

. . . . .

## QUELLE EST LA PERTINENCE, AUJOURD'HUI, DE L'OPPOSITION TRADITIONNELLE DÉFICIENCE MENTALE / PSYCHOSE CHEZ L'ENFANT?

Claude Bursztejn

Il m'a semblé utile, dans le cadre de ces Journées, de réinterroger *la pertinence de l'opposition traditionnelle déficience mentale - psychose, chez l'enfant* et de réfléchir sur un certain nombre de notions qui constituent dans le tissu social, mais aussi parmi les professionnels, des couples d'opposition, souvent supports d'attitudes ségrégatives:

- . déficience mentale / psychose;
- . étiologie organique / psychogénèse;
- . cognitif / affectif;
- . éducation / thérapie.

Les éléments de ces couples d'opposition tendent d'ailleurs à être associés entre eux dans les représentations implicites qui circulent dans les milieux médico-socio-éducatifs. On tend ainsi à opposer:

- déficience mentale / étiologie organique / troubles cognitifs / abord éducatif, d'une part;
- psychoses / psychogénèse / troubles affectifs / psychothérapie, d'autre part.

Pour ce qui concerne la France, la loi de 1975 en faveur des personnes handicapées, en donnant à la notion de handicap un cadre législatif, un statut social, a contribué - sans doute - à renforcer ce type de clivage. Les déficients mentaux, handicapés, dépendent désormais de la CDES<sup>1</sup> pour leur orientation tandis que les "malades" psychotiques, relevant des structures de soins, échappent au champ d'action de cette commission.

### DEFICIENCE MENTALE / PSYCHOSE

L'opposition déficience mentale - psychose repose sur une longue tradition dans le champ de la psychiatrie infanto-juvénile comme dans celui de l'éducation spécialisée.

Elle trouve, sans doute, son origine dans les premières descriptions des états psychotiques précoces. Rappelons que l'un des éléments qui caractérisait les onze enfants, dont l'observation est rapportée par Léo Kanner dans sa description princeps du syndrome autistique, était qu'ils avaient "l'air intelligent".

Ainsi s'est imposée la référence à deux images contrastées: d'une part celle de l'enfant "harmonieusement" retardé mais indemne de

troubles du comportement, et d'autre part celle de l'enfant psychotique au comportement gravement perturbé, mais dont l'intelligence intacte ne demanderait qu'à s'exprimer s'il était possible de le sortir de son isolement.

Ces clichés ne sont pas tout à fait sans fondement. Une proportion importante d'enfants trisomiques, par exemple, correspondent d'assez près au prototype de la déficience mentale sans trouble associé. A l'opposé le prototype traditionnel de l'enfant psychotique correspond à certains cas - et fait rares - d'autisme "pur" dans lequel on peut mettre en évidence une efficacité intellectuelle normale voire supérieure.

La réalité de la pratique clinique montre cependant que, dans nombre de cas, les choses sont beaucoup moins claires. On est très souvent confronté, en effet, à des situations où troubles psychotiques et retard mental - moyen ou profond - sont associés. Cette association peut être manifeste dès les premières années, sous la forme d'une symptomatologie de type autistique. Dans d'autres cas, des troubles psychotiques se manifestent plus tardivement au cours de l'évolution de l'enfant sous la forme de moments d'anxiété archaïque, ou s'expriment des thèmes de morcellement, de dépersonnalisation témoignant d'un noyau psychotique jusque là méconnu. D'importants travaux contemporains (voir Lang, 1978 et Mises, 1975), ont tenté de rendre compte de la multiplicité des situations cliniques rencontrées en introduisant les concepts de *déficience mentale dysharmonique de structure psychotique*, de *dysharmonie évolutive* et de *psychose précoce déficitaire*.

Symétriquement il faut rappeler que dans pratiquement toutes les formes de psychose de l'enfant existent des déficiences cognitives - de degré plus ou moins important - touchant notamment au maniement des représentations symboliques. Ces déficiences peuvent exister d'emblée ou apparaître au cours de l'évolution et on sait que ce risque d'évolution déficitaire est une menace dans toutes les formes cliniques de psychose

---

1. CDES - Commission Départementale de l'Éducation Spécialisée, mise en place par la loi de 1975 en faveur des handicapés.

de l'enfant. Quant à l'Autisme de Kanner, tout le monde s'accorde sur le fait que les autistes "de haut niveau", ceux chez lesquels il est possible de mettre en évidence une efficacité intellectuelle proche de la normale, représentent au mieux 20% de l'ensemble des syndromes autistiques. On tend actuellement à regrouper ces patients sous l'étiquette diagnostique "syndrome d'Asperger". Tous les autres cas présentent un degré plus ou moins important de déficit cognitif<sup>2</sup>.

Il ne s'agit pas de tirer argument de ces associations pour tout ramener à la notion de psychose, ce qui aboutit à une confusion dont on a pointé les dangers. Il s'agit plutôt de repérer dans l'infini diversité des cas cliniques, deux modes d'organisation psychopathologique, susceptibles d'être associés dans toutes les proportions, et d'étudier les relations dynamiques qui existent entre ces deux modes de structuration psychique. Il y a là, sans doute, un champ de recherche essentiel: il serait important, en particulier, de mieux comprendre les processus et les conditions de l'évolution dans un sens ou dans l'autre de certains cas.

### ETIOLOGIE ORGANIQUE / PSYCHOGENESE

Sur le plan des facteurs étiologiques, aussi, on a eu tendance à opposer les déficiences mentales, rattachées à une étiologie organique (démontrée ou supposée), aux psychoses infantiles supposées purement psychogénétiques. Or de nombreuses études ont montré qu'il n'y avait pas de clivage net entre pathologie psychotique et déficience mentale sur ce plan: on retrouve des facteurs d'ordre

organique dans les antécédents d'enfants psychotiques dans des proportions voisines à celles observées chez des enfants déficients mentaux. Dans une enquête réalisée dans les services de psychiatrie de la région alsacienne, des antécédents de pathologie somatique - notamment des anomalies de la période péri-natale - ont été retrouvés chez plus de 40% des enfants pour lesquels un diagnostic de psychose avait été porté (Bursztejn et coll., 1990). De nombreuses publications rapportent des cas d'autisme ou de troubles psychotiques en association avec des affections connues pour être responsables d'un retard mental, c'est en particulier le cas pour le syndrome de l'X fragile<sup>3</sup>.

Mais, en même temps, il faut noter que l'inconstance des relations entre ces facteurs organiques et les troubles psychotiques ne permettent pas de valider un modèle de causalité linéaire. Dans l'ignorance où nous restons des processus qui relient les troubles mentaux et les facteurs organiques, il convient de rappeler la notion d'*écart organo-clinique* proposée par R. Mises. Les facteurs organiques doivent être pris en compte, dans le cadre d'un déterminisme étiologique probablement multi-factoriel, où des distorsions et discontinuités relationnelles précoces sont également susceptibles de jouer un rôle. D'ailleurs, d'autres facteurs de risque apparaissent dans certaines enquêtes, ainsi dans celle que nous avons rapportée plus haut on trouve la notion d'épisode de séparation du milieu parental au cours des deux premières années dans 30% des cas.

Quant à l'étiologie des déficiences mentales, il faut noter que, malgré les progrès de la biologie et de l'imagerie cérébrale, près de la moitié des cas

---

2. Il faut rappeler à ce propos que le DSM III a étendu le cadre de l'autisme bien au-delà du syndrome initialement décrit par Kanner. La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, de même que la classification internationale de l'OMS (ICD 10) prennent une position sensiblement différente en réintroduisant plusieurs sous-catégories de psychoses infantiles - ou troubles envahissants du développement dans la terminologie de l'ICD 10.

---

3. On a pu montrer que si cette anomalie chromosomique se retrouvait plus fréquemment chez les sujets pour lesquels un diagnostic d'autisme ou de psychose infantile avait été porté que dans la population générale, cette proportion est similaire à celle observée chez des déficients mentaux non autistes (cf. Bursztejn et coll., 1992).

restent sans diagnostic médical précis, et il paraît difficile de nier l'influence, notamment dans le cadre de la déficience mentale légère, de carences psychosociales associant d'ailleurs souvent des carences de stimulation et d'apport du milieu environnant et des difficultés de l'investissement affectif de l'enfant.

## COGNITIF / AFFECTIF

Dans les manuels de psychologie de l'enfant, il est traditionnel d'exposer parallèlement le développement cognitif selon Piaget et le développement affectif selon Freud.

Or un important courant contemporain de réflexion et de recherche lie, au contraire, étroitement ces deux aspects du développement psychique. Des travaux comme ceux de W. Bion, comme ceux de J.-S. Bruner ou encore ceux de D. Stern et de M. Pinol-Douriez, montrent bien l'importance des interactions mutuelles mère - bébé - interactions comportementales et fantasmatiques - dans l'émergence des représentations et des processus de pensée. Ces travaux montrent aussi l'importance de l'investissement affectif du bébé par l'environnement maternel et, d'une manière plus générale, de la capacité de cet environnement maternel à soutenir les échanges interactifs, voire à les stimuler, lorsque l'enfant est insuffisamment actif.

Les observations recueillies dans des cas de dépression maternelle prolongée, suggèrent qu'il pourrait y avoir là un facteur important de désorganisation durable du développement. Cette notion encore hypothétique est à manier avec prudence. Mais les données actuelles sont suffisantes pour justifier des interventions très précoces auprès de mères en situation de détresse.

Cette intrication étroite des registres du cognitif et de l'affectif ne concerne pas seulement le développement précoce. A côté des travaux de Inhelder, qui ont tenté de cerner les particularités

du fonctionnement cognitif de l'enfant déficient mental (instabilité du niveau opératoire, "viscosité génétique" entraînant la fixation à des niveaux de fonctionnement plus ou moins archaïques), des recherches psychopathologiques ont montré la nécessité d'envisager dans sa globalité le fonctionnement psychique du sujet déficient - par opposition à la tendance encore trop fréquente de ne prendre en considération que l'écart de l'efficacité dans tel ou tel domaine, voire un simple chiffre de QI. Ainsi, il semble bien que les échecs de certaines performances aient à voir, non seulement avec des incapacités fonctionnelles mais aussi avec des phénomènes d'inhibition. Bien des blocages observés dans le cadre de tentatives éducatives ou rééducatives relèvent, au moins en partie, du refus angoissé du changement et de ses conséquences subjectives et relationnelles. Certaines déficiences, motrices ou cognitives, vécues par le sujet comme un manque irrémédiable, sont sources d'attitudes de démission ou, au contraire, de déni qui s'oppose aux visées adaptatives de la prise en charge éducative.

A l'inverse dans les psychoses infantiles, les troubles qui affectent l'ensemble du fonctionnement psychique n'épargnent pas, comme on l'a vu, ses aspects cognitifs: même dans les formes préservées d'une évolution déficitaire, il existe des particularités des processus de pensées et de la symbolisation<sup>4</sup>.

Il apparaît donc bien, si l'on prend en compte l'ensemble des données anamnestiques, de l'expérience clinique, ainsi que les données des recherches contemporaines, qu'organisation psychotique et organisation déficitaire ne s'excluent pas mutuellement mais qu'au contraire il est possible de les trouver associées l'une à l'autre dans toutes les proportions imaginables.

4. Pour certains auteurs il y aurait une anomalie cognitive spécifique de l'autisme: l'incapacité de former des métareprésentations à partir des représentations primaires, opération à la base de la formation de la "théorie de l'esprit", c'est-à-dire d'attribuer des états mentaux à autrui et à soi-même.

Ces deux types de structuration psychopathologique semblent susceptibles de se développer à partir de facteurs étiologiques similaires, et peuvent, dans une perspective dynamique évoluer l'une vers l'autre. De ce point de vue, dans beaucoup de cas, la structuration déficitaire paraît constituer, dans un grand nombre d'états psychotiques de l'enfant, une modalité évolutive - qu'on peut rapprocher métaphoriquement d'un processus cicatriciel; l'appauvrissement de la vie imaginaire étant le prix de l'extinction plus ou moins complète des émergences d'angoisse archaïque. Mais elle peut aussi correspondre à une tentative de contention du noyau psychotique dans des états limites.

### EDUCATION / THERAPIE

Cette opposition repose, elle aussi sur des clichés tenaces selon lesquels les "malades psychotiques"<sup>5</sup> relèveraient d'une approche purement thérapeutique, tandis que les "handicapés mentaux" justifieraient d'une approche éducative. Si on accepte ce qui a été avancé précédemment, il apparaît évident qu'une position aussi schématique et réductrice ne saurait répondre de façon satisfaisante à la complexité qu'offrent les situations cliniques.

De fait la majorité des institutions, en France, ont évolué vers un abord multidimensionnel des troubles du développement de l'enfant. C'est vrai pour la plupart des hôpitaux de jour pour lesquels la dimension éducative et les activités pédagogiques constituent un des éléments de la prise en charge thérapeutique. C'est vrai aussi pour un grand nombre d'établissements médico-éducatifs

dans lesquels des psychologues et des psychiatres, souvent de formation analytique, aident les équipes éducatives à prendre en compte les processus inconscients qui viennent si souvent aggraver les incapacités fonctionnelles.

Le cadre de cette intervention ne permet pas d'envisager les problèmes que peut poser dans la pratique, la mise en oeuvre de cette double dimension. Il n'est que d'évoquer les questions que soulèvent les psycho-thérapies individuelles en milieu institutionnel.

Les différences entre les institutions tiennent peut-être moins à leur intitulé, ou à leur agrément officiel qu'aux objectifs qu'elles se donnent et à la place de la dimension adaptative (ou en d'autres termes, de la référence à la réalité externe) dans leur projet. Il est d'ailleurs utile que persiste une diversité de structures de fonctionnement et d'orientations différentes, pour répondre à la diversité des situations cliniques, et faire bénéficier chaque enfant du type de prise en charge le mieux approprié à ses besoins à un âge donné. Ceci suppose souvent, un parcours, des passages, d'un type d'institution à un autre, trajectoire qui doit s'élaborer dans le cadre d'un projet à long terme.

Cette perspective s'oppose à une tendance encore trop répandue, qui envisage les orientations en terme de filières cloisonnées, en fonction d'étiquettes diagnostiques. Il y a, sans doute, encore des résistances à surmonter pour assouplir les systèmes en place et faire prévaloir l'intérêt des sujets sur celui des institutions. Des rencontres pluridisciplinaires comme ces journées sont sans doute un lieu privilégié pour y travailler.

---

5. Psychose, névrose, pathologies de la personnalité, troubles réactionnels.

## BIBLIOGRAPHIE

- BION, W. R. (1979) *Aux sources de l'expérience*. Paris: P.U.F..
- BRUNER, J. S. (1983) *Le développement de l'enfant: savoir faire, savoir dire*. Paris: P.U.F..
- BURSZTEJN, C., GOLSE, B., DANION-GRILLIAT, A. (1986) Autisme infantile et pathologie organique. *Ann Pediatr*, 8, 679-685.
- BURSZTEJN, C., ROHMER, J. G., NOBELIS, P. (1990) CFTMEA et Psychoses de l'enfant résultats d'une étude sur 144 cas. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 38, 548-558.
- BURSZTEJN, C., ALEMBIK, Y., STOLL, C. et al. (1992) Chromosome X fragile dans l'autisme et les psychoses infantiles. *Arch Fr Pediatr*, 49, 99-103.
- GOLSE, B., BURSZTEJN, C. (1990) *Penser, parler, représenter, émergences chez l'enfant*. Paris: Masson.
- LANG, J. L. (1978) *Aux frontières de la psychose infantile*. Paris: P.U.F..
- MISES, R. (1975) *L'enfant déficient mental*. Paris: P.U.F..
- MISES, R., FORTINEAU, J., JEAMMET, P. et al. (1988) Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent. *Psychiatr Enfant*, 31, 67-134.
- PINOL-DOURIEZ, M. (1985) Interactions fantasmatiques ou protoreprésentations? La valeur cognitive des partages d'affects dans les interactions précoces. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 33, 89-93.
- POMES, J. C., BURSZTEJN, C., BURGEL, M. O. et al. (1988) Mise en place d'une étude épidémiologique des psychoses infantiles en Alsace. *Rev Fr Psychiatrie*, 6, 37-40.
- STERN, D. (1989) *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris: P.U.F..
- . . . . .