableau le plus proche de la classique débilite dite endogène simple ou harmonique est celui où dominant, non les facteurs génétiques, mais la massivité des carences socioculturelles: les parents sont immigrés ou transplantés dans un milieu urbain où ils vivent dans des conditions misérables, sans pouvoir faire face aux exigences élémentaires de la vie sociale. Ces parents sont, par conséquent, incapables de former un projet pour leur enfant et de lui fournir un soutien. En outre, l'anamnèse fait voir que, loin de présenter d'emblée le classique retard psychomoteur que l'on décrit traditionnellement, ces enfants avaient surtout manifesté dans les premières années de leur vie des perturbations complexes où les facteurs affectifs, sociaux, jouaient un rôle prépondérant. On doit également souligner dans ces milieux la pauvreté des échanges par le langage, d'où découlent des défaillances évidentes dans l'accès à la compétence linguistique, dans la gestion de la communication par la parole, dans l'intérêt pour l'écrit et l'aspiration à la connaissance; ces enfants disposent d'un code de langage essentiellement concret et situationnel qui se démarque du support linguistique exigé par le milieu scolaire.

On pourrait citer bien d'autres travaux d'ordre clinique, épidémiologique, sociologique qui soulignent l'importance considérable des facteurs de milieu et obligent, par conséquent, à une révision de la conception classique mais il reste à préciser *par quels mécanismes le milieu intervient*: c'est ici que la psychopathologie retrouve pleinement sa place.

Les analystes ont relevé depuis longtemps l'importance d'une reprise des fantasmes parentaux dans la réalité, lorsque à la naissance d'un enfant, la mère est confrontée à des anomalies ou à des retards du développement. On a montré également la place étroite qui est faite parfois à l'enfant dans sa famille et dans la société, en raison des positions adoptées par un entourage qui ne lui accorde pas pleinement un statut de sujet.

Ces divers éléments méritent d'être pris en considération, mais ils ne pèsent pas de la même manière dans tous les cas. Ainsi, paraît-il excessif d'aller aussi loin que certains analystes qui ont présenté la débilite mentale comme une réponse aux positions inconscientes de la mère, en négligeant, systématiquement, l'influence des facteurs organiques et le rôle des réorganisations qui se produisent au cours de l'histoire de l'enfant?

Pour ma part, de la même manière que je propose une révision des explications traditionnelles par le seul dysfonctionnement cérébral, je récusé également les explications simplificatrices d'ordre psychogénétique.

Du point de vue méthodologique, il apparaît plus fécond de réaliser des études multidisciplinaires à long cours orientées à la fois vers l'observation et la cure; ici, l'éclairage psychanalytique trouve sa place mais sans exclure les autres voies d'abord. De ces approches multidimensionnelles, il ressort que la déficience mentale ne représente pas un état donné d'emblée: elle se construit, se modèle progressivement sous l'influence de facteurs divers.

Ainsi, même dans les cas où des atteintes organiques indéniables existent dès la naissance, par exemple chez les prématurés, il faut reconnaître ce qui en résulte du côté de l'entourage: la déception, le désespoir, la

1. On dirait aujourd'hui CLIS (Classe d'intégration scolaire).

dépression des parents, l'incapacité à faire le deuil de l'enfant attendu. Tous ces facteurs vont peser dans les interactions entre l'enfant et la mère et, d'autant plus, que souvent, un temps de séparation est rendu nécessaire par un séjour en service de soins intensifs.

Dans ce contexte, on doit envisager deux aspects du problème relationnel:

- D'un côté, les dysfonctionnements d'ordre neurologique perturbent les signaux allant de l'enfant vers la mère dans des interactions précoces dont on connaît bien aujourd'hui l'importance ; en pareil cas, la mère est mise en défaut par les défaillances provenant de l'enfant.
- Cependant, d'un autre côté, il faut également considérer les insuffisances dans le soutien fourni par la mère, soutien qui, lors d'une naissance normale, permet à la mère de s'ajuster de façon particulièrement étroite aux besoins de l'enfant dans les premières semaines de la vie; ce que Winnicott a bien montré en décrivant la «sollicitude maternelle primaire» qui permet une adaptation presque parfaite de la mère.

Dans les cas défavorables, ces deux versants entrent en relation dialectique, ils s'aggravent mutuellement et il en résulte des perturbations massives dans les premières expériences vécues au cours de phases initiales de l'histoire où, normalement, l'enfant commence à organiser sa vie mentale; les premières distorsions prennent forme dans ce contexte et elles tendent à s'accroître par la suite.

Pourtant, dans des cas favorables, une mère — surtout si on l'aide — pourra dépasser ses angoisses, sa dépression, reconnaître l'enfant pour ce qu'il est, avec ses retards, ses dysharmonies, mais aussi ses virtualités, ses potentialités. Une telle mère devient alors capable de découvrir des modes originaux de suppléance et de communication qui rétablissent un climat mutuel de confiance et limitent les conséquences de l'atteinte organique, même si la persistance de dysfonctionnements d'ordre neurologique continue à imposer des limites à la réintégration.

Ces brèves remarques ne cherchent pas à nier les effets directs de l'atteinte organique mais elles font voir comment les dysfonctionnements neurologiques jouent également un rôle indirect à travers les perturbations relationnelles qui se développent sur ces bases et qui viennent altérer le processus organisateur des fonctions cognitives.

Dans ce qui précède, j'ai pris l'exemple d'un enfant touché précocement par une atteinte cérébrale; mais il est des cas où l'évolution vers la déficience intellectuelle se relie d'abord à des perturbations affectives graves ou à des carences socioculturelles massives, d'où découlent également des dysharmonies précoces incluant des retards importants dans l'émergence et l'organisation des fonctions cognitives; si l'on intervient assez tôt, une reprise peut se manifester; au contraire, si on laisse le processus évoluer, les distorsions du fonctionnement mental vont se fixer et s'aggraver.

Ainsi, que ce soit à partir d'une atteinte du système nerveux, survenant dans la période anté ou périnatale ou à partir de perturbations socio-affectives précoces et graves, on voit que les facteurs organiques ou relationnels introduisent des processus de débilisation progressive, mais on constate aussi que ces inflexions restent longtemps sensibles à des influences pouvant s'exercer à différents niveaux. Ceci permet de fonder des actions préventives et curatives multidimensionnelles où, à côté des thérapies proprement médicales qui sont parfois indiquées (affections métaboliques par exemple), il y a place également pour des mesures éducatives, rééducatives, sociales, psychothérapiques.

Enfin, l'analyse psychopathologique permet de reconnaître les mécanismes qui sont en jeu dans ces processus de structuration déficitaire. Je me bornerai ici à mentionner les registres principalement concernés.

- Constamment, dans la déficience intellectuelle s'affirment des restrictions portées au désir de connaître; dans certains cas elles relèvent d'une atteinte précoce des pulsions épistémophiliques,

modalité primordiale de l'investissement d'un objet à connaître; dans d'autres cas, ces restrictions se relient à des mécanismes d'apparition plus tardive, à travers des effets d'après-coup, qui s'expriment, pour une part, par des inhibitions et des retards qui apparaissent plus accessibles à des mesures curatives.

- On note également, de façon constante, une atteinte des *fonctions symboliques*, particulièrement dans le champ du langage qui est touché à la fois dans sa fonction de communication, et en tant que support privilégié des processus de symbolisation.
- Enfin, les éléments que je viens de citer se relient à des altérations de la structure de l'appareil psychique, notamment dans la fonction des processus secondaires qui se développent dans une visée surtout défensive, orientée vers la maîtrise des objets externes au détriment de leur fonction de liaison avec la vie intérieure. De telles restrictions favorisent certes l'adaptation au réel, mais le sujet se trouve pris dans un monde ramené à ses dimensions les plus concrètes, les plus immédiates; le dehors est banalisé, répertorié, objet de manipulations répétitives plutôt que source d'investissements diversifiés.

Dans ce contexte, les conflits de la période évolutive — notamment le conflit oedipien — peuvent être abordés mais ils s'élaborent difficilement sur un mode positif: le sujet reste en deçà de l'accès à une configuration oedipienne structurante.

Si l'on applique ces perspectives dynamiques à l'examen des catégories traditionnelles de l'arriération et de la débilité mentale, on est amené à distinguer, du point de vue psychopathologique, deux grands cadres: les déficiences «harmoniques» et «dysharmoniques».

- Les *déficiences «harmoniques»* répondent superficiellement aux descriptions usuelles; cependant, les éclairages dynamiques portés sur l'enfant permettent de mieux reconnaître leurs aspects originaux et les potentialités de ce dernier.

- D'un autre côté, se situent les *déficiences «dysharmoniques»*, beaucoup plus nombreuses et particulièrement sensibles aux actions entreprises car ces enfants apparaissent encore pris dans le processus évolutif complexe dont on a vu les principaux paramètres. Ici, dans le niveau d'efficacité mesuré par les tests, à côté de ce qui représente déjà une déficience fixée, il faut chercher à apprécier ce qui relève d'inhibitions, de troubles instrumentaux, de perturbations relationnelles, d'où résultent des retards qui sont curables — au moins partiellement — si l'on intervient assez tôt.

Les troubles de la personnalité présents dans ces déficiences dysharmoniques se situent à différents niveaux; ils contribuent à donner une originalité à chaque sujet et à singulariser ses rapports avec l'environnement: dans mes premiers travaux, j'avais distingué, à l'intérieur de ce cadre, des déficiences dysharmoniques de versant respectivement «psychotique» et «névrotique». Cette terminologie me paraît aujourd'hui dépassée, car ces organisations se distinguent à la fois des psychoses et des névroses.

Néanmoins, il reste intéressant de noter que certaines déficiences, généralement sévères, se relient à des composantes archaïques: elles sont marquées par des troubles sévères dans l'individuation et dans la mise à l'épreuve de la réalité, ainsi que par la persistance de modes de relations primitives avec l'entourage; cependant, l'enfant n'apparaît pas menacé par une rupture massive ou par un processus dissociatif avéré, comme on l'observe dans les authentiques psychoses — on reste bien ici dans le domaine de l'arriération.

Sur le pôle opposé, des déficiences de gravité moindre du niveau de la débilité légère ou moyenne, offrent des traits et des modalités relationnelles de type névrotique mais ces sujets restent en deçà des potentialités offertes par l'accès au processus authentiquement névrotique qui caractérise le développement ordinaire d'un enfant.

Ces premières distinctions, marquant l'originalité de deux pôles opposés, ont été utiles dans la clinique

usuelle; cependant, aujourd'hui, l'intérêt se porte davantage vers les travaux consacrés aux *pathologies limites de l'enfance*, organisations qui se situent — on le sait — sur un troisième axe entre névroses et psychoses; les études récentes menées sur ce terrain apportent des éclairages novateurs, elles font notamment ressortir l'importance de mécanismes que l'on découvre également dans les structurations déficitaires, par exemple ce qui concerne les failles narcissiques, les défauts de contenance, l'atteinte de la vie fantasmatique, les défaillances de la représentation.

Sur ces bases, on peut développer *des actions préventives et curatives* dont on situera rapidement quelques modalités.

Pour être efficaces, ces interventions doivent être aussi précoces que possible, notamment dans le cas de débilité légère qui, en l'absence d'élément d'organicité, risquent d'être longtemps méconnus. Dans l'ensemble, on évitera les mesures ségréatives, en maintenant l'enfant dans son milieu habituel et en s'appuyant sur la famille, sur l'école, plus largement même sur le cadre social, de façon à ce que tous les supports concevables puissent être exploités. En même temps, il faut atteindre une compréhension des mécanismes psychopathologiques en visant les inhibitions, les blocages, les défauts d'investissement, les troubles de la personnalité qui, on l'a vu, prennent forme dans des interactions complexes où l'environnement est nécessairement impliqué.

Parallèlement, notre mode de compréhension tend à éviter l'application en ordre dispersé de mesures partielles; il importe donc de réaliser l'intégration cohérente des diverses actions en prenant appui sur l'usage positif qui peut être fait des moyens usuels d'ordre éducatif, pédagogique, rééducatif.

Les actions intégrées que l'on peut mener de cette manière permettent à chaque intervenant la prise d'appui sur ses instruments spécifiques, dans son domaine propre mais, en même temps, les éducateurs, les rééducateurs, les enseignants doivent être capables de comprendre le sens des mécanismes psychopathologiques auxquels ils sont confrontés, afin d'y répondre

de la façon la mieux adaptée. Ceci exige une sensibilisation aux aspects dynamiques du processus; cependant, les intervenants — je le répète — restent sur leur terrain propre selon les cas celui de l'éducation, de la pédagogie, de la rééducation et c'est par l'emploi judicieux de leurs instruments habituels qu'ils répondent à la demande de l'enfant.

Dans ce cadre, il convient aussi d'accorder une grande importance à la souplesse, à la disponibilité, de l'accompagnement dans la vie quotidienne, de façon à assurer la réalisation *d'expériences vécues de qualité, lesquelles prennent appui sur la créativité des intervenants*; de ce fait, plutôt que sur des programmes entièrement déterminés à l'avance, on privilégie une modulation souple des interventions qui sont adaptées aux variations du mouvement évolutif et à l'originalité de chaque enfant dans le contexte socio-familial qui le caractérise.

On vient d'insister sur les avantages que l'on trouve à maintenir l'enfant dans son milieu de vie habituel: l'intégration scolaire facilite ces mesures, cependant il est des cas où la gravité des troubles rend nécessaire l'entrée en centre spécialisé: dans cette éventualité on préfère les solutions en externat plutôt qu'en internat toutes les fois que cela est réalisable. De toute manière, le choix institutionnel, fait à un moment donné, est révisable en fonction de l'évolution de l'enfant et il importe d'éviter le renfermement au long cours dans des filières trop étroitement déterminées.

Il reste à souligner que les orientations dynamiques d'une pratique de cet ordre ne minimisent en rien l'intérêt porté à l'acquisition des apprentissages, scolaires et sociaux: la collaboration de l'équipe de santé avec la famille, les enseignants et d'autres intervenants permet de soutenir les processus de transformation en profondeur au plan de la personnalité; mais une égale attention est portée à l'amélioration de l'efficacité et de l'autonomie; ceci conduit d'ailleurs à s'appuyer sur des classifications et sur des modes d'évaluation qui prennent en considération, à la fois, la dimension psychopathologique et le plan des handicaps.

BIBLIOGRAPHIE

- MISÈS, R. (1975) *L'enfant déficient mental. Approche dynamique*. Paris, PUF, Coll. «Le Fil Rouge», 320 p.
- MISÈS, R. (1981) Révision des concepts d'arriération et de débilité mentale. In: *Cinq études de psychopathologie de l'enfant*. Paris, Privat. Coll. «Domaines de la psychiatrie», 129-167.
- MISÈS, R., PERRON, R. & SALBREUX R. (1980-1992) Arriérations et débilités mentales. *Encycl. Méd. Chirur., Psychiatrie*, 37270 A-10-7, réédit. 37270 A-10, A-20, A-30, Paris, Edit. Techniques.
- MISÈS, R. (1990) *Les pathologies limites de l'enfance*. Paris, PUF, Coll. «Le Fil Rouge» 176 p.
- MISÈS, R., PERRON, R. & SALBREUX R. (1994) *Retards et troubles de l'intelligence de l'enfant*. Paris, ESF, 298 p.
- PAPIERNIK, E. & RICHARD, A. (1990) *Les nouveaux prématurés : grossesses multiples et étiologie de la prématurité*. VII^e Journée Périnatale des Côtes d'Armor, Saint-Brieuc, 6-11.
- PIAGET, J. & INHELDER, B. (1966-1971) *L'image mentale chez l'enfant*. Paris, PUF.
- WALLON, H. (1945) *Les origines de la pensée chez l'enfant*. Paris, PUF (1989).
- WINNICOTT, D.W. (1978) *L'enfant et sa famille, première relation*. Paris, Payot.
- ZAZZO, R. (Ed.) (1969) *Les débilités mentales*. Paris, Armand Colin (1979).