

Yann Craus

# Folle enfance

Une histoire conceptuelle  
de la pédopsychiatrie



La maison d'édition en histoire  
de la médecine et de la santé

**BHMS**

# Folle enfance

Une histoire conceptuelle de la pédopsychiatrie

*À mes chères marraines,  
Monique et Micheline,  
avec toute l'affection de leur Pyvele.*

# Folle enfance

## Une histoire conceptuelle de la pédopsychiatrie

*Rien ne peut se comparer. Qu'est-ce qui n'est pas  
entièrement seul avec soi, en effet, et y eut-il jamais  
chose à dire ; nous ne nommons rien, il nous est  
seulement permis d'endurer et de nous persuader que  
çà et là un éclat, çà et là un regard nous a peut-être  
effleurés comme si précisément cela qui est notre vie  
vivait à l'intérieur. À qui résiste, le monde n'advient  
pas. Et à qui comprend trop, l'éternel se dérobe.  
Parfois dans de grandes nuits pareilles à celle-ci  
nous sommes comme hors de danger, partagés  
en fragments égaux, répartis en étoiles.  
Comme elles sont pressantes.*

Rainer Maria Rilke, « Parcours nocturne », *Poèmes à la nuit*, 2017

**BHMS**, fondée en 2000, publie des travaux, essais et documents relatifs à l'histoire de la médecine et des sciences de la vie, de l'Antiquité à l'époque contemporaine. Au travers de ses trois collections, BHMS entend contribuer au dialogue interdisciplinaire et transversal entre sciences humaines, médecine et sciences du vivant. L'Institut des humanités en médecine (CHUV-Faculté de biologie et de médecine /Université de Lausanne) édite BHMS, Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé.

BHMS comprend trois collections :

- Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé
- Sources en perspective
- Hors-série

**Direction :** Laurence Monnais

**Responsabilité éditoriale :** Alba Brizzi

**Réalisation graphique :** Pierre Stringa

**Suivi scientifique :** Aude Fauvel et Laurence Monnais

**Révision :** Anne-Sylvie Homassel

**Diffusion :** Médecine & Hygiène/Georg

**Distribution en France et autres pays francophones :** DOD&CO

**Image de couverture :** linogravure par Lucile Pupin ©Lucile Pupin

ISBN (Édition imprimée) : 978-2-940527-62-5

ISBN (Édition numérique) : 978-2-940527-63-2

**DOI :** <https://doi.org/10.37400/BHMS.27632>

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation, y compris par la photocopie, réservés pour tous les pays.

Cet ouvrage est publié sous la licence Creative Commons

CC BY-NC-ND (Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification).



Éditions BHMS c/o CHUV, Institut des humanités en médecine Av. de Provence 82

CH-1006 Lausanne T. +41 (0)21 314 70 50 [bhms@chuv.ch](mailto:bhms@chuv.ch), [www.chuv.ch/bhms](http://www.chuv.ch/bhms)

Collection : Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé

© Éditions BHMS, 2026

L'étape de la prépresse de cette publication a été soutenue par le **Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS)**. Cet ouvrage a également obtenu le soutien de **La Société Académique Vaudoise (SAV)**

## Note éditoriale

Cet ouvrage mobilise de nombreux termes et terminologies qui ne sont plus utilisés aujourd'hui (idiotie, arriération mentale, etc.) ou qui ont changé de sens, voire qui sont à présent chargés d'une connotation négative. S'agissant d'un livre d'histoire, nous n'avons pas opéré de censure anachronique. Ces expressions constituent des témoins historiques et ne reflètent en rien l'opinion de l'auteur.

Toutes les traductions sont de l'auteur sauf mention explicite. Ce texte a été écrit sans recourir au langage épïcène afin d'en faciliter la lecture.

## Table des matières

### Liste des abréviations

APA	American psychiatric association
BibHEy	Bibliothèque médicale Henri Ey, Groupe hospitalier universitaire Paris psychiatrie & neurosciences, site Sainte-Anne
CFTMEA	Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent
CIM	Classification internationale des maladies
CNRTL	Centre national de ressources textuelles et lexicales
DSM	<i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders</i>
EMC	<i>Encyclopédie médico-chirurgicale</i>
FGH	Fonds Georges Heuyer, Archives de l'Assistance Publique — Hôpitaux de Paris
JACS	<i>Journal of autism and childhood schizophrenia</i>
JADD	<i>Journal of autism and developmental disorders</i>
JCPP	<i>Journal of child psychology and psychiatry</i>
NSAC	National Society of Autistic Children
PDD	<i>Pervasive development disorder</i>
RDoC	<i>Research domain criteria</i>
SPP	Société psychanalytique de Paris
TDM	Trouble du développement multiplexe
TED	Trouble envahissant du développement
TSA	Troubles du spectre de l'autisme

Note éditoriale	7
Liste des abréviations	8
Remerciements	13
Préface par Anne Fagot-Largeault	15
Introduction	17
<b>Partie I</b>	<b>27</b>
<b>Psychoses et schizophrénie de l'enfant, 1911 - 1942</b>	
Chapitre 1	
Naissance des consultations psychiatriques pour enfant	31
Délinquance infantile, du juge Baker au juge Rollet	32
Hygiène mentale, de Clifford Beers à Édouard Toulouse	38
Le service ouvert Henri-Rousselle à Paris ( 1922 )	43
La clinique annexe de neuropsychiatrie infantile à Paris ( 1925 )	49
Chapitre 2	
Naissance de la schizophrénie de l'enfant	59
L'invention de la schizophrénie par Eugen Bleuler	60
Rapports entre psychiatrie et psychanalyse ( 1900- 1918 )	62
Le premier Congrès international de psychiatrie infantile	70
Application de la schizophrénie de Bleuler à l'enfant	76
Chapitre 3	
L'invention de l'autisme dans la schizophrénie	81
Un symptôme fondamental de la symptomatologie	82
Un symptôme secondaire de la théorie des symptômes	85
La pensée autistique	87
Autisme et auto-érotisme	89
La lecture d'Henri Ey : une activité sous-jacente	94
<b>Partie II</b>	<b>103</b>
<b>Psychoses, schizophrénie et autisme</b>	
<b>de l'enfant, 1943- 1978</b>	
Chapitre 4	
Naissance de l'autisme de l'enfant	107
L'autisme de Kanner	108
L'autisme d'Asperger	111
Autisme de l'enfant et schizophrénie	118
De la scientificité des études longitudinales	120

Chapitre 5			Chapitre 10	
L'expansion de la schizophrénie de l'enfant	123		Le concept de spectre pour l'autisme	333
L'expansion américaine autour de Loretta Bender	124		Introduction du spectre en psychiatrie	333
Prudences et critiques européennes	125		Introduction contemporaine du spectre en psychiatrie	336
Le point de vue génétique de Margaret Mahler	127		La composition du spectre	341
Extension et traitement	129		Le spectre appliqué à l'autisme	347
Usages et mésusages du diagnostic	131		Extension du domaine de l'autisme	351
Chapitre 6			<b>Études de cas : du diagnostic à la thérapeutique</b>	<b>361</b>
Des psychoses de l'enfant, à la française	135		Présentations cliniques	363
Mise au point française	135		Point de méthode	366
Le point de vue structural (iste)	152		Rapports à la schizophrénie de l'enfant	369
L'enfant prépsychotique	165		Rapports à l'autisme de l'enfant	370
Le champ des dysharmonies	173		Du traitement des psychoses, de la schizophrénie et de l'autisme de l'enfant	372
La Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent	180		Une entité à (re) découvrir ?	377
Chapitre 7			De nouveaux concepts à créer ?	379
La décennie 1970, coexistence et rapports entre trois entités	193		Conclusion	385
<i>Le Journal of autism and childhood schizophrenia, 1971-1978</i>	194		Épilogue	393
Les psychoses comme objet principal	203		Postface par Bruno Falissard	397
La schizophrénie infantile déclinante	211			
La montée en puissance de l'autisme infantile	219		Bibliographie	401
La voix des parents	230		Index des noms de personnes	423
<b>Partie III</b>				
<b>Psychoses et autisme de l'enfant, 1979-2020</b>	<b>241</b>			
Chapitre 8				
L'effacement de la schizophrénie de l'enfant	245			
Des symptômes rares chez l'enfant	246			
Rapports entre schizophrénie et psychose chez l'adulte et chez l'enfant	256			
Un effacement mais des résurgences périodiques	263			
La question de la maladie mentale de l'adolescent	272			
Constitution, caractère et personnalité	278			
Chapitre 9				
Le développement de l'enfant et ses troubles envahissants	285			
Le développement au cœur de la pathologie de l'enfant	285			
La notion d'envahissement	296			
Dynamique et génétique	306			
Diachronie et chronobiologie	319			

## Remerciements

À Anne Fagot-Largeault, philosophe et médecin, qui, la première, a accueilli au Collège de France mes aspirations vers la philosophie pour la médecine,

à Jean Gayon, *in memoriam*, l'interlocuteur directeur qui a reçu mon sujet de thèse avec intérêt après un premier travail de master à l'institut qu'il dirigeait à la suite d'illustres philosophes – Abel Rey, Gaston Bachelard, Georges Canguilhem, pour ne citer que les premiers,

à Vincent Barras, l'historien et médecin qui m'a accueilli à Lausanne pour la cotutelle de ce travail partagé entre médecine, philosophie et histoire,

que ces trois maîtres directeurs trouvent en cette rédaction toute ma reconnaissance, puisse cette recherche être jugée digne de leurs attentions à mon égard.

À M.-A., à Judith & Thomas

## Préface

La maladie mentale chez l'enfant est restée mal connue, ou mal interprétée, jusqu'à ce que la Fédération française de psychiatrie lance un réseau de recherche international ( en 2019 ), mais le nom même de la maladie en est disparu ...

Yann Craus, médecin et philosophe, formé aux universités de Lausanne et Paris nous offre ici un ouvrage très éclairant sur les psychoses de l'enfant. On voudrait que tout médecin psychiatre, voire tout médecin, ait ce livre dans sa bibliothèque et le consulte lorsqu'une mère ou un père lui fait part des bizarreries d'un jeune enfant difficile à gérer ...

Au carrefour de différents champs du savoir, la psychiatrie pose à la médecine en son sein des questions essentielles pour développer des modalités d'action à partir des sciences biologiques et de l'éclairage des humanités médicales. Georges Canguilhem, qui associait philosophie de la biologie et philosophie de la médecine, est passé par la psychiatrie à plusieurs reprises. Si l'on connaît et cite *Le cerveau et la pensée* ( 1980 ) ou *Qu'est-ce que la psychologie ?* ( 1958 ), on souligne moins souvent la présence importante de références psychiatriques dès sa fameuse thèse de médecine *Le normal et le pathologique* ( 1943 ). Très informé de l'histoire et de l'actualité psychiatriques on retrouve même sous la plume de Canguilhem une « Observation à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban ( Lozère ) ( juillet 1944 ) » et un portrait de Philippe Pinel ( juillet 1956 )<sup>1</sup>.

---

1 On trouvera ces écrits sur la psychiatrie de Georges Canguilhem dans ses *Œuvres complètes* parues chez Vrin ( Paris ) respectivement au tome V ( 2018, pp. 895 - 932 ), au tome III ( 2019, pp. 747 - 772 ) et au tome IV ( 2015, pp. 183 - 189 et 713 - 720 ).

Médecine, histoire et philosophie avancent ensemble dans cet essai de pensée médicale pour intéresser en premier lieu la psychiatrie de l'enfant. L'énigme clinique et thérapeutique des psychoses de l'enfant concernera cependant tout médecin ou soignant, tout patient ou aidant et, finalement, tout citoyen ou usager de la santé. Car les propositions d'épistémologie psychiatrique ici présentées tendent à développer la compréhension du phénomène clinique à travers l'enquête historique et l'analyse philosophique, toujours dans une visée médicale.

Merci donc de tout cœur à l'auteur pour ce livre clair et instruit.

Anne Fagot-Largeault  
Philosophe, médecin, professeur émérite  
au Collège de France

## Introduction

Ce travail a pour origine une question médicale : la clinique et le traitement des psychoses de l'enfant<sup>1</sup>. Ces formes de pathologies constituent le centre de gravité de la psychiatrie de l'enfant, ce pour quoi la discipline, qui s'applique à les distinguer et à les traiter, s'est constituée en une médecine et demeure médicale. C'est l'expérience de la folie chez l'enfant, de l'étrangeté, de l'en-dehors du commun et du représentable. Pathologies boussoles pour les médecins concentrant leurs efforts sur les pathologies psychiques de l'enfant, ces psychoses représentent des maladies graves dont le retentissement personnel, familial et social est toujours conséquent et dont le pronostic, variable, peut être bien sombre. Face à ce défi thérapeutique et épistémique – nous ne savons pas bien ce qu'elles sont – les soignants manquent souvent de mots et d'idées pour les saisir, les penser comme objet de connaissance et de soins. Or, les psychoses de l'enfant n'existent plus dans les nosographies internationales contemporaines, paraissant ainsi enfouies dans de vieilles conceptions. Prenant la place, la notion d'autisme semble avoir envahi la nosologie pédopsychiatrique depuis les années 2010 avec des conséquences multiples : une forme de banalisation et de déstigmatisation subséquente, mais aussi d'écrasement conceptuel pour les autres formes pathologiques décrites et d'aplatissement de la notion même d'autisme.

Cependant, les tableaux cliniques se rapportant aux psychoses de l'enfant persistent au quotidien d'une consultation pédopsychiatrique généraliste, au point de conduire au maintien d'une appellation sur le terrain de la pratique détachée

---

1 L'enfance se bornera ici à la limite d'âge de 11 à 12 ans (Vernazza-Licht 2019).

de l'actualité nosographique et reliée à une histoire qui continue à se diffuser confusément<sup>2</sup>. Les professionnels utilisent encore le terme de psychose ou, *a minima*, l'adjectif « psychotique » tandis que les classifications nosographiques et de nombreux traités contemporains l'ont abandonné, ainsi que ce qu'il recouvre. C'est un grand problème de la psychiatrie de ne pas toujours se reconnaître dans des nomenclatures souvent renouvelées à partir d'arguments épistémologiques faibles, voire inexistantes. Au fur et à mesure de cet écart grandissant, la signification originelle se perd, d'autres viennent prendre la place, sans légitimité épistémique supplémentaire. Fort de cette insatisfaction sur le terrain, tant sur le plan clinique que thérapeutique, nous souhaitons remédier aux effets de cette disparition des psychoses de l'enfant qui nous semble préjudiciable au traitement des patients concernés.

Leur maintien interroge toutefois, aussi bien du côté d'un concept au potentiel pouvoir attracteur que du côté de l'incurie de ses substituts, ou bien d'un éventuel archaïsme de ces nombreux professionnels qui pensent, réfléchissent la clinique, organisent leurs soins, à partir des psychoses de l'enfant. Ce que recouvrent les psychoses de l'enfant présente-t-il un tel intérêt *heuristique* pour poursuivre les recherches dans le domaine ? Manifestement pas, puisque c'est sur l'autel du sérieux de la recherche médico-scientifique que cette dénomination a été sacrifiée. Présente-t-il alors, pour comprendre cette clinique particulière, un tel intérêt *herméneutique* au sens où Michel Foucault l'entend dans *Les mots et les choses*, « de faire parler les signes et de découvrir leur sens »<sup>3</sup> ? Il n'est pas certain que les professionnels aujourd'hui s'entendent mieux dans les services de pédopsychiatrie sur sa définition que Roger Misès et Marc Moniot qui concédaient, dans un article du traité psychiatrique de référence de *l'Encyclopédie médico-chirurgicale* paru en 1970, la polysémie de l'expression :

2 Hochmann 2010.

3 Foucault 1966, 44.

La divergence des opinions sur le concept de psychose infantile interdit tout essai de définition préalable à une présentation générale du problème<sup>4</sup>.

Comment expliquer que tous les diagnostics pédopsychiatriques qui ont pris la place des psychoses de l'enfant soient à ce point impuissants à rendre compte de la réalité clinique de manière plus satisfaisante ? L'emploi et le succès de ces diagnostics plus récents conduisent en fait à interroger également le service rendu des conceptualisations inscrites dans, par exemple, les troubles envahissants du développement (TED), les dysharmonies évolutives, les situations atypiques, les troubles du spectre de l'autisme (TSA) pour citer le plus contemporain. La reprise continue et insistante des psychoses de l'enfant par certains professionnels ne correspondrait-elle pas à une nostalgie des années 1960-1970 ? Période soit connue par des acteurs du champ qui quittent progressivement les lieux de soins au bénéfice de l'âge, soit idéalisée par des acteurs qui ne l'ont pas directement vécue, mais qui auraient plusieurs raisons de la regretter : plein emploi, forte croissance économique, optimisme des ménages, autant d'expressions du champ économique qui correspondent dans le champ sanitaire, et en particulier de la psychiatrie publique, à une ère de projets ambitieux, soutenus politiquement et financièrement. Un vent gai et entraînant aurait porté les initiatives et les espoirs de soigner et guérir la souffrance psychique la plus dramatique.

Disparition et persistance résonnent ici comme une *dissonance* qui fait à la fois appel à l'histoire, afin de donner les raisons de cette disparition, et à la philosophie, afin d'analyser la place épistémologique de cette présence, malgré tout. Ce constat ne repose pas sur des études statistiques descriptives : aussi n'est-il pas absolument exclu qu'il ne soit que localisé, singulier, cantonné à un terrain médical anecdotique, ou bien même plus largement circonscrit à une situation franco-française. Sa valeur significative tient au moins à *l'étonnement* qu'il crée, motivant la recherche historique et philosophique de cette clinique psychiatrique particulière. Elle se confirmera par l'écho

4 Misès/Moniot 1970, 1.

que ce travail pourra susciter au sein des équipes de soins et parmi les patients.

Ce hiatus entre la nosographie internationale actuelle et la pratique de terrain questionne l'une et l'autre sur de mêmes registres – scientificité, validité et utilité diagnostique – mais également sur des antagonismes : théorie et pratique, modèle biomédical et soins psychiques, recherche et clinique. Néanmoins, il ne s'agira pas pour nous de prendre parti pour l'une ou l'autre ni de justifier l'abandon d'une conception pour une autre. Si cet écart apparaît au mieux incongru, au pire délétère pour la psychiatrie, notre but sera de contribuer à le résorber, conscient de la nécessité de faire raison à l'une et à l'autre afin d'améliorer la connaissance psychiatrique. À vrai dire, un sentiment de dépossession conceptuelle agite parfois le professionnel de terrain. Si l'on envisage à la suite d'Isabelle Stengers et Judith Schlanger les concepts scientifiques – et médicaux – comme invention et pouvoir<sup>5</sup>, les interroger pour se les réapproprier relève alors d'une démarche politique en permettant au professionnel d'occuper lui-même un espace souvent pris par les décideurs gestionnaires et administrateurs, espace si important au niveau institutionnel pour l'organisation de la dispense de soins. La philosophie s'y retrouve, quand « sa tâche propre n'est pas d'augmenter le rendement de la pensée, mais de lui rappeler le sens de son pouvoir »<sup>6</sup>.

De quelles manières la médecine peut-elle se mêler à la philosophie et à l'histoire ? Elle peut sans doute se trouver déjà éclairée si elle accepte le surplomb et l'étendue des vues embrassées. Elle peut de façon plus symétrique se placer en dialogue à condition de savoir étudier des termes en commun. Elle peut en outre illustrer des questions philosophiques et historiques, être ainsi force de proposition. Elle peut en tout cas constituer une bonne matière, en phase avec l'impératif canguilhémien :

5 Stengers/Schlanger 1991.

6 Canguilhem 1993 [1980], 31.

La philosophie est une réflexion pour qui toute matière étrangère est bonne, et nous dirions volontiers pour qui toute bonne matière doit être étrangère. C'est de cette manière qu'elle pourra éventuellement éclairer la médecine en retour<sup>7</sup>.

Faire avancer ensemble philosophie et histoire dans l'étude des textes fondamentaux de la pédopsychiatrie et de leurs auteurs a ici pour ambition de faire apparaître la langue originale des devanciers, les concepts qu'elle charrie ainsi que leurs différentes fortunes. Ainsi pensons-nous être en meilleure mesure, au plus près de la pensée clinique, de comprendre les débats actuels qui animent la discipline pédopsychiatrique tout en réfléchissant à une psychiatrie de l'enfant en construction<sup>8</sup>. Notre approche se reconnaît volontiers dans l'épistémologie historique, psychiatrie et philosophie partageant l'impérieuse nécessité d'une étude historique de leurs objets d'analyse, puisque :

La véridicité ou le dire-vrai de la science ne consiste pas dans la reproduction fidèle de quelque vérité inscrite depuis toujours dans les choses ou dans l'intellect. Le vrai c'est le dit du dire scientifique. À quoi le reconnaître ? À ceci qu'il n'est jamais dit premièrement<sup>9</sup>.

Il s'agit dès lors de prendre la production scientifique et médicale à ses mots et d'analyser les concepts qui la sous-tend à la manière de Canguilhem.

Canguilhem a effectivement inspiré une forme de « matérialisme conceptuel » qu'on retrouve à la fois chez Foucault et chez Louis Althusser. Cette approche, évitant aussi bien les écueils du réductionnisme externaliste que de l'internalisme idéaliste, consiste à décrire l'émergence de structures conceptuelles et d'objets discursifs à partir des conditions de leur production à l'intérieur du discours<sup>10</sup>.

7 Cet impératif figure dès les premières lignes de l'introduction de la thèse de George Canguilhem publiée en 1943.

8 De 2018 à 2023, nous avons proposé dans cet élan un séminaire de philosophie et histoire de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Hôpital Sainte-Anne (Paris) invitant cliniciens médecins et psychologues, historiens, philosophes, à présenter un domaine de recherche intéressant la pédopsychiatrie en partageant la perspective d'une contribution à la connaissance clinique.

9 Braunstein 2003, 421 ; Canguilhem 1977, 21.

10 Braunstein/Vagelli 2019, 9.

Ainsi serons-nous amenés à reprendre les grands textes de la pédopsychiatrie et les articles *princeps* des entités pathologiques définies au long des différentes nosographies.

Pour un psychiatre, se tourner vers la philosophie et l'histoire de la psychiatrie a peut-être également pour origine le sentiment d'un malaise ressenti au sein même de la psychiatrie, discipline médicale tendue par des forces belligérantes, qui laissent parfois les jeunes apprenants désorientés, sommés de choisir un courant de pensée contre un autre, perdus sur un champ de bataille où plusieurs camps s'affrontent. Loin de ce panorama essentiellement polémique<sup>11</sup>, il s'agirait alors de faire progresser la psychiatrie de l'intérieur, c'est-à-dire à partir de ses propres ressources insoupçonnées ou méconnues mises en lumière par l'histoire et la philosophie. Car si une question revient du côté de la médecine en général, c'est bien ce qui la caractérise, la clinique, et sa pérennité. Ainsi posait directement la question le titre d'un recueil paru en 2009 codirigé par un ensemble de cliniciens et de philosophes : *La mort de la clinique ?*<sup>12</sup>, titre qui fait écho et pendant au fameux livre de Foucault, *Naissance de la clinique* (1963), écho et balance également bien soulignés dans cet ouvrage collectif par la contribution éponyme de Jean-François Braunstein<sup>13</sup>. De son côté, le psychiatre pour adulte Daniel Widlöcher, qui a commencé sa carrière comme psychiatre pour enfant avec une contribution importante concernant le dessin d'enfant<sup>14</sup>, posait sérieusement la question à l'endroit de la psychiatrie : « La psychiatrie clinique peut-elle disparaître ? »<sup>15</sup>

Notre étude s'appuie sur les écrits psychiatriques, réalisés par des cliniciens, qui de leur place ont tenté des apports nouveaux à leur discipline médicale, forcément à partir de leurs devanciers, dans le souci *a priori* d'améliorer la condition de leurs patients. Nous ne faisons pas fi des enjeux de pouvoir, de carrière, des contextes sociaux, politiques et économiques. Nous n'ignorons pas les récentes percées d'une nouvelle

11 Basso/Delbraccio 2017 ; Basso 2016 ; Basso/Delbraccio 2016.

12 Couturier/Sureau 2009.

13 Braunstein 2009.

14 Voir Widlöcher 1975.

15 Widlöcher 2009, 103-116.

histoire de la psychiatrie justement à partir de nouveaux regards, des patients eux-mêmes ou des acteurs qui ne sont pas habituellement mis en lumière<sup>16</sup>. Trop longtemps l'Histoire s'est écrite à partir des vainqueurs et de ceux qui détenaient la plume. Les seconds, les sans-voix, les minorités revendiquent la parole et la production de savoirs. S'ouvrent de nouveaux pans entiers d'une histoire à compléter, sans doute pas à complètement réécrire. Comme le souligne Michel de Certeau, l'écriture de l'histoire elle-même est une « pratique historique »<sup>17</sup> à géométrie épistémologique. Et l'histoire de la nosologie psychiatrique ne peut à notre sens se passer de l'abondante production scientifique des psychiatres<sup>18</sup>. En effet, l'émergence de nouvelles approches historiographiques n'enlève pas l'intérêt de faire une histoire de la psychiatrie à l'appui des productions des psychiatres. Il serait paradoxal que le médecin soit la dernière personne qui puisse parler au mieux de son patient, tant sur le plan médical que sur le plan historiographique. Nous nous situons ainsi dans une perspective selon laquelle il s'avère encore utile de s'interroger sur les textes scientifiques de sa discipline, pour une histoire des idées. Notre démarche est reliée au contemporain par l'analyse de situations cliniques à la fin, après notre traversée.

Notre matériel d'étude sera de trois ordres. Il s'agira d'abord de reprendre des textes psychiatriques publiés. Beaucoup d'éléments sont sous nos yeux, et laissés sans lecture, bien qu'écrits et disponibles. Ce type de travail historiographique sur les notions a fait ses preuves pour donner une photographie très précise de l'état des connaissances en pédopsychiatrie<sup>19</sup>. Les textes en langues française, anglaise et allemande, constituent tantôt des sources primaires – lorsqu'ils proposent un nouvel abord clinique – tantôt des sources secondaires – lorsqu'ils analysent à distance l'évolution des idées<sup>20</sup> – ou encore des sources primaires et secondaires – lorsque leurs qualités associent analyse

16 Guillemain 2017 ; Bacopoulos-Viau/Fauvel 2016 ; Condrau 2007 ; Porter R. 1985.

17 De Certeau 2016, 10.

18 Voir Coffin 2003.

19 Voir Coffin 2004, 21-44.

20 Citons simplement le type de travail de l'école de Cambridge sous l'égide de German E. Berrios et la revue *History of psychiatry*. Voir par exemple Berrios/Beer 1994, 13-36.

conceptuelle et contribution psychiatrique originale. Il s'agira également d'étudier des textes non publiés, trouvés dans des fonds d'archives : le fonds Georges Heuyer (FGH), comprenant manuscrits, lettres, articles collectés, registres de son centre de consultation<sup>21</sup>, sera notre principale source en la matière<sup>22</sup>. Enfin, les dossiers médicaux peuvent maintenant constituer une matière d'étude historique et épistémologique. Nous avons choisi ici un matériel clinique construit à partir de dossiers médicaux d'une pratique pédopsychiatrique de secteur à Paris dans les années 2010 sur lequel nous appliquerons les résultats de notre étude. Sans avoir recours à l'analyse de cas ou à la vignette clinique, il est en effet possible d'évoquer le contenu de ces pathologies en reconstruisant des photographies cliniques mêlant des observations de terrain.

L'ouvrage, en trois parties, avancera à la fois chronologiquement et thématiquement. Un premier temps correspond à l'intervalle 1911-1942, période au cours de laquelle les psychoses de l'enfant s'entendent à partir de la conception de la schizophrénie de l'enfant. Naissent au début du 20<sup>e</sup> siècle les consultations ambulatoires de pédopsychiatrie, la notion de schizophrénie ainsi que la schizophrénie de l'enfant. C'est dans ce cadre que s'invente l'autisme que nous ne retrouverons qu'à partir de 1943 comme entité pathologique constituée en pédopsychiatrie. Une deuxième partie correspond à l'intervalle 1943-1978, période au cours de laquelle l'autisme infantile apparaît comme entité distincte aux côtés de la schizophrénie de l'enfant et des psychoses. Un style français peut être individualisé, mais c'est surtout la coexistence équilibrée de ces trois entités qui marque la période. La dernière suit, à partir de 1979, l'effacement de la schizophrénie de l'enfant puis celui des psychoses de l'enfant, avec la prédominance du champ de l'autisme infantile

21 Guey/Boussion 2010, 215-229.

22 Nous avons consulté les 37 cartons du fonds durant l'été 2017 aux Archives de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, alors logées rue des Minimes à Paris. La carrière universitaire du psychiatre Georges Heuyer traverse tout le 20<sup>e</sup> siècle. Accompagnant la reconnaissance institutionnelle de la pédopsychiatrie il est le premier détenteur d'une chaire universitaire de psychiatrie infantile (voir chapitre 1).

favorisée par la thématique du développement et confirmée par l'introduction du concept de spectre dans la nosographie psychiatrique au début du 21<sup>e</sup> siècle. Finalement, l'étude clinique de quatre situations à l'aune de notre analyse historique et philosophique tentera d'ouvrir de nouvelles pistes de conceptualisation.

Nous aurons réussi notre essai si nous parvenons à montrer que l'histoire de la discipline participe de la discipline, non pas sur un plan commémoratif et auto-référentiel, mais sur celui de l'intelligence des idées à chaque époque et aussi à l'époque à laquelle on écrit cette histoire, pour une histoire donc contributive et non pas nécessairement rétrospective ou laissée au jugement et à la liberté des contemporains pour en faire ce qu'ils veulent. Un parallèle se fait jour, sans doute, entre l'histoire de la discipline et l'histoire des patients.

# Partie I

## Psychoses et schizophrénie de l'enfant, 1911 - 1942

*Il n'est guère que la culture scientifique qui puisse établir les puissances dialectiques de l'esprit et donner au sujet divisé la conscience de sa division, la volonté de se diviser en divisant. Ainsi se présente la bonne conscience de la double-conscience. Même l'erreur vient jouer, par la grâce de la rectification, son rôle d'utilité pour un progrès de la connaissance.*

Gaston Bachelard, *Le rationalisme appliqué*, 1966, 68

## La schizophrénie d'abord, l'autisme déjà

L'enfant n'apparaît pas en psychiatrie avec le 20<sup>e</sup> siècle. Des services en France accueillent des enfants à Bicêtre et à la Salpêtrière au 19<sup>e</sup> siècle dont l'historiographie est balbutiante<sup>23</sup>. D'un bout à l'autre, la notion d'idiotie chez l'enfant concentre les réflexions, leçons et rapports sur le développement intellectuel et généralement psychologique, intérêt incarné par la famille d'aliénistes Voisin : Félix Voisin, en poste à Bicêtre au milieu du 19<sup>e</sup> siècle<sup>24</sup>, et Jules Voisin, son neveu, à la Salpêtrière cinquante ans plus tard<sup>25</sup>. Les états d'arriération mentale sont analysés par Désiré Magloire Bourneville pour mettre au point une éducation spécialisée à la Fondation Vallée<sup>26</sup>, institution de soins pour enfants déficients mentaux fondée par Hippolyte Vallée en 1847 à Gentilly. Une véritable psychiatrie de l'enfant naît en Allemagne en 1887 avec la parution du premier traité médical en cette matière sous la plume d'Hermann Emminghaus. Selon lui les psychoses de l'enfant (*Kindersychosen*) ne sont rien moins que l'ensemble des troubles psychiques pouvant affecter l'enfance. Si Emminghaus a le mérite d'en donner certaines spécificités, on retrouve dans sa nosographie les regroupements cliniques de l'adulte (mélancolie, hystérie, paranoïa, manie, etc.)<sup>27</sup>. Les pathologies graves de l'enfant intéressent ensuite les psychiatres de langue allemande à partir des descriptions des différentes formes de démence chez l'adulte. Aussi repère-t-on des démences infantiles sous la plume de Theodor Heller<sup>28</sup> et de Wilhelm Weygandt<sup>29</sup>. La démence précoce, fameuse entité observée par Emil Kraepelin, prend une forme infantile encore plus précoce nommée démence précocissime par l'Italien Sante De Sanctis dès 1905<sup>30</sup>, invention que la reprise historiographique

23 Voir Le Bras 2019, 242-250 ; 2018.

24 Voisin F. 1843.

25 Voisin J. 1893.

26 Gateaux-Mennecier 1989.

27 Emminghaus 1887.

28 Heller 1909, 17-28.

29 Weygandt 1907, 311-332.

30 De Sanctis 1905, 576-587.

contemporaine aura tôt fait de mettre en lien avec les théories neurodéveloppementales non moins contemporaines en faisant du clinicien italien un « pionnier de l'investigation neuropsychiatrique »<sup>31</sup>.

Ouvrons cette première partie par l'année 1911, année particulière selon le psychiatre et historien Jean Garrabé, « ombilic de l'histoire des psychoses, celle où elles s'invaginent les unes dans les autres faisant apparaître les faces nouvelles ou jusque-là cachées de la trame des délires chroniques »<sup>32</sup>, puisque non seulement Bleuler publie son *opus magnum* sur les schizophrénies, mais Sigmund Freud fait paraître son analyse fameuse du Président Schreber, du côté de la paranoïa. Comment apparaît la schizophrénie de l'enfant ? Comment une entité décrite chez l'adulte va-t-elle s'appliquer au plus jeune âge ? Nous détaillerons le contexte de la naissance des consultations psychiatriques pour enfant dans les années 1920. L'autisme apparaît déjà, au sein même de la schizophrénie, mais en dehors de toute considération propre à l'enfant. Nous bornerons cette partie par l'année 1942, en pleine Deuxième Guerre mondiale, mise en acte d'un péril qui a vu bon nombre de cliniciens partir en exil.

31 Morgese/Lombardo 2019, 311.

32 Garrabé 1998, 55.

## Chapitre 1

### Naissance des consultations psychiatriques pour enfant

Médecine spécialisée de l'enfant, la psychiatrie de l'enfant connaît une seconde naissance dans les années 1920 à partir d'une inscription sociale répondant à une attente sociétale. La déclaration des droits de l'enfant, dite Déclaration de Genève, est adoptée par le conseil général de l'Union internationale de secours aux enfants le 23 février 1923 et approuvée par la cinquième assemblée de la Société des Nations le 26 septembre 1924. Premier à recevoir des secours, « l'enfant doit être élevé dans le sentiment que ses meilleures qualités devront être mises au service de ses frères »<sup>33</sup>.

Protéger la société des déviances et prévenir les maux susceptibles d'affecter chacun de ses membres deviennent deux leit-motifs justifiant une prise en charge généralisée des individus et une attention soutenue envers l'enfance. La délinquance juvénile et infantile requiert l'action de l'institution judiciaire qui, bien démunie, en appelle à un regard spécialisé entre éducation et soins. Plus généralement, la médecine est sollicitée pour sa connaissance des facteurs contribuant au développement des maladies ; elle propose une hygiène qui peut se décliner du côté de la psychiatrie et prendre alors la forme d'une hygiène mentale. Ainsi sont créés des services dits ouverts, en opposition aux services de l'asile réputés enclavés et reclus. Issu de ce double lignage d'une psychiatrie ouverte sur la ville qui prévient la gravité des maladies nécessitant le recours à des hospitalisations en domaine fermé et d'une expertise judiciaire – il s'agit donc de prévenir l'asile et la prison – en France, le premier service de psychiatrie dédié aux enfants voit le jour à Paris en 1925.

33 Déclaration reprise dans Crémieux/Schachter/Cotte 1945, 6.

À sa tête figure Georges Heuyer dont le parcours témoigne des influences et des racines de la pédopsychiatrie.

Comment la consultation de psychiatrie pour enfant permet-elle d'envisager la maladie mentale chez l'enfant ? Est-ce un appareil d'observation clinique pour le champ pathologique des psychoses ? Qu'offre finalement ce terrain médical nouveau pour la psychiatrie de l'enfant ?

### Délinquance infantile, du juge Baker au juge Rollet

Au début du 20<sup>e</sup> siècle, de nouvelles juridictions spécialisées dans la délinquance des mineurs voient le jour aux États-Unis. Sur la côte Est, à Boston, Harvey Humphrey Baker est le premier juge nommé à la cour de justice pour mineurs, la Boston Juvenile Court<sup>34</sup>. Sa sensibilité personnelle le porte à juger les actes de ces jeunes auteurs de troubles à l'aune de leur histoire personnelle et familiale ainsi que du contexte social dans lequel ils évoluent. Il souhaite réunir différents spécialistes de l'enfance pour mieux évaluer les situations et décider des mesures à prendre à leur endroit. Il faudra une dizaine d'années pour que ce projet voie le jour et ce ne sera d'ailleurs pas lui qui le mettra en œuvre. C'est en l'occurrence son successeur, Frederick Pickering Cabot, qui crée la Fondation du juge Baker pendant la Première Guerre mondiale et réalise le projet. William Healy en prend la direction médicale après plusieurs années d'expérience à Chicago où il a ouvert en 1909 et dirigé le Juvenile Psychopathic Institute, institution attenante au tribunal pour enfants de la ville. En s'appuyant sur les techniques et savoirs des sciences sociales, psychologiques et médicales, le dispositif d'accueil vise à connaître les délinquants pour mieux les réintégrer dans la société par une normalisation douce, en évitant si possible la punition de l'enfermement. Le Dr Healy est considéré comme le fondateur de la guidance infantile aux États-Unis à partir de différents travaux menés de pair avec son épouse Augusta Bronner<sup>35</sup>.

34 <https://jbcc.harvard.edu/history-serving-children-1917>

35 Wagner 1981.

Emboitant le pas à une justice des mineurs éducative et anticarcérale, Healy participe d'un renouvellement profond d'une psychiatrie de l'enfant qui se réinvente hors des murs de l'internement. Si le point de départ est bien le traitement du problème sociétal de la jeunesse délinquante, ces lieux de consultation vont rapidement s'adresser à l'ensemble de la population. Ainsi, Healy « accueille dans sa clinique toutes sortes d'enfants à problème, devenus plus nombreux que les jeunes délinquants »<sup>36</sup>.

Healy participe à la création en 1924 d'une nouvelle société professionnelle, l'American Orthopsychiatric Association, et avec elle d'une appellation suggérant des liens étroits entre psychiatrie et action thérapeutique sur les déviations, celle d'« orthopsychiatrie ». Son président, le New-Yorkais David Levy, en donne les grandes lignes lors de son assemblée annuelle en 1931<sup>37</sup>. La nouvelle place du psychiatre se situe d'après lui en dehors de l'hôpital, dans les lieux de justice et les organisations caritatives, pour étudier et traiter les troubles du comportement. Le praticien doit faire appel à sa connaissance de la psychopathologie, des diagnostics de schizophrénie et de personnalité psychopathique. Son approche diagnostique doit aider les agences sociales à repérer l'anormalité pathologique. Ce stade préfigure une autre étape qui concerne l'ensemble de la société. En effet, le psychiatre a toute sa place dans les milieux judiciaire et associatif comme intermédiaires entre l'asile et la société. De là naissent à la fin des années 1920 les cliniques de guidance infantile où sont traités aussi des enfants normaux, au sens où ces derniers ne présenteraient pas de troubles du comportement. La psychanalyse tient déjà, dans ce champ, une place de choix pour le traitement des « mal-adaptations sociales »<sup>38</sup>, car elle ouvre à une interprétation dynamique des comportements humains. Cette ouverture de la psychiatrie aux enfants et à la cité s'accompagne d'une sensibilisation du public qui formule de plus en plus une demande de soins psychologiques. Le domaine d'action de la psychiatrie s'élargit. Si de nouvelles sciences émergent

36 Périssol 2016, 216.

37 Levy 1931, 239-244.

38 Levy 1931, 240.

(psychométrie, neuropathologie, psychopathologie), les changements de mode de vie participent de ces sollicitations grandissantes. Ainsi sont amenés à s'allier le psychologue clinicien et le travailleur social. Une unité de vue sous l'idée de « dynamiques sociales d'un individu dont les problèmes, quels qu'ils soient, représentent à un moment donné la résultante d'une interaction (*interplay*) entre les capacités données d'un individu avec les forces psychiques et organiques opérant sur lui dans un milieu social donné »<sup>39</sup>.

Les grands principes de l'orthopsychiatrie restent cependant basés sur la science médicale. Levy renvoie dos à dos ses détracteurs, ceux qui se situent en dehors et ceux qui restent à l'intérieur de la psychiatrie. À l'intérieur, certains n'acceptent pas qu'une clinique se développe ailleurs qu'à l'hôpital et voudraient imposer une seule ligne, uniquement la grande psychopathologie. Erreur concernant tant la nature des phénomènes mentaux que l'intérêt de la population. Les grands spécialistes de la neurologie et de la neuroanatomie d'un côté et de l'autre les psychanalystes dogmatiques s'opposent, mais ne se confrontent pas directement aux enfants amenés par des parents soucieux. Et Levy de mettre en avant les spécificités de l'observation directe des enfants. Rejetant les accusations d'éclectisme, de superficialité voire de résistance, il brocarde les psychologues arides qui font systématiquement des tests, les affidés freudiens et adleriens, les éducateurs « antipsy », les sociologues cliniciens, et d'autres, ayant en partage la qualité de spécialiste. Mais, d'après lui, « plus ils sont zélés, moins ils sont compétents »<sup>40</sup>. Le président de la société d'orthopsychiatrie en appelle finalement à fédérer les compétences, à les organiser en un front commun, au sein de lieux et d'institutions de formation.

Henri Rollet fonde en 1890 à Paris le Patronage de l'enfance et de l'adolescence, association reconnue d'utilité publique, « œuvre de bienfaisance et de préservation sociale »<sup>41</sup>. Avocat à la cour et juge au Tribunal pour enfants de la Seine à partir

39 Levy 1931, 241.

40 Levy 1931, 244.

41 FGH, Heuyer 1927, 4<sup>e</sup> de couverture de la brochure publiée en 1927 par la Faculté de médecine de l'Université de Paris et ledit Patronage de l'enfance.

de 1914, il s'inquiète des enfants « en danger moral », catégorie qui regroupe aussi bien des orphelins, des jeunes traduits en justice, des enfants sous le joug de parents jugés indignes ou évoluant simplement au sein de familles trop nombreuses ou malheureuses. L'association accueille 2'500 enfants par an afin d'offrir une assistance conçue en opposition aux moyens de la répression. Elle ne veut pas se substituer à un bureau de placement, mais se voit « comme une seconde famille qui fera toujours son possible pour leur venir en aide »<sup>42</sup>. La population accueillie comprend essentiellement des garçons à partir de 8 ans, les filles et les autres enfants plus jeunes étant accueillis dans d'autres patronages ou associations. Ces enfants sont adressés par les magistrats, les administrations ou les particuliers.

Le D<sup>r</sup> Heuyer ouvre en 1925 une consultation de neuropsychiatrie infantile sous la double tutelle du patronage lancé par Rollet et Paul Kahn, avocat à la cour, et de la Faculté de médecine de l'Université de Paris. Il en donne les grandes lignes dans une leçon qu'il donne chaque année depuis son ouverture. Nous y reviendrons plus en détail dans ce chapitre, mais retenons d'ores et déjà qu'il s'agit d'un véritable plan d'hygiène mentale de l'enfance, pour reprendre le sous-titre de la leçon de 1926<sup>43</sup>. Dans la perspective d'intéresser l'ensemble du corps médical, il présente sa consultation dans *La Semaine des hôpitaux de Paris*, revue médicale généraliste très suivie par ses confrères. Concernant les troubles psychiques, il s'agit d'un bout à l'autre de dépister, diagnostiquer, traiter, mais aussi de prendre les mesures pratiques de placement et d'orientation. Ce nouveau service à la population et à la société fait œuvre sociale :

Il faut dépister le plus tôt possible les divers types du caractère de l'enfant, car, s'il est possible de les modifier, il faut du moins essayer de les adapter au milieu dans lequel vit l'enfant, et aussi d'adapter le milieu au caractère<sup>44</sup>.

42 FGH, Heuyer 1927, 4<sup>e</sup> de couverture de la brochure publiée en 1927 par la Faculté de médecine de l'Université de Paris et ledit Patronage de l'enfance.

43 Le titre complet est : *Buts et méthodes de la Neuro-psychiatrie infantile. Plan d'hygiène mentale de l'enfance*.

44 FGH, Heuyer 1929a, 546. Cette référence a été découverte au sein du Fonds Georges Heuyer.

L'intérêt d'Heuyer pour l'organisation des soins et la place de la psychiatrie dans la société est ancien. Compagnon de route d'Édouard Toulouse, il associe la psychiatrie aux thèses hygiénistes. De même, son intérêt pour la psychiatrie légale est présent dès ses études. Il est l'élève du maître de l'Infirmerie spéciale près de la préfecture de police de Paris, Gaëtan Gatian de Clérambault, qui accueille les patients adultes amenée par la police, car troublant l'ordre public, pour une suspicion de maladie mentale. Ses activités de psychiatrie légale ne s'arrêtent d'ailleurs pas avec les débuts de sa consultation pour enfants. Heuyer écrit un article en 1934 sur l'automatisme mental – syndrome clinique cher à son maître auquel il rendra un vibrant hommage funèbre en 1950 – dans le *Journal belge de neurologie et psychiatrie* et un autre, la même année, dans *La Semaine des hôpitaux de Paris*, sur « l'expertise psychiatrique », en tant que médecin de l'Infirmerie spéciale de la préfecture de police et médecin-expert auprès des tribunaux<sup>45</sup>.

Les liens entre justice et médecine intéressent Heuyer comme l'atteste sa thèse de médecine qu'il soutient en 1914 sur les « enfants anormaux et la délinquance juvénile »<sup>46</sup>. Une des origines psychopathologiques de la délinquance et de la criminalité tient à la notion de perversion instinctive qu'Heuyer emprunte à l'un de ses maîtres, Ernest Dupré.

On retrouve dans ses textes de larges inspirations venues de pays voisins de la France, au premier chef desquels l'Allemagne. Y est reconnue l'organisation des services dédiés à la « prophylaxie mentale infantile d'assistance et de traitement »<sup>47</sup>. Un bureau de l'enfance (*Jugendamt*) coordonne en effet l'ensemble des actions au sein des différentes institutions allemandes. En 1928, on ne voit pas de difficultés à ce qu'il soit rattaché au ministère de l'Intérieur. Réciproquement, Heuyer fait part aux lecteurs germanophones des actions menées par la pédopsychiatrie en faveur de l'enfance. Il écrit dans une grande revue allemande internationalement reconnue, la *Zeitschrift für Kinderforschung*, associée à un collègue germanophone,

45 Heuyer 1934a, 415-437 ; 1934b.

46 Voir Heuyer 1929b, 13.

47 Heuyer/Robin 1928, 614.

Erich Stern, professeur de psychologie pédagogique à Giessen qu'Heuyer accueillera en France sous la menace nazie. Les dispositifs de protection infantile mis en œuvre en France y sont présentés tandis que Stern développe une nouvelle théorisation sur la relation médecin-malade<sup>48</sup>.

Mais c'est surtout le bouillonnement américain qui attire Heuyer et ses collègues. On retrouve dans les archives d'Heuyer un texte – qui l'aura sans doute largement inspiré – sur l'examen psychiatrique de l'enfant, écrit par un ensemble d'auteurs réunis dans la section de la prévention de la délinquance au Comité national pour l'hygiène mentale domicilié à New York. Dans la même période, l'*American journal of orthopsychiatry* publie son premier numéro, en 1930. Le psychiatre Samuel W. Hartwell, directeur d'une clinique de guidance infantile, entreprend de décrire la place du psychiatre dans le traitement des troubles du comportement et des personnalités<sup>49</sup>.

L'influence américaine sera d'autant plus grande quand les cliniciens français auront fait le voyage aux États-Unis et visité leurs institutions. L'impact est immense. Le séjour est organisé à l'occasion du premier Congrès mondial d'hygiène mentale en mai 1930 à Washington<sup>50</sup>. Après sa visite du centre de guidance infantile de Newark<sup>51</sup>, Heuyer décrit de manière très littéraire son arrivée au centre : l'environnement fabuleux, l'industrie en plein essor, l'organisation taylorienne si efficace dans la productivité. Très enthousiaste, il découvre de multiples organisations qu'il souhaite prendre pour modèle. Et de s'inquiéter du retard pris par son pays :

Dans 3 ans, le prochain congrès d'hygiène mentale se tiendra sans doute à Paris. Je me demande ce que nous aurons à montrer aux Américains et aux autres peuples assemblés : à peine quelques institutions rares et éparses, le plus souvent imparfaites et insuffisantes ! Des décisions intelligentes de la part des Pouvoirs Publics [sic], des efforts de coordination de la part des œuvres privées permettraient sans doute de créer aussi en France les institutions nécessaires pour réaliser la prophylaxie des maladies mentales et de la criminalité<sup>52</sup>.

48 Heuyer/Stern 1934c, 22-35.

49 Hartwell W. 1930, 3-20.

50 Heuyer 1930.

51 Heuyer 1931a.

52 Heuyer 1931b, 15.

L'hygiène mentale de l'enfant constitue la première étape essentielle d'une hygiène mentale générale.

### Hygiène mentale, de Clifford Beers à Édouard Toulouse

En 1908 paraît le livre d'un ancien patient, Clifford Beers, *A mind that found itself*, traduit en français par André Maurois en 1951 sous un titre très différent, *Raison perdue, raison retrouvée*<sup>53</sup>. Ce livre a largement contribué au développement des institutions psychiatriques en dehors des murs asilaires aux États-Unis.

L'avant-propos de Maurois souligne le grand succès du livre de Beers tout autant que sa campagne médiatique et ses élans philanthropiques. Sur quatre décennies, c'est la trentième édition du livre qui est traduite en français en 1951. Beers est comblé d'honneurs lors du Congrès international d'hygiène mentale de Washington en 1930. À quoi tient le succès du livre ? Sans doute est-il perçu comme un témoignage vibrant de l'expérience du patient, une sorte de document clinique de l'intérieur. Le narrateur rapporte d'abord la traversée sur plusieurs mois d'une mélancolie délirante, puis celle d'une exaltation maniaque. La description de mauvais traitements physiques scandalise le lecteur. Guéri, Beers revisite alors les établissements où il a été interné avec des projets de réforme. L'idéal et la verve réformateurs d'un Victor Hugo l'accompagnent. Il fait ainsi de son exaltation une arme autant littéraire que philanthropique<sup>54</sup>.

Beers fonde le mouvement d'hygiène mentale (*mental hygiene movement*) qui va prendre une ampleur considérable, avec l'aide de grandes fortunes locales et notamment le relais de la famille Rockefeller. Ce qui reste particulièrement remarquable c'est l'intrication de la folie avec la force et l'aura de l'engagement militant. En effet, Beers passe au fil du temps du rôle de Don Quichotte à celui de réformateur qui éveille la conscience sociale. En pleine expansivité maniaque, il décrit sa tournure d'esprit réformateur comme une sorte de philanthropisme impulsif. Interné, il se

53 Beers 1951.

54 Trémine 2016, 563-566.

fait conduire dans le service des « violents », où il provoque quelque peu un médecin qu'il appelle D<sup>r</sup> Jekyll. Il note déjà que les établissements privés ont tendance à se débarrasser de leurs malades les plus ennuyeux dans les asiles d'État. Alors transféré, il fait connaître ses projets de réforme des asiles, non seulement chez lui, dans le Connecticut, mais pour le monde entier. Dans une lettre au gouverneur de l'État, il entreprend d'écrire une « Déclaration des droits à l'usage des fous ». Beers ne renie en fait jamais son passé ni sa maladie. Ainsi, l'hygiène mentale prend pour point de départ ou forte accélération de sa mise en œuvre l'histoire personnelle d'un patient dont l'expérience décrite à la première personne va susciter un formidable mouvement philanthropique.

Dès le début des années 1920, Toulouse et Georges Génil-Perrin s'inspirent des réalisations américaines et de l'élan insufflé par le mouvement d'hygiène mentale. Ils prennent appui notamment sur la mission de Paul-Maurice Legrain, médecin influent de la Ligue antialcoolique envoyé outre-Atlantique par le ministère de l'Hygiène publique en 1919, qui dénombre là-bas plus de deux cents institutions et relate la création d'un hôpital à Baltimore dirigé par Adolf Meyer, avec le soutien de grands philanthropes comme Rockefeller. Toulouse et Génil-Perrin souhaitent développer une psychiatrie dans la cité sur le modèle des services sociaux. Si l'hygiène est le cadre général, la prophylaxie concerne plus spécifiquement la médecine, car il s'agit de diagnostiquer précocement les différentes formes de prédisposition, de déceler un état de moindre résistance psychique, de mettre en évidence les « méiopragies intellectuelles »<sup>55</sup>. La prophylaxie mentale suit une technique sociale. Il faut ouvrir des dispensaires psychiatriques, c'est-à-dire des lieux dédiés, pour dépister et trier les petits psychopathes et les prédisposés, surveiller la convalescence des aliénés sortis d'asile, vulgariser et enseigner l'hygiène mentale à la population. Président à ce déploiement un volontarisme d'action, et donc un grand intérêt pour les politiques publiques, ainsi qu'un certain optimisme sur la possibilité d'éviter un grand nombre de maladies.

55 Toulouse/Génil-Perrin 1920, 513.

Au premier Congrès international d'hygiène mentale de 1930, Toulouse, qui a fait le déplacement avec son ami Heuyer, expose le fonctionnement du centre de prophylaxie mentale de la Seine<sup>56</sup>. Il se présente comme médecin-directeur de l'hôpital, chef du centre de prophylaxie et directeur de l'institut de psychiatrie et de prophylaxie mentale à l'École des hautes études. C'est un lieu clinique – un hôpital psychiatrique ouvert, un foyer biologique –, un laboratoire d'analyses et un lieu de psychiatrie sociale pour la prophylaxie mentale. Toulouse se place dans la lignée du geste de Pinel qui libère les aliénés de leurs chaînes et s'associe à cette mythologie<sup>57</sup>. Selon lui, il s'agit de passer à un second temps, le premier étant celui de la loi de 1838, marqueur originel de la modernité en psychiatrie. Le même type de révolution doit se produire dans l'organisation de la spécialité. Il met en avant un enjeu d'intégration de la psychiatrie dans le champ de la médecine. Il faut en effet lutter contre la folie comme on lutte contre la syphilis : « toute réglementation étroite écarte les malades du médecin »<sup>58</sup>. Le 1<sup>er</sup> juin 1922 est créé le service libre de prophylaxie mentale à l'asile Sainte-Anne, qui devient peu de temps après l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, puis le centre de prophylaxie mentale du département de la Seine. Il ne manque pas de se placer sous l'égide d'appuis influents, tel le Professeur Henri Claude, et cite les autres exemples de services ouverts à la Pitié et à la Salpêtrière, deux hôpitaux alors distincts bien que se côtoyant, ainsi que des expériences en province – à Fleury-les-Aubrays, près d'Orléans, notamment. Enfin, il relie directement son expérience et sa création à celle de son collègue Heuyer : « Il faut rapprocher de ces organisations la clinique de neuropsychiatrie infantile de la Faculté de médecine que dirige le D<sup>r</sup> Heuyer. »<sup>59</sup>

Toulouse s'intéresse de près aux rapports du normal et du pathologique en psychiatrie, et plus exactement de l'incidence de la pathologie dans la culture. Il publie des monographies sur des personnages illustres et célèbres, dont Émile Zola et Henri Poincaré, et porte son attention sur les rapports entre supériorité

56 FGH, Rapport d'Édouard Toulouse, « Tuesday morning, May 6th, Session B », s.d.

57 Voir Swain 1994 ; 1977.

58 FGH, Rapport d'Édouard Toulouse, « Tuesday morning, May 6th, Session B », s.d.

59 FGH, Rapport d'Édouard Toulouse, « Tuesday morning, May 6th, Session B », s.d.

intellectuelle et névropathie. À l'École des hautes études, il crée le laboratoire de psychologie expérimentale, travaille avec Henri Piéron qui prendra la succession d'Alfred Binet au laboratoire de psychologie de la Sorbonne. Un triptyque caractérise son approche : il associe toujours physiologie, psychologie et psychiatrie. Il nomme biotechnique une forme de psychotechnique nourrie de considérations biologiques et médicales. La latitude de ses vues gagne même l'orientation professionnelle et le travail en général. Il travaille d'ailleurs avec Henri Laugier au sein du Conservatoire national des arts et métiers. La division du travail et sa spécialisation l'intéressent beaucoup. En septembre 1927, à partir de l'extension de son laboratoire, il fonde un institut de psychiatrie et de prophylaxie mentale qui réunit l'ensemble des disciplines connexes, chacun ayant son chef de file : psychologie (Jean-Maurice Lahy), physiologie (Laugier), chimie biologique (Maurice Delaville), biopsychiatrie (Toulouse lui-même).

On peut donc voir en Toulouse le porte-voix français du mouvement international d'hygiène mentale. Le paroxysme de sa vision tient sans doute à sa notion de biopsychiatrie, qui consiste simplement en la recherche besogneuse de « concomitants biologiques »<sup>60</sup> pour chaque maladie mentale. Ainsi se justifie la présence d'un foyer biologique pour permettre des examens mentaux sur une base biologique. Mais son effort se double d'un rêve à portée politique ayant bien d'autres conséquences : la biocratie, un état qui serait dirigé par les sciences de la vie. L'hygiène mentale devient donc le fer de lance d'une hygiène générale.

Hygiène mentale et hygiène générale ont de fait partie liée. On ne peut pas affirmer que l'une soit à la base de l'autre ou, au contraire, que l'une soit une émanation de l'autre. Cependant, l'hygiène générale est née de considérations intéressantes l'hygiène mentale qui a tendance elle-même à s'étendre vers une hygiène générale. Dès ses premiers cours de psychiatrie de l'enfant, Heuyer évoque l'intérêt d'une « hygiène prénatale », regrette qu'elle soit appelée du « mot – malheureux – d'eugénique »<sup>61</sup>.

60 FGH, Rapport d'Édouard Toulouse, « Tuesday morning, May 6th, Session B », s.d.

61 FGH, Heuyer 1927.

Rappelons que son cours lui-même porte comme sous-titre : « plan d'hygiène mentale de l'enfance ». Il contribue au *Traité d'hygiène* de Louis Martin et Georges Brouardel paru en 1928 dans lequel il consacre un chapitre à l'anthropologie psychique, consistant à étudier les différentes étapes de la croissance psychique de l'enfant ainsi que les fondements psycho-physiologiques de l'éducation. Chez Heuyer, la référence à une hygiène mentale ne s'arrête pas après la Deuxième Guerre mondiale. La notion est encore utilisée dans les années 1950 dans des cycles de conférences données au sein de l'association de l'école des parents et des éducateurs. Et Heuyer, fondant sa revue en 1953, maintient l'hygiène dans son titre : *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*.

La psychiatre américaine pour enfant Lauretta Bender relie de son côté en 1939 sa spécialité médicale à l'hygiène mentale conçue comme ensemble de bonnes manières de s'occuper d'un enfant. Cet aspect de la guidance infantile née aux États-Unis s'appuie sur les préceptes fondamentaux d'un bon développement. Bender cite dans ses écrits le spécialiste du développement Arnold Gesell, comme les psychanalystes Mélanie Klein et Anna Freud, références incontournables dès avant la Deuxième Guerre mondiale.

## Le service ouvert Henri-Rousselle à Paris (1922)

Il est important d'approfondir les conditions d'ouverture du service Henri-Rousselle créé par Toulouse puisqu'il servira de référence à Heuyer quelques années plus tard pour développer son propre service dédié aux enfants. À noter que ce nouveau service à portée généraliste fait déjà une place à l'enfant : Pierre Mâle, René Zazzo, Heuyer lui-même y tiennent une consultation pour enfants et adolescents.

La création d'un service de psychiatrie ouvert, au sens où il s'oppose aux conditions de l'asile, a lieu à Paris au début des années 1920, suite à une décision politique à l'échelle du département de la Seine qui bouscule l'administration hospitalière. Elle s'énonce comme une réforme d'ordre législatif puisqu'elle s'adjoint à la fameuse loi de 1838 qui régit alors encore l'hospitalisation des patients dans les services fermés de psychiatrie :

En 1921, le Conseil général, sur la proposition de M. Henri Rousselle, admettait la thèse de la Ligue [*d'hygiène mentale*], sollicitait dès 1920 l'institution de l'assistance aux psychopathes lucides et non dangereux dans les services ouverts annexés aux asiles de la Seine et prenait une délibération, après avis favorable de la commission de surveillance des asiles de la Seine, concluant à l'ouverture d'un service ouvert, pour le traitement des psychopathes dont l'état ne nécessite pas le placement dans les formes prescrites par la loi du 30 juin 1838<sup>62</sup>.

Plus précisément, la relative autonomie du service va s'organiser en trois étapes. Le 16 juin 1922 s'ouvre un service de l'asile-clinique soustrait de la loi de 1838. Le 1<sup>er</sup> juillet 1924, le service se trouve détaché administrativement de l'asile-clinique. Le 11 mars 1926, il est baptisé Henri-Rousselle, du nom du président de la troisième commission du Conseil général qui avait défendu le projet devant l'assemblée départementale.

Un numéro de la revue de référence pour les psychiatres pratiquant dans les asiles, encore appelés aliénistes, donne parfaitement les clefs des débats qui animent la profession autour de cette ouverture. Une lettre ouverte écrite par Georges Heuyer

62 Even 1931.

dans *L'Aliéniste français* du 20 juin 1931 formule en effet les enjeux de nomination au poste de médecin-directeur de ce nouvel Hôpital Henri-Rousselle. Toulouse se trouve sur le départ et une bataille s'ouvre pour sa succession. En toile de fond se tient l'opposition traditionnelle entre médecin des hôpitaux et médecin des asiles. À partir d'une formation et d'un exercice médical différents, la question de savoir qui a la meilleure qualification pour la spécialisation psychiatrique fait rage.

Le débat concerne notamment la place de ce service ouvert par rapport à l'Asile de la Seine – Sainte-Anne, d'autant que son statut s'est rapidement autonomisé avec Toulouse à sa tête. Le changement de directeur est donc l'occasion d'un changement de direction pour cet « organisme spécial »<sup>63</sup> créé par le Conseil général de la Seine. Pour mieux comprendre, il faut souligner le contexte de suppression des services d'aliénés au sein des hôpitaux de Paris – Salpêtrière, Bicêtre. « Pour les malades libres, un service ouvert a été créé dans la Seine. C'est l'Hôpital Henri-Rousselle. »<sup>64</sup>

Le service ouvert, désigné hôpital à part entière, se voit également destiné à faire sortir des asiles des malades mentaux soumis à des formalités administratives trop lourdes. Une critique du poids et du carcan administratifs est donc en arrière-plan. Heuyer évoque ainsi avec ironie dans sa lettre le grand nombre de compétences administratives dévolues aux médecins d'asile perçus avant tout comme des fonctionnaires départementaux spécialement habilités. En clair, ils ne sont plus tellement médecins. Sur cette opposition entre médecine et administration, Heuyer refuse le retour à un service annexé à un asile. Il prend d'ailleurs pour référence la situation particulière de l'Infirmier spécial de la Préfecture de police à laquelle il appartient : un lieu hors asile, d'observation avant l'internement. Or, l'Hôpital Henri-Rousselle se veut un lieu d'observation mais aussi de dépistage et de traitement avant ou hors asile. Une autre opposition cristallise le débat, asile *versus* hôpital. Les asiles sont désignés comme peu soignants, tout juste

63 Heuyer 1931.

64 Heuyer 1931, 272.

des « garderies asilaires »<sup>65</sup>. Il défend *a contrario* une conception que l'on dirait aujourd'hui déstigmatisante de la psychiatrie : les patients psychiatriques sont des malades comme les autres.

Heuyer rapproche ouvertement ses expériences de psychiatrie légale et de clinique non asilaire ; elles auraient, ensemble, concouru à sa conception de la psychiatrie de l'enfant : « L'Infirmier spécial et mon service de neuropsychiatrie infantile m'ont donné de l'hygiène mentale une conception sensiblement analogue à celle de M. Toulouse. »<sup>66</sup> Il y a même un strict parallèle entre le service pour adultes de Toulouse et le sien pour enfant, le dénominateur commun étant l'ambition d'une hygiène mentale et le moyen de la prophylaxie :

Il en est de la prophylaxie mentale représentée par l'Hôpital Henri-Rousselle comme de l'hygiène mentale de l'enfant. Les médecins des asiles, à de rares exceptions près, ne se préoccupaient guère des mesures à prendre pour dépister et traiter chez l'enfant le déficit intellectuel et les déséquilibres du caractère<sup>67</sup>.

Pour être tout à fait exact, la médecine asilaire a bien tenté de créer des structures pour s'occuper des enfants. Il y a bien eu des projets de création d'instituts médico-pédagogiques, qui seraient annexés aux asiles. Mais, d'après Heuyer, les asiles d'aliénés offriraient un cadre trop étroit. Les services ouverts proposent un tout autre régime, un éventail de consultations généralistes et spécialisées ainsi que des soins possibles à domicile avec l'aide des services sociaux. Devant la levée de boucliers, Heuyer fustige une réaction de « privilèges corporatifs »<sup>68</sup>.

Le D<sup>r</sup> Henri Beaudouin incarne dans ce numéro de la revue le point de vue des aliénistes. Il répond vertement à Heuyer par une première protestation rédigée au nom de la Société médicale des asiles de la Seine. « Que chacun reste chez soi »<sup>69</sup> lance-t-il : l'assistance départementale d'un côté, et de l'autre

65 Heuyer 1931, 271.

66 Heuyer 1931, 271.

67 Heuyer 1931, 271-272.

68 Heuyer 1931, 272.

69 Beaudouin 1931, 273.

l'assistance publique. Un autre aliéniste, le D<sup>r</sup> Georges Demay, précise les craintes des aliénistes par la perte des spécificités de la clinique psychiatrique. Il y aurait alors la possibilité qu'un médecin-directeur des services ouverts ne soit pas psychiatre, mais neurologue. En conséquence se pose un problème de compétence et de qualification. Les médecins aliénistes passent en effet par un concours spécial. Demay conteste les oppositions soulevées par Heuyer entre l'administration et la médecine, des malades chroniques incurables et des pathologies aiguës et curables, des psychiatres de seconde zone et des « super psychiatres »<sup>70</sup>. Il brocarde une véritable croisade à grand renfort de presse et met en avant leur différence de statut : les médecins d'asile acceptent de prendre des postes en province, contrairement aux médecins des hôpitaux. Il critique le discours de la Ligue d'hygiène mentale qu'il assimile à une véritable propagande. Le débat prend finalement la forme d'une bataille de territoire, pour développer une nouvelle manière d'aborder les maladies mentales dans la population, y compris sous l'aspect de leur prévention.

Le camp des aliénistes essaie de ne pas se laisser cantonner au passé de la loi issue du 19<sup>e</sup> siècle. Eux aussi veulent des services ouverts, mais dont ils auraient la charge.

Notre ambition est de faire des Asiles des établissements psychiatriques pourvus des moyens modernes de diagnostic et de traitement, destinés à tous les malades mentaux, aigus et chroniques, et dont la partie hôpital comprendra un service ouvert<sup>71</sup>.

Dans le même temps, l'aliénisme souhaite maintenir l'idée d'une distinction radicale entre psychiatrie et médecine générale, pour appuyer les spécificités de la psychiatrie au sein de la médecine. L'aliéniste craint encore les déceptions que pourraient susciter les nouvelles prétentions à soigner tout le monde en dehors des asiles, et notamment les délires de revendication. Demay avance même un chiffre sur les suites données

70 Demay 1931, 274.

71 Demay 1931, 275.

aux consultations dans un service ouvert : les deux tiers doivent être internés. Autre argument selon lui à prendre en compte : le régime d'hospitalisation libre peut être délétère pour certains psychopathes qui ne relèvent pas de manière évidente de l'asile.

En bref, les aliénistes ne veulent pas voir s'échapper de leur domaine d'exercice une nouvelle pratique qui suscite l'attention de la puissance publique et déploie des moyens substantiels. Ils se verraient sinon dépossédés alors que les asiles sont déjà pour eux les parents pauvres de l'assistance. Suite à ce qu'ils perçoivent comme une trahison de leur collègue Toulouse, les aliénistes se demandent même si ce dernier peut rester un de leurs. Finalement, Toulouse échappe de peu (quatre voix contre trois) à une demande – par pétition – d'exclusion de la Société médicale des asiles de la Seine lors d'une séance du Comité de l'association amicale du 22 juin 1931.

L'Hôpital Henri-Rousselle tient à une idée médicale directrice. S'il s'agit de traiter les patients qui viennent consulter librement, l'ambition thérapeutique s'oriente vers la prophylaxie. Il faut surtout rechercher les états de début, voire de simples prédispositions, en vue d'une thérapeutique précoce. Y est donc profondément valorisée une sorte d'éducation prophylactique, émanation de la Ligue d'hygiène mentale fondée en France en 1920.

L'appellation de centre de prophylaxie mentale du département de la Seine est de ce point de vue significative. On y offre une assistance libérale et non rébarbative. La souplesse caractérise son fonctionnement par opposition là encore aux conditions asilaires : accueil immédiat et ouvert, possibilité de visite à domicile, surveillance et suivi, orientation vers l'asile en cas de nécessité. C'est un service ouvert sur la cité, mais également ouvert sur les autres institutions avec lesquelles il se trouve en lien permanent, que ce soient les services fermés, la préfecture de police (l'Infirmierie spéciale), l'assistance publique, ou les œuvres privés. Les sujets de préoccupation sont largement décalés par rapport à la nosographie psychiatrique traditionnelle. On y traite aussi bien d'hygiène mentale, d'alcoolisme, de toxicomanie, de criminalité, et d'orientation professionnelle que de maladies mentales à proprement parler.

Le successeur de Toulouse sera finalement désigné parmi les aliénistes. Voilà de quoi rassurer tout le monde. Génil-Perrin est à la fois un compagnon de route de Toulouse et un clinicien relevant de la grande tradition de l'aliénisme français. Rappelons simplement que la psychiatrie lui doit des contributions importantes, notamment dans la compréhension de la paranoïa<sup>72</sup>. Comme médecin-directeur, il souligne l'influence de son service sur l'asile et œuvre pour une convergence des points de vue : « c'est bien évidemment en raison de son exemple que des asiles d'aliénés ont été débaptisés et appelés " Hôpitaux psychiatriques " »<sup>73</sup>. Effectivement ce service est devenu un véritable hôpital polyvalent comprenant plusieurs services : un service d'hospitalisation (soit de traitement, soit d'observation), un service du dispensaire avec des consultations de psychiatrie générale, des consultations spécialisées dans certains domaines – épilepsie, neurologie, toxicologie, anxiété, psychothérapie ou d'autres spécialités : ophtalmologie, otorhinolaryngologie (ORL), endocrinologie, dermatologie, etc. Et au sein des consultations spécialisées, on retrouve des consultations de neuropsychiatrie infantile.

L'Hôpital Henri-Rousselle donne une place à l'enfant pour des consultations spécialisées, en partie pour des problèmes de comportement (petite délinquance) ou des difficultés d'apprentissage. Cette section sera un laboratoire pour Heuyer en vue de la création d'une clinique spécialisée en neuropsychiatrie infantile. À côté des services cliniques se trouvent des laboratoires qui développent l'aspect scientifique de la médecine nouvellement proposée : anatomo-pathologie, coprologie, bactériologie, chimie biologique, physiologie, hématologie, électroradiologie, etc. concourent au diagnostic et à la recherche étiologique. S'y adjoignent une bibliothèque médicale ainsi qu'un service de documentation scientifique. Recherche et formation sont ainsi intimement mêlées aux soins dispensés.

72 Voir Craus 2013, 103.

73 Génil-Perrin 1939, 647-652.

## La clinique annexe de neuropsychiatrie infantile à Paris (1925)

Georges Heuyer crée la clinique annexe de neuropsychiatrie infantile à Paris en 1925, au 379 rue de Vaugirard. Les locaux sont partagés avec ceux du Patronage de l'enfance et de l'adolescence, association reconnue d'utilité publique fondée par le juge Rollet et l'avocat Kahn. Le fonctionnement de ce lieu inédit pour la psychiatrie de l'enfant nous est donné par les « buts et méthodes de la neuropsychiatrie infantile » délivrés chaque année par Heuyer lors des cours magistraux qu'il professe, tel un bilan d'activité de sa clinique, sous-titré plan général de l'hygiène mentale de l'enfance<sup>74</sup>.

### Entre pédiatrie, psychiatrie et justice

Si la thèse de doctorat en médecine d'Heuyer soutenue en 1914 est déjà marquée par son intérêt pour la psychiatrie infantile et la justice des mineurs<sup>75</sup>, son parcours témoigne d'une évolution, allant de la médecine générale jusqu'à ce que l'on nomme la « neuropsychiatrie [sic] infantile » en passant par la neurologie et la « psychiatrie générale »<sup>76</sup>. Heuyer s'appuie en fait sur la prophylaxie mentale telle que la conçoit Toulouse : la prévention plutôt que le traitement. Il la juge à la fois « moins onéreuse et plus efficace »<sup>77</sup>. L'hygiène mentale générale le ramène à l'hygiène mentale infantile, car « la véritable prophylaxie mentale doit se faire dès l'enfance » et le dépistage « le plus tôt possible »<sup>78</sup>.

À cette époque, Heuyer s'oppose à une théorie de la maladie nourrie essentiellement de psychogenèse et critique un usage

74 Heuyer 1927.

75 Heuyer soutient sa thèse sous la direction d'Ernest Dupré, chef du service de la clinique des maladies mentales à l'Hôpital Sainte-Anne, où il est nommé chef de clinique adjoint en 1919-1920, puis titulaire en 1921-1922.

76 Nous n'avons pas éclairci l'énigme de cette graphie qui nous paraît bien curieuse aujourd'hui, plaçant un accent circonflexe sur la voyelle « a » dans « psychiatrie ». Faut-il y voir une accentuation du suffixe grec et ainsi l'affirmation de l'appartenance de la psychiatrie à la médecine ?

77 Heuyer 1927, 2.

78 Heuyer 1927, 2.

trop large de la psychanalyse. Il met en balance les névropathies, qui seraient effectivement accessibles à la psychologie, et les psychopathies, à forte composante biologique. Il en retire une conséquence pratique. Selon lui, le regard médical classique est incontournable, comprenant l'interrogatoire (importance des antécédents), l'examen somatique et les examens biologiques. Il permet de retrouver des éléments importants pour le diagnostic : tares parentales toxiques ou infectieuses, malformations et dystrophies corporelles. La question du terrain est essentielle à aborder pour bien circonscrire l'ensemble de la situation clinique.

La pédiatrie est sollicitée du côté de l'organicités des troubles, les origines toxiques ou infectieuses comme la syphilis, la tuberculose, l'alcoolisme. Les maladies familiales doivent être repérées. Du côté psychiatrique, l'ensemble de la clinique classique doit être reconnu : psychose maniaco-dépressive, dispositions paranoïaques, états schizoïdes. Les risques héréditaires peuvent être évalués et donner lieu à des conseils au cas par cas. « Toute la neuropsychiatrie est dominée par la notion de l'hérédité. »<sup>79</sup> C'est le premier axe d'action de l'hygiène et de la prévention. Le second concerne l'adaptation de l'éducation et de l'instruction, afin de canaliser puis d'utiliser les caractères. Le dépistage doit avoir lieu dès la première année de vie et relève donc aussi bien de la pédiatrie. Les premiers signes neurologiques indiquent en effet les troubles du développement neuropsychiatrique de l'enfant. Une triade chronologique fait figure de repère : dates de la marche, de la parole et de la propreté nocturne, voire de la première dent. Le modèle de référence reste pour Heuyer l'hérédosyphilis qui allie une maladie à composante organique et la dimension héréditaire. Cependant, la partie médicale des traitements disponibles de nature biologique – mercure, arsenic – lui apparaît peu efficace.

Pour aborder la famille et la vie affective, Heuyer reconnaît les apports de la psychanalyse. De nombreuses études lui semblent encore nécessaires pour comprendre et régler les problèmes qu'il commence à rencontrer à l'ouverture de son service. Il met en avant le respect de l'enfant dans

79 Heuyer 1927, 3.

sa personnalité en construction. L'école est un sujet de prédilection. Lieu des apprentissages et de la première vie en société, elle doit être investie par la neuropsychiatrie infantile. L'évaluation des écoliers est réalisée sur trois axes : pédagogique, psychologique et médical. L'intelligence est mesurée par l'évaluation des connaissances, l'anormal se caractérisant par un retard de plus de deux ans. Au-delà, les intelligences sont appréhendées selon des aptitudes classiques concernant la mémoire, les capacités d'association, le jugement, par le biais de tests, notamment ceux mis au point par Binet, Théodore Simon et Ovide Decroly. Les examens anatomiques sont réalisés au moyen de l'anthropométrie afin de rechercher des stigmates de dégénérescence, selon les théories en vigueur depuis Benedict Augustin Morel.

L'examen psychiatrique vient enfin, mais « l'examen anatomique doit être un adjuvant de l'examen psychiatrique »<sup>80</sup>. En fait, l'examen psychiatrique utilise toutes les méthodes sus-citées, mais n'en a donc aucune en propre. Ici et là, il « prend son bien où il le trouve ». Car le malade se définit difficilement. Heuyer tente d'en dépeindre une généralité : enfant anormal, qui « sous l'influence de tares morbides, le plus souvent héréditaires, présente des déficiences constitutionnelles d'ordre intellectuel ou moral, qui l'empêchent de s'adapter spontanément au milieu social »<sup>81</sup>. Le clinicien doit passer par une analyse fine et complète des différents symptômes et réaliser une synthèse pour arriver à un diagnostic clinique.

Quels sont les diagnostics posés à la clinique d'Heuyer ? Des documents originaux les détailleront plus loin, mais Heuyer avance de lui-même les déficiences intellectuelles (si bien qu'Heuyer conseille de dépister systématiquement le dernier cinquième de chaque classe), les troubles du caractère comprenant les instables (école buissonnière, fugues), les émotifs (timides pathologiques), les déprimés, les paranoïaques (qu'il nomme « esprits faux »), les pervers qui sont des enfants sans déficit avec trouble de l'affectivité d'après lui et les thèses de son maître Dupré.

80 Heuyer 1927, 7.

81 Heuyer 1927, 8.

En prolongement de son attention à l'école, la neuropsychiatrie infantile s'intéresse à l'orientation professionnelle. C'est un autre point commun avec l'hôpital de Toulouse. Heuyer est médecin attaché à la Ville de Paris depuis 1922 et siège au conseil d'orientation de l'école. Il prône la mise en place, en citant en exemple d'autres pays, d'écoles de perfectionnement, de réforme, et de maisons d'apprentis. Il assume la sélection et la participation à l'orientation des élèves. Mais le médecin doit rester selon lui humble et prudent. « Nous expliquons mal le passé, nous ne comprenons pas le présent, et nous pouvons à peine entrevoir l'avenir. »<sup>82</sup>

La clinique d'Heuyer est une réponse à une demande sociale et judiciaire. Il faut dire que Georges Heuyer a toujours été intéressé par le monde judiciaire et le restera, avec des fonctions éminentes. Professeur à l'Institut de criminologie de l'Université de Paris, il intervient dans le premier cours international de criminologie en 1952, avec une introduction psychiatrique, en remplacement de Jean Delay. Il s'est formé et a continué ses activités à l'Infirmierie spéciale de la préfecture de police de Paris. On dénicher dans ses archives un fascicule, sorte de tiré-à-part, sur les « psychoses passionnelles »<sup>83</sup>, d'après le même format que les cours qu'il a donnés en neuropsychiatrie de l'enfant, qui s'adresse aux médecins généralistes dans le cadre de l'association d'enseignement médical des hôpitaux. On y retrouve des échos évidents à la neuropsychiatrie infantile dont il a creusé le premier sillon. « Je veux traiter de certains troubles du caractère et de l'affectivité qu'il n'est pas facile de distinguer de l'état normal ; (...) dans la pratique quotidienne de la médecine, les cas les plus nombreux et les plus intéressants de la psychiatrie sont à la limite du normal et du pathologique »<sup>84</sup>, écrit-il. Il propose alors de donner « quelques notions des constitutions morbides », afin de mieux comprendre « les réactions interpsychologiques si spéciales qui s'exercent entre la famille, le médecin et le malade »<sup>85</sup>. Cette leçon pourrait très bien s'appliquer à sa pratique auprès des enfants.

82 Heuyer 1927, 12.

83 FGH, Heuyer, fascicule, Epinal, Imprimerie coopérative, s.d.

84 FGH, Heuyer, fascicule, Epinal, Imprimerie coopérative, s.d.

85 FGH, Heuyer, fascicule, Epinal, Imprimerie coopérative, s.d.

Avant la Première Guerre mondiale, une nouvelle loi sur la délinquance juvénile avait modifié l'attention portée aux enfants en difficulté. La loi du 22 juillet 1912 sur les tribunaux pour enfants ou adolescents et sur la liberté surveillée est perçue par Heuyer comme le décalque de la loi américaine du 21 avril 1899 instituant les Juvenile courts, dont la première sera mise en place à Chicago<sup>86</sup>.

### Un fonctionnement pluriel et un mandat circonscrit

Les archives d'Heuyer fournissent de précieux renseignements sur le fonctionnement de son service dont il livre des comptes-rendus annuels. Tout n'a pas été conservé par l'intéressé, mais l'on retrouve des notes de fonctionnement pour l'année 1935<sup>87</sup>. La voie d'entrée principale reste judiciaire : le tribunal des mineurs confie des enfants au Patronage de l'enfance, parmi lesquels un certain nombre d'enfants qualifiés d'« anormaux psychiques » qui ont besoin d'être soignés. Heuyer recense un nombre croissant de consultations d'année en année. De 2'517 sur l'année scolaire 1933-1934 le nombre de consultations passe déjà à 2'937 l'année suivante. L'activité ne se réduit pas à l'évaluation pour une orientation. Un suivi des enfants y est proposé. Ainsi, seulement un peu plus de la moitié des consultations annuelles concernent de nouveaux enfants. Plusieurs femmes médecins entourent Heuyer, Jenny Roudinesco et Suzanne Lorisignol notamment. Un praticien d'origine allemande l'accompagne, Stern, qu'il a accueilli suite aux persécutions nazies. De multiples spécialités intègrent l'évaluation pédopsychiatrique dont l'ophtalmologie, l'ORL, l'odontologie, etc. La rééducation de la parole est sous la responsabilité d'un certain D<sup>r</sup> Kopp, tandis que les psychothérapies sont assurées ou supervisées par Sophie Morgenstern.

Le centre élargit sa vocation envers les adolescents, qu'il commence à orienter professionnellement. L'évaluation peut

86 FGH, Heuyer 1933.

87 FGH, Heuyer 1936.

se doubler d'un temps d'observation. Les assistantes sociales tiennent une place importante, assurant la tenue des dossiers, pouvant mener des enquêtes à domicile ou orienter vers un placement, chose qui n'est pas rare. Soixante-huit placements sont ainsi décidés à partir de l'avis de la clinique sur la seule année 1934-1935. Un service de psychologie permet la passation de tests afin d'évaluer niveau mental et caractère. Un laboratoire de biologie permet de réaliser sur place des ponctions lombaires, des examens sanguins, des tests diagnostiques divers de médecine générale (cuti-réaction, test de Wassermann). Enfin, une autre partie de la clinique figure un véritable dispensaire de traitement. On y fait par exemple des injections antisiphilitiques. D'autres thérapeutiques corporelles sont disponibles dont des leçons de gymnastique rythmique. Nous retrouvons dans ce fonctionnement riche et divers celui de l'Hôpital Rousselle.

Quels diagnostics Heuyer et ses collègues retiennent-ils en 1935 ? Pas de psychose de l'enfant à proprement parler. Dans ce champ pathologique, Heuyer compte cependant 15 cas de démence précoce – ou de suspicion, sur les 1'633 nouveaux cas, soit un peu moins de 1 %. La moitié des diagnostics (820 sur 1'633) sont des troubles du caractère sans débilité mentale, un quart (470 sur 1'633) des débilités mentales avec ou sans trouble du caractère. Les troubles neurologiques, les cas sociaux, l'énu-résie simple, l'hérédité psychopathique représentent chacun entre 5 et 10 %. L'observation dans le service, qu'il faut entendre comme une évaluation sur la durée, concerne en 1935 279 enfants confiés soit par le tribunal soit par la famille dans une proportion à parts égales. Le traitement se déroule dans la famille en grande majorité (1'263 sur 1'633 soit 77 %). Une orientation en dehors de la famille peut être décidée selon plusieurs modalités : un placement sous la surveillance du Patronage, un placement en observation dans le service, un internement, qui reste rare (39 sur 1'633 soit 2 %), ou une admission en maison de rééducation.

En 1935, après dix ans de fonctionnement, Heuyer conserve le double but qu'il avait assigné à son service, à savoir la prophylaxie mentale et criminelle. Il se voit relier les inquiétudes collectives aux difficultés individuelles. « C'est dans l'étude individuelle de l'enfant, de son hérédité, des conditions de sa vie, qu'on peut

trouver les éléments d'une réelle prophylaxie de la criminalité » que se trouve son leitmotiv<sup>88</sup>. Mais ses ambitions se sont élargies grâce aux consultations externes et au fonctionnement mis en œuvre sous la forme d'une polyclinique. Les voies d'entrée se sont étendues. Les enfants sont adressés à partir d'autres services hospitaliers, les familles consultent par elles-mêmes ou sont envoyées par l'école.

Heuyer intervient à partir d'une vision critique de la justice des mineurs. Selon lui, la récidive est la preuve de l'incurie de celle-ci qui ne ferait pas appel à la médecine mentale. Il retrouve des anomalies mentales chez plus de 80 % des enfants qui lui sont adressés, concernant l'intelligence ou le caractère. De plus, la répétition des méfaits commis par les mineurs découle du fait qu'ils demeurent placés dans les mêmes conditions de vie. Heuyer distingue deux catégories d'enfants délinquants : les normaux, avec délinquance à cause sociale, et les anormaux. Le meilleur traitement pour les premiers reste le patronage. Pour les anormaux, qui représentent selon ses estimations 80 % de la délinquance juvénile, un traitement médico-pédagogique et une assistance éducative s'avèrent nécessaires.

### L'ouverture d'un nouveau regard médical

Dans quelles mesures la clinique annexe de neuropsychiatrie infantile, de par sa situation intermédiaire entre différentes institutions, ouvre-t-elle un nouveau regard médical ? Le fonds Georges Heuyer consulté aux archives de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris a permis de conserver un registre de patients provenant de la clinique peu de temps après son ouverture. Ce registre concerne 78 patients qui ont consulté la D<sup>re</sup> Marguerite Badonnel, proche collaboratrice de Heuyer, entre juillet 1925 et mai 1926. Nous pouvons y lire, écrits de sa main, les diagnostics retenus, les symptômes relevés, les pronostics avancés ainsi que les traitements proposés.

88 FGH, Heuyer 1936, 5.

### Relevé des diagnostics, symptômes, pronostics et traitements à la clinique de neuropsychiatrie infantile en 1925-1926<sup>89</sup>

Diagnostic	Symptômes	Pronostic	Traitement
Paralysie infantile	instabilité, hostilité	assez bon, mauvais, médiocre, bon	chirurgical
Perversion instinctive Débilité intellectuelle	mythomanie, vanité méfiance, vols	utilisable, perfectible, éduicable	placement à la campagne
Troubles du caractère	vagabondage, fugue, inaffectivité	capable d'apprendre un métier spécialisé	placement en province sous surveillance
Post-encéphalitique	idées de suicide	inapte aux travaux de force, facile à entraîner	colonie agricole
Dépression	énurésie, impulsion	pourrait être rendu à sa famille	diète d'alcool (au patronage)
Épilepsie	abandon moral trouble de l'attention	tout dépend du milieu	traitement endocrinien

Dans ce registre on ne retrouve qu'un seul cas de psychose, qui n'est d'ailleurs pas nommé ainsi. Il concerne une jeune femme de 18 ans, reçue le 8 décembre 1925.

Les recommandations médicales diverses sont suivies dans deux tiers des cas, qu'il s'agisse d'un placement à la campagne (où les enfants sont confiés à un certain Abbé Mény) ou plus rarement d'un accueil en pension, d'un internement, d'une observation prolongée ou d'une hospitalisation à l'Hôpital des enfants malades, qui se trouve dans le même quartier que la clinique annexe de neuropsychiatrie infantile. On peut d'ailleurs se demander de quelle institution cette clinique est l'annexe. Est-ce du grand hôpital pédiatrique qui vient de s'unir dans les années 1920 à l'Hôpital Necker ? Est-ce du Patronage de l'enfance ou, de manière plus éloignée, de l'Hôpital Henri-Rousselle qu'elle prend pour modèle ? Cette ambiguïté vient-elle de ce que le lieu se situe en dehors des murs hospitaliers, extérieur à l'assistance publique (Hôpitaux de Paris) comme extérieur à l'assistance départementale (Asile de la Seine) ?

Ce nouveau lieu de psychiatrie de l'enfant ne renouvelle pas d'emblée la clinique. Les habitudes asilaires sont encore là,

89 FGH, anonyme s.d.

comprenant de nombreuses références à l'aliénisme. Cependant, le regard médical se mêle à des considérations pédagogiques propres à l'enfance. Heuyer écrit ainsi dans des revues pédagogiques, comme le mensuel *La Nouvelle éducation*. En 1929, il emploie le vocable général d'« enfants difficiles »<sup>90</sup>. Quid alors des psychoses de l'enfant ? Elles n'apparaissent pas dans ce registre. C'est encore la démence précoce qui est utilisée dans ce champ pathologique. Une clinique dédiée à l'enfance et l'adolescence peut cependant servir d'étude à des *voies d'entrée* dans la maladie. Le travail de thèse de médecine de Pierre Bouyssou, élève d'Henri Claude et d'Heuyer, est de ce point de vue significatif. Soutenu en 1928, il est le produit d'une étude réalisée à la fois à l'Infirmierie spéciale et à la Clinique annexe de neuropsychiatrie infantile<sup>91</sup>.

La clinique annexe d'Heuyer ferme en 1939, avec la guerre. Heuyer trouve alors refuge à l'Hôpital de la Pitié, où il poursuit son activité clinique. Il y développera un service hospitalier et, en 1948, lui sera confiée une chaire de psychiatrie infantile.

Les consultations psychiatriques pour enfants naissent ainsi durant l'entre-deux-guerres à partir d'une demande sociétale sur sollicitation de la justice des mineurs, et d'une demande sociale dans le souci d'une meilleure hygiène générale. En France, l'ouverture du service ambulatoire de pédopsychiatrie en 1925 suit de près celle du service ouvert de psychiatrie générale, en 1922. La prévention et la science à prétention déterministe prendront des accents eugénistes. Les premiers pédopsychiatres reçoivent des enfants à la marge, qui ont transgressé les lois communes, des enfants également malheureux, car vivant dans des conditions sociales, économiques ou familiales déplorables. La psychiatrie est sollicitée pour donner un avis d'orientation sur le meilleur environnement à offrir et disponible. Psychiatrie et justice s'entrecroisent pour traiter l'hors-norme et, de fait, interroger les limites de la norme. Ces nouvelles consultations

90 Heuyer 1929c.

91 Bouyssou 1928.

font évoluer la discipline, telle une nouvelle naissance après les décennies asilaires de la fin du 19<sup>e</sup> siècle. Pour autant, les psychoses de l'enfant figurent peu dans les registres. Les premières consultations n'offrent sans doute pas un temps suffisant au clinicien pour porter ce type de diagnostic. On peut également faire l'hypothèse d'un diagnostic qui serait trop médical. Or aucun traitement n'est découvert ni à l'ordre du jour. La priorité est davantage de mesurer les ressources de l'enfant et de sa famille afin de guider la meilleure orientation.

## Chapitre 2

### Naissance de la schizophrénie de l'enfant

La schizophrénie constitue un pilier épistémologique de la psychiatrie générale. Plus de cent ans après son invention, elle conserve une place de choix dans le répertoire des pathologies graves et invalidantes décrites chez l'adulte. Rien de tel en psychiatrie infantile. Peu présente, la schizophrénie de l'enfant existe bel et bien, mais à une place bien différente, illustrant les liens complexes entre pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adulte.

À quel moment et selon quels mouvements d'idées la schizophrénie de l'enfant naît-elle ? Les rapports entre psychiatrie et psychanalyse en constituent un arrière-plan d'époque. Le premier Congrès international de psychiatrie infantile de 1937 marque un jalon important de l'avènement de la psychiatrie de l'enfant. Il apparaît intéressant d'analyser la place de la schizophrénie de l'enfant dans la constitution d'une discipline qui émane de la psychiatrie générale. Déterminer les applications de la schizophrénie à l'enfant reviendra à distinguer les différentes acceptions et extensions de la pathologie aux États-Unis et en Europe. Cette étude commence avant la Première Guerre mondiale avec l'*opus magnum* de Bleuler et s'égrène jusqu'à la fin des années 1930 avec la reconnaissance internationale de la psychiatrie infantile par la tenue de son premier congrès. Ces trente années construisent lentement une schizophrénie de l'enfant qui ne connaîtra qu'un succès ultérieur, et très différent de la schizophrénie de l'adulte.

## L'invention de la schizophrénie par Eugen Bleuler

C'est à l'adulte que se consacre le psychiatre suisse Bleuler. Il forge le terme de schizophrénie à travers son livre *princeps* paru en 1911, *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*, véritable *opus magnum* traduit en français en 1993 seulement, par une équipe dirigée par Alain Viillard qui réalisera plusieurs traductions des classiques de la psychiatrie<sup>92</sup>. L'ouvrage est rédigé à partir de l'été 1908 ; le terme avait déjà été diffusé par Bleuler lui-même et Maximilian Neumärker à l'occasion d'un congrès national des psychiatres allemands tenu à Berlin en 1907. Le fondement de sa création est à penser dans ses rapports avec le concept clinique prédécesseur forgé par Kraepelin à la fin du 19<sup>e</sup> siècle. Bleuler reprend en effet la démence précoce en héritage, et par un geste d'appropriation le transforme en un nouveau concept. Si la schizophrénie met du temps à s'imposer à l'échelle internationale, en France son implantation est particulièrement difficile dans le contexte de rivalité franco-allemande, les Français favorisant le terme de « démence précoce » introduit par leur concitoyen Morel<sup>93</sup>.

Bleuler fait directement référence à Kraepelin en mobilisant, à la place de la démence précoce kraepelinienne (*Kräpelinischen*), un groupe de schizophrénies (*Schizophreniegruppe*)<sup>94</sup>. Il ne remet d'ailleurs pas en cause le caractère démentiel ni le caractère précoce de la maladie de Kraepelin, mais souhaite pouvoir utiliser de manière pratique une appellation qui se résume à un substantif et qui peut trouver un adjectif facile d'usage. Bleuler a suivi pendant huit ans, de 1900 à 1907, 647 schizophrènes à la clinique psychiatrique universitaire de Zurich, le Burghölzli. Avec l'aide de deux doctorantes, Ryssia Wolfsohn et Marie-Emma Zablocka, il en étudie le pronostic, méthode toute kraepelinienne. On retrouve de même les trois grandes formes de Kraepelin : paranoïde, catatonique, hétérothymique.

92 Bleuler 1993.

93 Sinzelle 2008, 225-229.

94 Bleuler 1908, 436.

Bleuler souhaite cependant se différencier de Kraepelin. Il met avant un symptôme qui est selon lui au premier plan, mais qu'il hésite à nommer, entre deux expressions, celles de *Zerreiſung* (que l'on peut traduire par « déchirement » ou « fission ») et de *Spaltung* (que l'on traduit souvent à l'époque par « dislocation » ou « scission »<sup>95</sup>) des fonctions psychiques. Le passage de la démence précoce à la schizophrénie, malgré le remplacement assumé, suscite l'étonnement du psychiatre et historien Jean Garrabé. Ce dernier note en effet que tous les symptômes si minutieusement recensés par Kraepelin deviennent de simples symptômes accessoires sous la plume de Bleuler. Il en va ainsi de l'activité hallucinatoire et des idées délirantes. L'analyse épistémologique va plus loin : les considérations théoriques l'auront emporté sur la réalité clinique<sup>96</sup>.

La schizophrénie inventée par Bleuler détient un pouvoir heuristique étonnant. Plus de cent ans après sa naissance, elle est encore utilisée scientifiquement par les psychiatres et couramment par le grand public. Psychiatres, historiens, philosophes ne laissent pas de s'interroger sur cette persistance, quand bien d'autres concepts cliniques disparaissent pour laisser place à d'autres. Certes une demande de changement de vocable commence aujourd'hui à se faire entendre selon des arguments essentiellement sociologiques<sup>97</sup>, mais aucun autre consensus terminologique n'a pu encore émerger.

La philosophe suisse Brigitta Bernet publie en 2013 *Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbilds um*, ouvrage d'épistémologie remarquable – non traduit en français – sur la schizophrénie comme fait de savoir et comme modèle de signification culturelle<sup>98</sup>. Elle souligne le contexte scientifique et culturel de crise des années 1900 comme terreau pour l'avènement d'un nouveau concept clinique après Kraepelin, et retrace l'histoire de son succès : d'abord

95 La traduction de *Spaltung* a évolué avec le temps. Aujourd'hui il est d'usage d'employer le terme de « dissociation ».

96 Garrabé 1992, 61.

97 Voir la tribune collective « Supprimons le mot 'schizophrénie', un terme stigmatisant et un diagnostic discuté », *Le Monde*, 6 février 2024.

98 Bernet 2013, 345.

un faible retentissement durant les années 1920 puis une appropriation majeure. Inspirée par les travaux du philosophe Ludwig Fleck, elle reprend une conception en trois séquences de cette épistémologie : constitution, construction, consolidation. La première se déroule dans le contexte d'une double crise, de l'asile et de la psychiatrie sur le plan social. La deuxième s'appuie sur la nécessité d'un point de vue cohérent et uniforme pour la discipline, l'intérêt d'une maladie basée sur le trouble de l'associativité des pensées. Le troisième élément de la triade trouve un lieu, le Burghölzli, comme système d'expérimentation, et d'autre part le succès du public associé à des mécanismes d'expansion et de popularisation.

### Rapports entre psychiatrie et psychanalyse (1900-1918)

Si Bernet a bien étudié le contexte culturel et scientifique qui entoure la naissance de la schizophrénie, il est intéressant d'inscrire plus précisément cette invention dans les rapports qu'entretiennent médecine et psychanalyse, et en particulier psychiatrie et psychanalyse, sur la période 1900-1918.

L'historien des sciences Jerome Bernard Cohen place la psychanalyse parmi les progrès scientifiques du 19<sup>e</sup> siècle et soutient la thèse d'une « révolution freudienne »<sup>99</sup>. Il souligne la singularité de la psychanalyse dans le paysage de la connaissance, domaine créé quasiment entièrement par une seule personne, les documents originels étant toujours étudiés pour leur valeur scientifique et non pas seulement pour leur valeur historique. Il existe une forme de constance depuis l'invention de la psychanalyse dont l'une des dates originelles pourrait être 1900 avec la publication de *Die Traumdeutung* (*L'interprétation des rêves*). La grande découverte de Freud reste la place donnée à la sexualité infantile. Plutôt que de juger du caractère proprement révolutionnaire de la psychanalyse, Cohen suit Freud dans ses interrogations sur les réactions suscitées par son œuvre et ses hypothèses. C'est sur ce point que ce dernier se

99 Cohen 1985, 352-366.

compare à Darwin et Copernic. Il s'agit pour l'un comme pour les autres d'un effort de décentrement : la planète Terre dans le système solaire, l'Homme parmi les animaux, la conscience ou le Moi (*Ich*) dans un psychisme plus large - inconscient, instances psychiques du ça (*Es*) et du surmoi (*über-Ich*). Mais ce qui intéresse surtout Freud, selon Cohen, c'est de comprendre pourquoi le géocentrisme, l'anthropocentrisme et finalement l'égo-centrisme sont si fortement ancrés dans la vision humaine, toute empreinte de narcissisme.

La psychanalyse se retrouve au début du 20<sup>e</sup> siècle en quête d'une reconnaissance académique, auprès des écoles de médecine et donc en particulier de la psychiatrie. La clinique du Burghölzli à Zurich est alors un centre renommé sur le plan international de la psychiatrie universitaire. La correspondance de Freud avec Bleuler, entretenue de 1904 à 1937, est une source de première importance pour explorer les rapports entre psychiatrie et psychanalyse. Le titre de cette correspondance en langue allemande originale est une phrase de Freud pleine d'allant : « *Ich bin zuversichtlich, wir erobern bald die Psychiatrie* » (je suis confiant, nous conquerrons bientôt la psychiatrie)<sup>100</sup>. Cette période de foisonnement intellectuel et médical renvoie à une « époque où la psychanalyse cesse d'être l'œuvre personnelle d'un médecin viennois, franchit les frontières et vise à acquérir un statut scientifique »<sup>101</sup>.

L'optique de Freud formulée à Bleuler se veut équilibrée. Il s'agit de « préserver des ponts qui conduisent de la psychanalyse à la psychiatrie universitaire et doivent permettre une circulation dans les deux sens »<sup>102</sup>. L'analyse des lettres échangées sur trois décennies entre Freud et Bleuler, qui ont exactement le même âge, révèle une grande partie des liens complexes et tumultueux entre psychiatrie et psychanalyse. Les analyses proposées autour de la publication de la correspondance témoignent bien de l'entrecroisement des perspectives. La psychiatrie vient pour la psychanalyse comme interface naturelle, un terrain

100 Freud/Bleuler 2016.

101 Schröter 2016, 215.

102 Freud/Bleuler 2016, 90.

d'application de ses vues, qui n'en demeure pas moins conflictuelle. Les lettres permettraient de « saisir *in statu nascendi* le malentendu toujours actuel entre psychanalyse et psychiatrie »<sup>103</sup>, entre le père de la psychanalyse et le père de la schizophrénie. Thomas Lepoutre et François Villa vont jusqu'à tenter une analyse psychanalytique de ces échanges épistolaires, du côté d'une résistance, bien sûr, de Bleuler.

Bleuler publie dès 1906 un article sur les mécanismes freudiens dans la symptomatologie des psychoses. Cela annonce la conquête de la psychiatrie par la psychanalyse puisque la psychiatrie s'occupe essentiellement des psychoses. En fait, Freud répartit bien les rôles entre ces deux émules zurichois pour convaincre l'ensemble de la communauté psychiatrique : « dans le fantasme de Freud, Jung est un conquérant qui innove contre ses adversaires, Bleuler est un protecteur, un défenseur, qui traduit pour les réticents, dans les termes autorisés de la diplomatie »<sup>104</sup>.

Pour les commentateurs psychanalystes, le tournant dans ce rapprochement a lieu lorsque Bleuler démissionne de l'association de Freud en novembre 1911. Est-ce que pour autant

se trouve tranché à l'origine le conflit entre la stratégie insulaire de l'institution psychanalytique défendue par Freud, et la politique d'ouverture en direction du monde médical défendue par Bleuler – ce qui liquide historiquement le divorce institutionnel entre psychanalyse et psychiatrie<sup>105</sup> ?

À la lecture de ces lettres, l'insistance de Freud à l'introduction de Bleuler puis son dépit à sa démission montrent bien à quel point la stratégie de Freud n'était pas tellement du côté de l'insularité, ou alors d'une insularité paradoxalement impérialiste, en tout cas conquérante.

Bleuler avait Carl Gustav Jung pour assistant. Il n'est sans doute pas excessif d'affirmer que ce dernier avait deux maîtres, Bleuler et Freud. C'est donc lui qui incarne la diffusion des idées

103 Lepoutre/Villa 2016, 18.

104 Lepoutre/Villa 2016, 29.

105 Lepoutre/Villa 2016, 46.

de Vienne à Zurich. « L'atmosphère d'enthousiasme et de ferveur pour les idées de Freud qui régnait à Zurich prédisposait tout naturellement cette ville à devenir l'autre centre, après Vienne, de la psychanalyse »<sup>106</sup> décrit l'épistémologue Georges Zimra. La correspondance entre Freud et Jung, alors médecin assistant au Burghölzli, est donc l'autre pan important, à côté de celle entre Freud et Bleuler dont la durée sera bien plus importante, courant jusqu'en 1937.

Dès 1904, Bleuler se montre très laudateur et admiratif à l'endroit du maître viennois, lorsqu'il déclare au nom de la clinique qu'il dirige : « Très honoré collègue, Nous sommes au Burghölzli des admirateurs zélés des théories freudiennes en psychologie et pathologie »<sup>107</sup>. Zimra propose d'analyser comme un déplacement les discussions concernant les participations aux institutions. Il ne s'agit pas seulement de stratégie d'influence, de politique médicale. Des points de vue s'affrontent sans formulation explicite. Bleuler oppose « Freud, identifié à la psychanalyse, et ses élèves à l'Association. Ce clivage permettait à Bleuler de préserver Freud tout en rejetant l'Association, celle-ci étant accusée de tous les sectarismes »<sup>108</sup>. En somme, l'universitaire de Zurich revendique son freudisme, mais récuse toute affiliation. Sans doute veut-il ainsi garder un pied d'égalité avec le chef de file viennois.

Zimra analyse en outre le positionnement de Bleuler dans une forme d'extraterritorialité affirmée afin de se garantir une liberté de ton et d'expression. La triangulation des liens par l'entremise de Jung déplace également les contradictions, tout comme les accords parfaits. En lisant à la lettre les missives de Bleuler à Freud, on se rend compte des applications directes des préceptes freudiens parmi les professionnels du Burghölzli avec des effets prolongés sur l'institution, la manière collective d'apporter des soins psychiques :

Les médecins du Burghölzli ne se sont pas seulement interprétés leurs rêves les uns aux autres, nous avons fait attention pendant

106 Zimra 1994, 8.

107 Freud/Bleuler 2006, 50.

108 Zimra 1994, 9.

des années à tout signe complexe qui était fourni : lapsus linguae, lapsus calami, écrire un mot au-dessus de la ligne, actes symboliques, fredonner des mélodies inconscientes, oublier, etc. De cette manière, nous avons appris à nous connaître les uns les autres, nous avons acquis réciproquement une image homogène de notre caractère et de nos aspirations conscientes et inconscientes<sup>109</sup>.

La mise en place de la schizophrénie comme entité nosologique pour la psychiatrie est à entendre dans les rapports entre psychiatrie et psychanalyse sur cette période 1900-1918. Une thèse qui ne manque pas d'arguments est d'avancer qu'elle réalise un compromis entre la tradition clinique germanique et la nouveauté de cette nouvelle science viennoise. Avec sa première publication en 1908 sur la schizophrénie dans l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, Bleuler s'inscrit en droite ligne de la tradition représentée par la démence précoce de Kraepelin.

Zimra interroge les rapports de Bleuler à Freud dans les termes d'une invention, d'une création et finalement d'une transmission. Il faut dire que Bleuler questionne sans cesse l'épistémologie de la psychanalyse, ses fondements pour mieux comprendre et faire comprendre sa pertinence.

Mais comprendre comment l'inventeur parvient à l'invention, ne fait pas pour autant invention. Alors quid des imitateurs ? Quid des élèves ? Cette question nous paraît être au cœur du transfert de Bleuler sur Freud. Il la met en acte, forgeant, inventant le signifiant de schizophrénie. Cette place d'inventeur à l'instar de Freud n'est-elle pas la marque du symptôme de la transmission<sup>110</sup> ?

Autrement dit, Bleuler invente la schizophrénie à l'instar de Freud inventant la psychanalyse, tel un élève qui se serait émancipé du maître pour en revendiquer les attributs à son tour. L'année 1911 marque ce lien. Paraissent cette année-là deux ouvrages de Bleuler, l'un psychiatrique sur la schizophrénie, l'autre sur *La psychanalyse de Freud*. C'est aussi cette année-là que Bleuler s'inscrit à l'Association internationale de psychanalyse, pour une courte durée cela étant, du 4 janvier au 27 novembre

109 Freud/Bleuler 2006, 65.

110 Zimra 1994, 18.

1911. C'est dire la complexité du lien entre la psychiatrie et la psychanalyse, entre Bleuler et Freud. Freud de manière ironique lui renverra en plein visage un symptôme que Bleuler s'est évertué à mettre en avant dans sa création nosologique : l'ambivalence. Le lien est teinté d'investissements ambivalents, tantôt porté par un fort enthousiasme, tantôt marqué par un retrait poli.

Reprenons pas à pas *La psychanalyse de Freud*<sup>111</sup>. La traduction en français, due à Viillard, est, elle aussi, très tardive. L'ouvrage est sous-titré « Défense et remarques critiques du Professeur Bleuler ». La discipline serait-elle à ce point attaquée qu'elle doit être défendue ? Il s'agit en fait d'une analyse à charge et à décharge. Bleuler évoque une sorte de manifeste, le livre s'adressant aux psychiatres allemands hostiles à la psychanalyse. L'introduction du livre tente de formuler les intentions de l'auteur. Bleuler serait poussé à défendre la psychanalyse, qu'il nomme « psychologie des profondeurs de Freud »<sup>112</sup>, car elle serait attaquée après avoir été ignorée. En défense, Bleuler s'oppose frontalement à de grands noms de la psychiatrie germanique tels Alfred Hoche, Weygandt, Max Isserlin et Gustav Aschaffenburg. Il cite en outre les grandes revues de langue allemande, les *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, *Monatsschrift für Psychiatrie*, *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*. Il se pose en soutien de Freud contre un puritanisme ambiant qui freinerait les progrès de la science : « Qui ne supporte pas la vérité doit se tenir à distance de la science, et qui veut faire de la science ne doit pas se soucier si quelque chose est sacré ou répugnant, mais seulement de l'endroit où se situe la vérité »<sup>113</sup>. Il soutient de plus l'axe fort des thèses freudiennes sur l'importance de la sexualité infantile, brocardée sous le vocable de pansexualisme freudien : « Mon expérience personnelle de la schizophrénie donne raison à Freud d'une manière qui m'a moi-même surpris au plus haut point »<sup>114</sup>. Il reprend les démonstrations de Freud sur les actes manqués,

111 Bleuler 1994.

112 Bleuler 1994, 19.

113 Bleuler 1994, 39.

114 Bleuler 1994, 39.

fait référence à son élève Jung et à leurs pratiques au Burghölzli avec les tests d'association. Le travail d'interprétation ainsi que la valeur symbolique des symptômes servent de matière aux propositions thérapeutiques. Finalement, Bleuler argumente du côté de la science. « On s'est contenté de condamner sans étudier » écrit-il<sup>115</sup>.

En critique, Bleuler protège le maître viennois pour mieux s'en prendre à ses émules, réduits à des épigones. Certaines thèses de Freud méritent d'être mises en suspens, pas plus : « Je ne veux donc absolument pas dire encore que Freud aurait tort, même là où je suis pour le moment d'un autre avis, mais seulement que, là, son opinion a encore besoin d'être prouvée »<sup>116</sup>. De nombreuses thèses se revendiquant de Freud méritent en revanche une verte critique : « mes remarques se rapportent beaucoup plus à certains de ses élèves qu'à Freud lui-même »<sup>117</sup>. Bleuler fait preuve d'une déférence sans faille, rappelant « avec quelle prudence et avec quelle explication consciencieuse de son matériel il [Freud] échafaude ses conclusions et ses hypothèses »<sup>118</sup>. Tout au plus Bleuler émet la critique d'une insuffisance du matériel clinique exposé, se révolte contre l'utilisation trop large de la notion de résistance, et prend pour son domaine universitaire les questions de nosographie :

On ne peut absolument pas parler de maladies à l'intérieur des névroses, mais seulement de complexes symptomatiques. On peut qualifier ceux-ci de syndromes hystériques, névrotiques, ou de syndromes de compulsion, de refoulement, de conversion, etc. pour se comprendre provisoirement. Tout ce qui va au-delà reste en suspens<sup>119</sup>.

Bleuler va jusqu'à engager sa caution scientifique aux yeux de ses pairs en déclarant « Je ne suis donc pas en situation de vérifier tout ce que Freud a dit (...) mais ce que je connais avec certitude me permet de tenir les résultats de la recherche

115 Bleuler 1994, 39.

116 Bleuler 1994, 43.

117 Bleuler 1994, 47.

118 Bleuler 1994, 89.

119 Bleuler 1994, 102-104.

sur les profondeurs pour l'un des plus grands progrès dans la connaissance de notre psyché. »<sup>120</sup> Il encense la méthode utilisée par Freud ainsi qu'une qualité traditionnellement allouée à la clinique allemande – sa clarté et sa vue globale d'ensemble, les deux s'alliant pour pencher vers un système : « Outre la méthodologie, le caractère génial des idées réside bien moins dans la découverte des divers faits que dans la cohérence que Freud y a introduite, et dans la signification qu'il a su donner aux phénomènes »<sup>121</sup>. Comme pour se prémunir des critiques que l'on pourrait émettre de ses nuances, Bleuler précise sa notion d'ambivalence dans une note de bas de page :

Chargé simultanément de sentiments opposés. On ne rêve pas facilement qu'un ennemi qu'on ne fait que haïr, ou qu'on souhaite seulement voir écarté de son chemin, est mort. Le rêve tue généralement des gens qu'on aime et qu'on hait simultanément. Dans les hallucinations et les idées délirantes de la démence précoce, nous trouvons presque uniquement des complexes ambivalents<sup>122</sup>.

Bleuler espère dans sa conclusion « avoir convaincu ça et là quelqu'un dont les complexes ne sont pas encore fixés que cela vaut la peine d'étudier Freud »<sup>123</sup>. La découverte freudienne ébranle donc pour lui non seulement les conceptions antérieures des maladies, mais aussi le point de vue et l'intériorité même du clinicien.

À lire de près Bleuler, il est effectivement difficile de résumer son point de vue. Par exemple, « la cause des psychoses est selon lui un processus physique ; leur symptomatologie, en revanche, peut être interprétée à l'aide des mécanismes freudiens »<sup>124</sup>, comme le formule Küchenhoff. On doit cependant à Bleuler une grande créativité conceptuelle avec l'introduction de plusieurs termes, à savoir schizophrénie, autisme, ambivalence et psychologie des profondeurs (*Tiefenpsychologie*), équivalente à psychologie de l'inconscient et à psychanalyse.

120 Bleuler 1994, 136.

121 Bleuler 1994, 148.

122 Bleuler 1994, 103.

123 Bleuler 1994, 152.

124 Küchenhoff 2016, 285.

Hors camp, mais prenant courageusement part à la controverse, Bleuler se trouve entre deux feux. Psychiatrie et psychanalyse entretiennent encore aujourd'hui des rapports tumultueux. Reste à savoir si ces rapports peuvent encore être fructueux comme ils l'ont été du temps de Freud et Bleuler, au cours du premier tiers du 20<sup>e</sup> siècle.

### Le premier Congrès international de psychiatrie infantile

Le premier Congrès international de psychiatrie infantile se tient à Paris du 24 juillet au 1<sup>er</sup> août 1937. Il marque un jalon important dans la constitution d'une nouvelle discipline qui doit trouver sa place entre pédiatrie, psychologie et pédagogie. Le Français Heuyer, qui préside à son organisation, a finalement choisi l'appellation défendue dès 1933 par le Suisse Moritz Tramer de *Kinderpsychiatrie* et reprise dès 1935 par l'Américain Leo Kanner pour son manuel *Child psychiatry*. Ce dernier rappelle que, en 1930, une conférence à la Maison-Blanche sur la protection et la santé de l'enfant fut le théâtre de « querelles véhémentes »<sup>125</sup> entre pédiatre et psychiatre pour savoir qui allait s'occuper de la santé mentale des enfants.

La période bien évidemment interpelle ; Hitler et Mussolini sont au pouvoir. Dans son discours inaugural, Heuyer appelle au pacifisme :

À une époque où la Paix du monde est singulièrement incertaine, où nous sommes menacés par des psychoses de guerre, psychoses collectives, auxquelles participent l'ignorance et maints symptômes pathologiques de méfiance, d'orgueil, d'anxiété et de haine, il nous semble que c'est en nous penchant sur l'enfant qu'il est possible de faire œuvre humaine, et de rendre efficaces les méthodes d'interpsychologie qui permettront d'établir entre les hommes un contact pacifique permanent<sup>126</sup>.

Les missions préventives de la psychiatrie infantile sont mises en avant, comme si la psychiatrie infantile se tenait

125 Kanner 1973a, 195.

126 Bibliothèque médicale Henri Ey (BibHEy), Heuyer 1937, 38.

à la pointe de l'hygiène mentale pour la psychiatrie générale. La dimension morale dévolue à la discipline devient même lyrique en cette période tragique d'avant-guerre. « Faire comprendre à chaque enfant qu'il est libre, qu'il a le droit de s'épanouir selon toutes ses aptitudes sous la seule obligation de respecter la liberté de son voisin, cette œuvre est un enrichissement et un élargissement de la Psychiatrie infantile qui rejoint ainsi l'effort, jamais découragé, d'une humanité fraternelle et pacifique », écrit Heuyer<sup>127</sup>.

Une grande étude historiographique parue en 2015 dans la *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »* a permis d'explorer les enjeux de ce premier congrès international, en portant attention aux acteurs, en dressant des itinéraires, en appréhendant les réseaux avant la tenue du congrès, qui a lieu sous l'égide de l'Exposition internationale de 1937 à Paris. L'histoire des circulations et des transferts donne en partie les tenants et les aboutissants de l'institutionnalisation d'une spécialité médicale<sup>128</sup>. 1937 est en effet pour la pédopsychiatrie « une occasion d'acter sa naissance, comme une première étape formelle de son institutionnalisation »<sup>129</sup>, dans le contexte très hétéroclite de l'Exposition. Heuyer, en maître de cérémonie, prend soin de contenter tout le monde, en respectant un certain équilibre entre les courants qui s'expriment dans le champ de la psychiatrie et plus globalement de la santé publique aux préoccupations nouvelles. Toute la psychiatrie universitaire en France est représentée, de Bordeaux (Jean Abadie) à Strasbourg (Charles Pfersdorff), de Lille à Marseille.

Heuyer offre un vaste panorama de la pédopsychiatrie de cette époque, « un tour d'horizon historique et géographique de la discipline »<sup>130</sup>, qui implique nécessairement des choix et des approximations. Le succès de ce tour de force est au rendez-vous. Plus de vingt pays sont représentés, plus de quatre cents congressistes assistent aux séances,

127 BibHEy, Heuyer 1937, 38.

128 Boussion/Coffin 2016.

129 Boussion 2016, 59.

130 Boussion 2016, 74.

bien qu'ils ne soient pas venus que pour cela. L'exposition héberge en effet aussi un congrès d'hygiène mentale et bien d'autres dans le domaine médical (médecine légale, neurologie), parmi pas moins de deux cent cinquante rencontres. Les résultats sur le plan de la discipline correspondent bien aux buts assignés à la manifestation, puisqu'un comité international de psychiatrie infantile est créé dont les cinq membres du bureau sont l'Allemand Paul Schröder, dont il est prévu qu'il présidera et accueillera le prochain congrès, deux Français, Heuyer et Léon Michaux, et deux Suisses, Tramer et Henry Brantmay. Rendez-vous est pris à Leipzig, chez Schröder, en 1941. Un autre résultat est le lancement en France d'un groupement français d'études de neuropsychopathologie infantile, appellation qui permet de réunir la biologie et la psychologie. Une revue dédiée ne verra en revanche pas le jour avant 1953, sous la houlette d'Heuyer.

Les actes du congrès donnent à lire les discours de Heuyer qui inaugure et clôt la manifestation internationale. Outre les attendus, les satisfactions et les déceptions que celui-ci ne cache pas, s'y construit une discipline, avec en point d'orgue, l'écriture de sa propre histoire. Moment inaugural donc, à plusieurs titres. Le congrès est séquencé en trois parties. La première expose une thématique de psychiatrie générale. C'est le réflexe conditionnel qui a été choisi, ce qui justifie pleinement le rapport introductif d'Henri Wallon, psychologue et professeur au Collège de France, sur les bases neurophysiologiques de la psychiatrie infantile. Ce premier temps est aussi l'occasion de communications diverses autour de la schizophrénie, de l'énurésie, des buts et méthodes de la discipline, du bégaiement, des gauchers, du dessin, de l'asymétrie faciale. La deuxième partie concerne la psychiatrie dite scolaire. Sont abordées les différentes méthodes éducatives spécialisées. La troisième concerne la psychiatrie ayant partie liée aux affaires juridiques. Les liens entre débilité mentale et délinquance juvénile sont en particulier explorés. On peut conclure de ces interventions que la pédopsychiatrie tient d'emblée un rôle social de première importance, en lien avec l'école et la prison, et conserve un lien filial et revendiqué avec la psychiatrie générale. La pluralité des approches théoriques est une marque du congrès.

D'un côté, on trouve les troubles psychomoteurs, l'importance du développement neurologique. Heuyer aurait d'ailleurs souhaité faire venir les savants soviétiques disciples d'Ivan Pavlov, parmi lesquels Nicolas Oseretsky, de l'Institut de Léninegrad. De l'autre, la psychanalyse a une place avec les dessins d'enfants étudiés par une proche collaboratrice d'Heuyer, Morgenstern<sup>131</sup>.

Les psychoses de l'enfant ne sont pas abordées en tant que telles dans le programme du congrès. Il n'y a d'ailleurs pas de pathologie phare qui légitimerait une fois pour toutes la pédopsychiatrie. La nouvelle discipline creuse sa place en précisant ses liens avec les institutions et disciplines préexistantes. Cependant, on trouve une communication sur la schizophrénie de l'enfant par l'Américaine Juliette Louise Despert<sup>132</sup>. Il s'agit de l'étude d'une série de 29 cas suivis de 1930 à 1937 à l'Institut psychiatrique de l'État de New York. Cette communication orale du 26 juillet 1937 donnera lieu à un article dans une revue américaine, *Psychiatric quarterly*, l'un des premiers articles publiés par Despert, dans lequel elle donne sa définition de la maladie :

Processus morbide dans lequel la perte du contact affectif avec la réalité coïncide avec l'apparition d'une pensée autistique ou est déterminée par cette apparition et s'accompagne de phénomènes spécifiques de régression et de dissociation<sup>133</sup>.

On y retrouve l'influence de Bleuler, que Despert ne cite pas. En revanche, elle s'appuie sur les travaux de deux collègues de Moscou, Grounia Efimovna Soukhareva et Ewa Grebelskaja-Albatz, qui publient en allemand au début des années 1930 sur des cas de schizophrénie infantile<sup>134</sup>.

Sur le plan épidémiologique, Despert considère la limite d'âge à 13 ans pour évoquer le caractère infantile de la maladie. Selon elle, si les garçons sont beaucoup plus touchés à un très jeune âge, le *sex ratio* décroît avec l'âge. Le cours de la maladie comprend le mode d'installation et l'évolution. La maladie s'installe

131 Voir notamment Morgenstern 2003 [1939].

132 Despert 1937.

133 Despert 1938, 366.

134 Grebelskaja-Albatz 1934 ; Soukhareva 1932.

dès l'âge de 7 ans pour plus de la moitié des enfants (18 sur 29), selon trois modalités possibles (aiguë, insidieuse, chronique). Un facteur exogène précipite parfois un épisode aigu. Les évolutions possibles se déclinent selon les trois modalités d'installation : détérioration, résolution partielle avec adaptation relative à la réalité, évolution chronique avec ou sans exacerbation.

Despert illustre ses résultats généraux par un cas particulier. Elle choisit un enfant âgé de 10 ans en 1937, hospitalisé dès l'âge de 7 ans. L'écriture du cas aborde successivement la situation familiale, les antécédents familiaux et personnels, le caractère des parents en tant qu'adultes et en tant que parents, les événements ou les changements survenus (revers de fortune, perte de la nourrice et note d'ailleurs à ce sujet que « l'enfant perd en sa nurse le contact affectif qui lui était indispensable »<sup>135</sup>, déménagement). L'observation clinique détaille les accès de colère, les périodes de perte du contact avec la réalité, de langage inarticulé, les troubles du sommeil, les rires inexplicables. Le recours aux soins commence avec le médecin généraliste, puis l'enfant est reçu dans un institut neurologique où il présente des symptômes majeurs - mutisme, état stuporeux, masturbation intempestive, hallucinations auditives et visuelles. Despert qualifie alors le tableau de « syndrome psychotique »<sup>136</sup>. L'évolution va vers une aggravation de type catatonique associant prise d'attitude, conservation de postures rigides pendant quinze à vingt minutes et mutisme. Sur plusieurs mois, les symptômes connaissent des variations importantes. Mais Despert conclut sur les caractéristiques schizophréniques. Rigidités, mutisme, hallucinations, excitations, catatonies, « autisme total »<sup>137</sup> sont des symptômes qui surviennent alternativement. Le niveau mental s'effondre dans les périodes de détérioration générale, ce qui n'est pas irréversible.

La symptomatologie est par ailleurs variable selon l'âge de l'enfant. Concernant les hallucinations, Despert note que les enfants en parlent après l'âge de 6 ou 7 ans, beaucoup

135 Despert 1937, 57.

136 Despert 1937, 58.

137 Despert 1937, 58.

moins avant, ce qui rend difficile d'établir leur présence avant cet âge. « Le mutisme est un syndrome capital de la schizophrénie chez les enfants les plus jeunes », précise-t-elle<sup>138</sup>. Les formes de schizophrénie que Bleuler reprend chez Kraepelin ne sont pas identifiables avant l'âge de 10 ans ; après 10 ans « on ne peut parler que d'un processus schizophrénique avec prédominance de certaines caractéristiques : catatonique, hébéphrénique, paranoïde »<sup>139</sup>. Enfin, Despert identifie l'angoisse aiguë comme un facteur péjoratif.

Insistant sur les particularités du développement du langage, elle constate des capacités certaines, voire supérieures à l'âge de 2 ans, avec de bonnes performances de mémoire, mais une pauvreté de l'expression des besoins. Elle nomme ce contraste en des termes bleulétiens (« dissociation entre signes linguistiques et fonction linguistique »<sup>140</sup>), ce qui explique pour elle les difficultés d'adaptation sociale. Signe de l'époque et sans conclusion, elle décrit la personnalité des parents et trouve des traits prédominants : d'un côté une mère agressive, hyper anxieuse, hyper inquiète ; de l'autre un père soumis. Despert avance également l'hypothèse de l'effet massif d'un événement ayant influencé les relations sociales et affectives. En résumé, la psychiatre décrit la schizophrénie chez les enfants comme une pathologie possédant deux caractéristiques principales, la perte de la réalité et la régression. Pour elle, ce n'est pas du tout une rareté. Aussi engage-t-elle ses collègues à en rechercher le diagnostic chez les enfants soi-disant « débiles »<sup>141</sup>, car ils sont adressés au psychiatre trop tardivement, « au stade où ils sont débiles plutôt que psychotiques »<sup>142</sup>.

138 Despert 1937, 59.

139 Despert 1937, 60.

140 Despert 1937, 60.

141 Despert 1938, 371.

142 Despert 1938, 371.

## Application de la schizophrénie de Bleuler à l'enfant

Si Despert est l'auteur qui incarne le développement de la schizophrénie de l'enfant aux États-Unis à partir de la fin des années 1930, Howard W. Potter publie dans *l'American journal of psychiatry* en 1933 un article très souvent cité à l'appui des autres applications de la schizophrénie à l'enfant aux États-Unis<sup>143</sup>.

Les sources et inspirations de Potter sont majoritairement allemandes, avec d'abord les grands auteurs qui ont publié des travaux sur l'enfant, à savoir August Homburger, Theodor Ziehen, Raphael Weichbrodt et Henricus Cornelius Rümke. Les auteurs de langue anglaise, dont Abraham Brill, Bernard Hart, Jacob Kasanin, emploient jusqu'alors largement l'expression *psychoses of childhood* (psychoses de l'enfance). Potter fait référence au point de vue de William White, connu pour ses études sur le langage dans la schizophrénie. Celle-ci est perçue comme une psychose de régression qui entraîne un retour à un niveau antérieur. Or la pensée de l'enfant étant fondamentalement différente de celle de l'adulte, la régression envisagée a des effets cliniques très particuliers qui ne doivent pas être confondus avec les déficiences mentales.

Potter reprend les cas célèbres de ses devanciers et propose d'illustrer ses thèses par de nouveaux. En détaillant six cas d'enfants âgés de 4 à 12 ans, il décrit précisément les différents retards dont ils sont affligés, les modalités de retrait vis-à-vis des pairs et des adultes, les attitudes bizarres qui les caractérisent. Le langage est étudié selon la thèse que reprendra Despert, à savoir qu'il existe une dissociation entre le langage utilisé comme signe et le langage comme fonction de relation. Curieusement, Bleuler n'est pas cité dans les références. Cela s'explique peut-être par l'abord fortement psychanalytique de l'auteur lorsqu'il discute des cas. L'emploi de l'entité « schizophrénie » permet ici de mélanger des hypothèses biologiques et des orientations que nous qualifierons volontiers d'hyper-freudiennes, au sens où elles font un usage démesuré du corpus psychanalytique.

143 Potter 1933.

L'application de la schizophrénie à l'enfant aux États-Unis durant l'entre-deux-guerres commence à devenir extrêmement large. Une des raisons est sans doute que la référence à l'auteur d'origine a été délaissée. La schizophrénie n'est plus considérée comme une entité décrite par Bleuler mais comme un type de réaction. La notion de réaction psychologique et psychopathologique a été développée aux États-Unis par Meyer, autre illustre immigré venu d'Europe<sup>144</sup>. Nous proposons de nommer *reductio ad schizophrenia* cette application américaine qui a pour effet de réduire le champ pathologique à une seule entité. Apparaissant avant la Deuxième Guerre mondiale, elle se développera considérablement par la suite.

La France et l'Allemagne sont les nations qui dominent les principaux apports des conceptions cliniques en psychiatrie jusqu'au milieu du 20<sup>e</sup> siècle. Les auteurs suisses, quant à eux, utilisent aussi bien les revues francophones que germanophones pour publier leurs études. La thèse d'habilitation du Zurichois Jakob Lutz<sup>145</sup> est une référence toujours citée et incontournable pour comprendre l'application de la schizophrénie chez l'enfant. Cela étant, il n'est pas possible de passer sous silence les contributions italiennes et russes. En 1923, Giulio Tarozzi propose à De Sanctis de considérer à la place de sa démence précocissime la notion de schizophrénie prépubérale, ce que ce dernier nomme finalement schizophrénie infantile dans son manuel de neuropsychiatrie infantile de 1925<sup>146</sup>. Tarozzi explique :

Il faudrait désigner la démence précocissime par le terme de « schizophrénie prépubérale », en utilisant le substantif que Bleuler a donné à la maladie et qui est désormais accepté, étant donné qu'il existe une dissociation psychique caractéristique à la base des manifestations. C'est celle-ci qui donne ses caractéristiques aux formes pathologiques et elle s'observe également dans les formes infantiles décrites par De Sanctis et d'autres auteurs<sup>147</sup>.

144 Lamb 2014.

145 Lutz 1937.

146 De Sanctis 1925, 623. Nous remercions Jérémie Sinzelle pour cette référence et la suivante.

147 Tarozzi 1923.

La psychiatre russe, née en Ukraine, Soukhareva, publie dès 1926 des articles sur les « psychopathies schizoïdes chez l'enfant »<sup>148</sup> dans le *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, grande revue de langue allemande éditée à Berlin, concernant une série de cas suivis à Moscou dans le service psycho-neurologique du professeur Mikhael Gurewitsch. Le propos, centré sur l'étude du caractère et de la constitution d'enfants présentant des traits de la maladie de Bleuler, est vite repris dans l'historiographie de l'autisme, préfigurant le syndrome d'Asperger<sup>149</sup>. Outre l'étude magistrale de Jakob Lutz (en 1937), il faut souligner l'importance des contributions d'auteurs passeurs<sup>150</sup> entre les littératures psychiatriques française et allemande tels que Grégoire Halberstadt et Waldemar Jost<sup>151</sup> qui lisent et écrivent dans les deux langues et sont donc susceptibles de traduire pour les uns et pour les autres.

L'Autrichien Heller soutient dans son manuel de pédagogie curative en 1925 l'idée selon laquelle il faudrait désormais non pas seulement désigner la schizophrénie infantile chez les jeunes patients, mais également en étudier les symptômes bleulériens, à savoir l'ambivalence et l'autisme<sup>152</sup>. Heller est cité par Lutz et Halberstadt, mais uniquement pour ses écrits antérieurs sur les démences infantiles. Les références utilisées sont largement allemandes, italiennes et françaises. Le vocable est étendu aux démences infantiles, à la démence précoce chez l'enfant, à la schizophrénie chez l'enfant, aux psychoses de l'enfant. L'appellation n'est donc pas stabilisée. En 1926, avec la démence infantile précoce, Halberstadt garde l'appellation de Kraepelin et Morel<sup>153</sup>. L'année suivante, Waldemar Jost maintient la schizophrénie du côté des adultes, surtout en considérant l'hypothèse d'une étiologie pubertaire par « autointoxication génitale »<sup>154</sup>. Dix ans

148 Ssucharewa 1926. On utilise ici la transcription allemande de son nom russe (écrit en caractères cyrilliques), puisqu'elle écrit en allemand.

149 Voir notamment Andronikof/Fontan 2016.

150 Il faudrait ajouter bien d'autres passeurs, cliniciens à l'aise dans les deux langues, parmi lesquels Sophie Morgenstern, Eugen Minkowski et René Laforgue.

151 Jost 1927.

152 Heller 1925, 58. Nous remercions Jérémie Sinzelle pour cette référence et la traduction.

153 Halberstadt 1926.

154 Jost 1927, 212.

plus tard, Lutz entreprend sous l'étiquette schizophrénie de l'enfant de préciser le « caractère schizophrénique des tableaux cliniques » (*der schizophrene Charakter der Erkrankung der Kinder*)<sup>155</sup>, en croisant les vues de Bleuler, spécialiste de la schizophrénie, et de Homburger, spécialiste de la clinique de l'enfant. Mais à ses yeux, ce sont avant tout des « psychoses » (*Psychosen*).

Lutz détaille les tableaux cliniques de 6 enfants sur les 20 patients qu'il a suivis au total pour son étude. En ressort une appréhension fine de la nature particulière de ces psychoses. « La symptomatologie des formes infantiles, comparativement aux formes adultes de psychoses, est singulièrement plus fruste, plus indifférenciée, et les expressions cliniques ressemblent très partiellement aux formes typiquement de l'adulte » écrit-il<sup>156</sup>. Jost approfondit l'étude de deux cas, un garçon de 11 ans et une fillette de 5 ans. Il emploie le terme autisme au sens où son patient « aime la solitude, fixe souvent un coin et rit sans cause des fois [sic] sans cause apparente »<sup>157</sup>. « L'enfant est d'une indifférence absolue. »<sup>158</sup> Rattachée à la démence précoce, l'entité est marquée par des troubles profonds de l'affectivité. L'absence d'idées délirantes et de trouble des associations éloigne le diagnostic bleulérien de schizophrénie. La différence avec la démence précoce tient également dans le caractère « monotone et stationnaire »<sup>159</sup> de l'évolution clinique. Halberstadt s'appuie de son côté exclusivement sur des cas décrits dans la littérature, en majeure part allemande : 12 cas de Leonhard Voigt, élève et successeur de Kraepelin à Munich, des patients sélectionnés de la cohorte de De Sanctis, des cas repris de Heller et du Français Edmond Aubry. Il s'agit à chaque fois de rechercher chez l'enfant des éléments cliniques qui font déjà d'eux des patients porteurs d'une démence précoce qui s'exprimera aussi à l'âge adulte.

Ces trois auteurs européens restent finalement réservés sur l'application à l'enfant du diagnostic de schizophrénie. Au-delà des querelles nationales entre démence (précoce)

155 Lutz 1937, 59.

156 Lutz 1937, 60.

157 Jost 1927, 207.

158 Jost 1927, 208.

159 Jost 1927, 210.

et schizophrénie (infantile) – marquée du côté de la langue allemande – l'évocation de la schizophrénie est, nous semble-t-il, une manière de s'autoriser à étudier le champ des pathologies psychotiques en pédopsychiatrie. On peut analyser par ailleurs l'emploi des démences infantiles comme une façon de remonter aux origines des démences et de garder à l'esprit l'organicité neurologique de la maladie comme hypothèse étiologique forte. En 1934, Heuyer en propose une synthèse complète dans les *Archives de neurologie*<sup>160</sup>.

Pour conclure ce deuxième chapitre, la schizophrénie de l'enfant naît logiquement de la schizophrénie inventée par Bleuler au début du 20<sup>e</sup> siècle, telle une application à l'enfant d'une maladie de l'adulte. Sans pouvoir nous appuyer sur une histoire de la pédiatrie qui n'est pas encore écrite, nous pouvons néanmoins avancer que ce mouvement épistémologique est classique, les spécificités de l'enfant étant reconnues généralement dans un second temps<sup>161</sup>. Si la schizophrénie forme une sorte de compromis entre psychiatrie universitaire et psychanalyse freudienne, peut-on en dire autant au sujet de la schizophrénie de l'enfant ? Au contraire, elle apparaît en ligne directe des démences infantiles décrites par les germanophones Heller et Weygandt. Son succès est relatif puisque sa place s'avère très réduite lors du premier congrès international à la fin des années 1930. La schizophrénie de l'enfant ne constitue donc pas un enjeu disciplinaire. Si les auteurs américains l'emploient largement à partir de là, les auteurs européens sont de leur côté plus prudents comme ils le sont d'ailleurs pour la schizophrénie de l'adulte. Remarquons dès maintenant que la schizophrénie de l'enfant naît comme application à l'enfant de la schizophrénie inventée par Bleuler. Ce n'est pas le cas pour l'autisme de l'enfant. Avant l'invention de Kanner en 1943 il est en effet plus rigoureux, pour traduire l'application à l'enfant de l'autisme bleulérien, d'invoquer l'autisme *de* la schizophrénie de l'enfant.

160 Heuyer/Dublineau/Chabert 1934.

161 Voir Ariès 1973.

## Chapitre 3

### L'invention de l'autisme dans la schizophrénie

Bleuler invente la schizophrénie à partir d'un chapitre d'encyclopédie médicale sous la direction d'Aschaffenburg qu'il publie en 1911<sup>162</sup>. À l'intérieur de ce nouveau concept, il invente également l'autisme qui n'en est *a priori* qu'un symptôme. Cette concomitance et cet enchaînement ne peuvent en ce sens étonner même si l'autisme n'est pas qu'un symptôme parmi d'autres. Qu'est-ce que l'autisme représente pour la schizophrénie et qu'en exprime-t-il ? Le titre de ce chapitre reprend l'intitulé que le psychiatre épistémologue Paul Bercherie choisit lorsqu'il publie en 1988 un petit fascicule d'une centaine de pages, *L'invention de l'autisme*, proposant ainsi une traduction française du texte bleulérien sur les schizophrénies. Ce n'est d'ailleurs pas le texte d'origine de 1911, qui ne sera traduit en français qu'en 1993 on l'a dit, mais un texte un peu plus tardif de 1916 correspondant à un des nombreux chapitres du *Lehrbuch der Psychiatrie* (*Traité de psychiatrie*) publié par le Zurichois<sup>163</sup>.

Bercherie place Bleuler en second grand concepteur allemand de la clinique psychiatrique, à la suite de Kraepelin. Paraphrasant Jacques Lacan, dont la formule concernant Kraepelin retint l'attention, il commence ainsi sa présentation : « Enfin Bleuler vint, pour la clarté des conceptions allemandes »<sup>164</sup>. À la suite de Kraepelin, Bleuler forge en effet une nouvelle dénomination renouvelant complètement l'analyse psychopathologique de l'affection que le premier nomma démence précoce. Bercherie relève le trouble fondamental et global

162 Bleuler 1911.

163 Bleuler 1988 [1916].

164 Bercherie/Bleuler 1988, 7-8.

que Bleuler conceptualise et nomme à travers son néologisme, la dissociation, qui correspond à un trouble du cours de la pensée, les complexes émotionnels agissant sans pouvoir régulateur du moi et de la conscience. En résumé, la sphère émotionnelle prédomine sur la synthèse personnelle et la perception de la réalité. Or, selon la présentation de Bercherie, c'est précisément ce qu'il faut appeler « autisme » avec Bleuler. *L'invention de l'autisme* de Bercherie nous engage à retourner à la source du texte bleulérien. À cette époque, c'est encore entre la France et l'Allemagne que s'échangent les concepts cliniques les plus fructueux.

### Un symptôme fondamental de la symptomatologie

L'autisme est d'abord un élément fondamental de la symptomatologie de la schizophrénie selon Bleuler en 1911 :

Les symptômes fondamentaux sont constitués par le trouble schizophrénique des associations et de l'affectivité, par une tendance à placer sa propre fantaisie au-dessus de la réalité et à se retrancher de celle-ci (autisme)<sup>165</sup>.

À l'opposé des symptômes fondamentaux, Bleuler décrit des symptômes accessoires qui n'ont d'accessoires que le nom, puisqu'ils sont les plus invalidants et les plus bruyants. Ce sont eux qui empêchent le malade de séjourner dans sa famille, « ce sont eux qui rendent la psychose manifeste et amènent à réclamer une aide psychiatrique »<sup>166</sup>. Les plus connus sont les hallucinations et les idées délirantes.

Bleuler décrit parmi les symptômes fondamentaux des fonctions simples et des fonctions complexes. Au sein des simples sont altérées les associations de la pensée et l'affectivité – Bleuler évoque un « abêtissement affectif »<sup>167</sup> générant une tendance de l'esprit à l'ambivalence définie comme l'attribution de signes à la fois négatifs et positifs de divers éléments psychiques. Sont

165 Bleuler 1993 [1911], 55.

166 Bleuler 1993 [1911], 147.

167 Bleuler 1993 [1911], 85.

en revanche préservées les sensations, les perceptions, l'orientation, la mémoire, la conscience en général ainsi que la motricité. Il énumère par ailleurs des fonctions complexes qui sont constituées par l'affectivité et les associations. La première des fonctions complexes perturbées est le rapport à la réalité. L'autisme consiste en une altération de la relation de réciprocité entre la vie intérieure et le monde extérieur. Dans cet autisme schizophrénique bleulérien, la vie intérieure acquiert une prépondérance pathologique.

Bleuler définit le trouble du rapport à la réalité en ces termes : « [n]ous appelons autisme ce détachement de la réalité combiné à la prédominance relative ou absolue de la vie intérieure »<sup>168</sup>. S'ensuit une note dans laquelle l'auteur renvoie dos à dos l'Autrichien Sigmund Freud et le Français Pierre Janet, autrement dit l'auto-érotisme de Freud et la perte du sens de la réalité de Janet. La réalité aura perdu son importance sur le plan affectif ou sur le plan logique. « Les malades sont encore impliqués dans le monde extérieur, mais ni l'évidence ni la logique n'ont d'influence sur leurs souhaits », précise-t-il<sup>169</sup>.

Cet aspect de l'autisme peut passer inaperçu de prime abord.

Ce n'est que lors d'une observation assez longue que l'on voit à quel point ils cherchent toujours leurs propres voies, et combien peu ils se laissent approcher par leur entourage<sup>170</sup>.

L'indifférence gagne à l'égard du monde extérieur, ce sont d'autres choses qui prennent le plus d'importance. Le monde extérieur peut apparaître hostile - « en les dérangeant dans leurs rêveries »<sup>171</sup> - ou bien chargé d'affects trop intenses. Ces patients évitent alors tout ce qui peut donner de l'émotion, dans une sorte de sensibilité excessive. Le monde autistique s'oppose normalement au monde réel mais pour le malade ils se confondent ; « les malades considèrent alors leurs productions imaginaires comme le réel, et la réalité comme un simulacre ; ils ne croient

168 Bleuler 1993 [1911], 112.

169 Bleuler 1993 [1911], 112-113.

170 Bleuler 1993 [1911], 114.

171 Bleuler 1993 [1911], 114.

qu'au témoignage de leur propre sens »<sup>172</sup>. De plus, il n'existe pas nécessairement de logique de l'autisme. Si tous les états se voient, de la lucidité partielle – Bleuler la conçoit comme la possibilité de pensées autistiques réprimées –, à l'isolement complet et permanent vis-à-vis de la réalité, le monde réel et le monde autistique peuvent coexister. Cependant « ils s'amalgament souvent l'un à l'autre de la façon la plus illogique »<sup>173</sup>.

L'autre versant de l'autisme est un certain rapport à la vie intérieure. Les souhaits et les craintes des patients tiennent à leur incapacité à composer avec la réalité, conduisant à des réactions inadaptées aux influences extérieures, à un manque de résistance aux « lubies et pulsions »<sup>174</sup>. La pensée autistique s'oppose à la pensée réaliste de par la puissance des besoins affectifs qui la dirigent. Le patient « pense par symbole, par analogies, par concepts incomplets, par associations fortuites »<sup>175</sup>. Bleuler situe son propos par rapport au corpus psychanalytique. Il précise en effet que « l'autisme ne doit pas être confondu avec l'inconscient »<sup>176</sup>. En fait, pensée autistique et pensée réaliste peuvent l'une et l'autre être conscientes ou inconscientes.

Finalement, l'autisme ainsi que les autres symptômes fondamentaux n'expriment pas l'ensemble du tableau. Ils sont difficiles à décrire, car peu marqués sur le plan clinique. Ils ont en revanche un poids heuristique important, car ils permettent de poser les bases d'une description complexe et précise des symptômes accessoires. Mais pour Bleuler l'exhaustivité n'est pas de mise. « La description des résultantes de ces fonctions [complexes] ne saurait jamais venir à bout de leur infinie diversité. »<sup>177</sup>

---

172 Bleuler 1993 [1911], 115.

173 Bleuler 1993 [1911], 116.

174 Bleuler 1993 [1911], 116.

175 Bleuler 1993 [1911], 117.

176 Bleuler 1993 [1911], 117.

177 Bleuler 1993 [1911], 121.

## Un symptôme secondaire de la théorie des symptômes

L'autisme de la schizophrénie de Bleuler est aussi un symptôme secondaire de la théorie des symptômes à laquelle l'auteur attache la plus grande importance pour la psychiatrie et la connaissance du fonctionnement mental en général :

Sans doute la psychopathologie de la schizophrénie est-elle l'une des plus attrayantes, car elle permet les aperçus les plus variés sur les rouages de l'esprit, tant malade que sain<sup>178</sup>.

Il distingue symptômes primaires et secondaires selon une démarcation franche, à savoir ceux qui proviennent directement du processus morbide et ceux qui résultent seulement de la réaction de l'esprit malade à certains processus internes et externes. Il s'appuie sur la comparaison avec des maladies somatiques telles que l'ostéomalacie. Les symptômes primaires sont associés à l'organicité de l'affection. Et Bleuler d'évoquer « une affection cérébrale schizophrénique »<sup>179</sup>. Ils sont également primaires au sens de phénomènes relativement élémentaires, on y trouve les troubles des associations, les états d'obnubilation, les états aigus en général, ou seulement la tendance aux hallucinations ou aux stéréotypies.

L'autisme est un symptôme secondaire parmi d'autres, très éclatés, dont des symptômes fluctuant dans le temps, secondaires au relâchement des associations - troubles du cours de la pensée, de l'affectivité, de la mémoire, de l'orientation, stupidité et l'ambivalence. Néanmoins, il s'agit d'un symptôme particulier puisque « l'autisme est une conséquence directe de la scission schizophrénique de l'esprit »<sup>180</sup>. Il contient un relâchement de la logique par exclusion de toutes les associations qui s'opposent à un complexe chargé d'affect. « Le besoin de trouver dans son imagination un substitut à une réalité peu satisfaisante (...) peut de cette façon être assouvi sans résistance. »<sup>181</sup>

---

178 Bleuler 1993 [1911], 445.

179 Bleuler 1993 [1911], 447.

180 Bleuler 1993 [1911], 472.

181 Bleuler 1993 [1911], 473.

Le contenu autistique de la pensée reste cependant inaccessible à la critique. Bleuler s'appuie sur des auteurs et des notions français (l'autophilie, l'égoïsme, l'hypertrophie du Moi, l'augmentation du sens de la personnalité, la perte du sens de la réalité, la perte de la fonction du réel). Bleuler entrevoit enfin l'autisme en « exagération d'un phénomène physiologique. Il existe une pensée autistique normale, qui n'a pas besoin de prendre en compte la réalité et dont l'orientation est déterminée par des affects. »<sup>182</sup> Son argument est que la plupart des êtres humains s'imaginent une histoire dans laquelle leurs souhaits ou leurs craintes sont réalisés, dans l'enfance ainsi que dans les contes et légendes.

Qu'est-ce qui produit l'autisme dans la schizophrénie de Bleuler ? Très clairement, la dissociation génère un relâchement des associations qui conduit à exagérer la pensée autistique normale. Cette sorte de libération débridée n'est pas explicitée par Bleuler lui-même, mais sera reprise par d'autres auteurs tels qu'Henri Ey, proposant une explication organodynamique de la maladie. La place de l'autisme dans la théorie de la maladie, que Bleuler distingue de la théorie des symptômes, charrie sa conception globale de la maladie et du processus morbide. Dans l'hypothèse d'un processus qui produit directement les symptômes primaires, les symptômes secondaires sont soit des conséquences des symptômes primaires, soit des réactions ou tentatives d'adaptation aux troubles primaires « qui ont plus ou moins échoué ou réussi »<sup>183</sup>. Sur l'origine à dominante organique ou psychique de la maladie, Bleuler laisse la discussion ouverte en ne se situant pas à ce niveau. « Le présupposé d'un processus pathologique organique n'est pas absolument nécessaire » et même « certains éléments ne sont pas en défaveur d'une genèse psychique de cette maladie »<sup>184</sup>.

Bleuler plaide cependant pour une conception

faisant l'hypothèse d'une perturbation (anatomique ou chimique) du cerveau, qui évolue de façon généralement

182 Bleuler 1993 [1911], 474.

183 Bleuler 1993 [1911], 569.

184 Bleuler 1993 [1911], 570.

chronique, mais avec des poussées aiguës et des stabilisations, et qui détermine les symptômes primaires (relâchement associatif, éventuellement tendance aux hallucinations et aux stéréotypies, une partie des symptômes maniaques et dépressifs et des états d'obnubilation, etc.)<sup>185</sup>

et ne concerne donc pas à proprement parler l'autisme schizophrénique. La dimension psychique n'est pas amoindrie pour autant. Des chocs psychiques peuvent entraîner des poussées aiguës, selon un vécu psychique déclenchant. S'appuyant sur une psychologie des complexes, Bleuler met en avant la clinique psychopathologique qui établit des complexes symptomatiques psychotiques. Et il reste prudent sur l'organogenèse, faute d'éléments probants. « Ce qu'est le processus schizophrénique, cela nous ne le savons pas. Dans les cas évolués, l'anatomie nous montre une légère atrophie cérébrale et certaines altérations histologiques. Mais nous ne connaissons pas la signification de ces constatations. »<sup>186</sup>

### La pensée autistique

Dans son *opus magnum*, Bleuler évoque l'autisme bien en dehors de la description clinique de la schizophrénie. L'autisme renvoie selon lui à l'enfance, aux jeux d'enfants, à la rêverie, et finalement à une forme de solipsisme propre à la pensée infantile. Fantasmagorie et fantasmes infantiles ont partie liée avec l'autisme<sup>187</sup>. Cette référence à l'enfance peut paraître étonnante sous la plume de Bleuler qui ne traite pas des enfants. Sans doute est-ce là encore une influence sous-jacente de la psychanalyse à laquelle il attache une grande importance. Cette pensée autistique qui n'est pas rattachée en elle-même à une maladie mentale, Bleuler en propose une étude dans *l'Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, revue de psychanalyse qu'il édite alors avec Freud, et dans une conférence faite à Baltimore

185 Bleuler 1993 [1911], 571.

186 Bleuler 1993 [1911], 575.

187 Bleuler 1993 [1911], 474.

à l'Hôpital Johns Hopkins en 1913<sup>188</sup>. Ce type de pensée qui se situe en dehors du champ de la rationalité participe aux productions intellectuelles les plus élevées de la civilisation – rêverie singulière, poésie. Elle serait en cela un signe distinctif de l'humanité au sein du règne animal, « une humanité sans pensée autistique pourrait ainsi ne pas s'être développée »<sup>189</sup>. Bleuler précise bien sûr le caractère pathologique de l'autisme au sein de la schizophrénie. C'est un symptôme, l'expression pathologique du fonctionnement psychique du patient schizophrène. Il porte par ailleurs en lui un effet pathogène qui ne laisse pas d'enfermer l'individu dans son propre fonctionnement. On comprend que dans ce cercle vicieux l'abstinence thérapeutique ne soit pas envisageable et que le pronostic sans intervention soit très mauvais.

Toute une littérature montre l'intérêt des psychiatres pour cette pensée autistique tantôt normale tantôt pathologique. La grande revue allemande de l'époque est le *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* dans laquelle publient des auteurs intéressés par la psychologie de l'autisme, dont Vera Strasser-Eppelbaum et Alfred Schwenninger. Peut-on alors parler de continuum, selon Bleuler, de l'autisme du normal au pathologique ou un continuum génétique, de l'enfant à l'adulte malade ? Il existe en tout cas un fonds commun, des caractères autistiques pouvant se décliner en dehors du champ pathologique et dans la prime enfance. La conséquence sur le plan épistémologique est sans doute d'approcher différemment ces patients de prime abord étranges, bizarres, dont le fonctionnement psychique est difficile à appréhender. D'une certaine manière, Bleuler lance ici l'étude psychologique fine de la personnalité des patients atteints de démence précoce. Cette nouvelle appréhension qu'il initie ouvre la voie à une intelligibilité des psychoses, sans toutefois prétendre à y trouver une « logique des psychoses »<sup>190</sup>.

---

188 Bleuler 1913.

189 Bleuler 1913, 886.

190 Lepoutre 2011, 615.

### Autisme et auto-érotisme

Le rapport entre l'autisme de Bleuler et la notion d'auto-érotisme s'inscrit plus généralement dans les liens complexes qu'entretiennent psychiatrie et psychanalyse au début du 20<sup>e</sup> siècle. Au Burghölzli, Bleuler, assisté par Jung, élabore toute une psychologie des complexes inspirée librement de l'œuvre freudienne. Et globalement, ainsi que l'analyse Bercherie, « la conception bleulérienne repose en fait sur la première application des idées freudiennes à l'investigation clinique des grandes psychoses »<sup>191</sup>. Bleuler dans l'avant-propos de son ouvrage se situe lui-même entre Kraepelin et Freud :

Toute l'idée de la démence précoce vient de Kraepelin ; c'est aussi presque uniquement à lui qu'on doit la classification et la mise en relief des divers symptômes (...). Une part importante de la tentative d'approfondir plus avant la pathologie n'est rien d'autre que l'application à la démence précoce des idées de Freud. Je pense que tout ce que nous devons à cet auteur sera d'emblée évident à chaque lecteur, même si je ne cite pas son nom partout<sup>192</sup>.

Concernant à proprement parler l'autisme, Bleuler évoque en note de bas de page sa dette à l'égard de l'inventeur de la psychanalyse. « L'autisme est à peu près la même chose que ce que Freud appelle autoérotisme », mentionne-t-il<sup>193</sup>. Dans le corps du texte, il fait donc directement référence à Freud en rejetant ses concepts de libido et d'érotisme, et fait d'autre part référence à Janet, souvent qualifié de rival français de Freud. Cette note, qui a suscité de nombreux commentaires, nomme positivement ce que Janet indiquait négativement par la notion de perte du sens de la réalité dans un ouvrage sur *Les obsessions et la psychasthénie* (1903). Croiser les correspondances entre Freud et Jung, et entre Freud et Bleuler, permet d'analyser la complexité de leurs rapports intellectuels, et à travers ces figures éminentes de leur discipline, des liens entre les disciplines.

---

191 Bercherie 1988, 7.

192 Bleuler 1993 [1911], 37-38.

193 Bleuler 1993 [1911], 112.

Du passage de l'auto-érotisme à l'autisme, les psychanalystes actuels ont une lecture partisane.

Plutôt violer la langue que la morale. Reconnaissance et évitement sont ainsi enserrés dans la même solution de compromis. C'est la question initiale, et ambivalente, de Bleuler : jusqu'à quel point y a-t-il une vérité du sexuel<sup>194</sup> ?

En effet, les références à la psychanalyse dans le maître ouvrage de Bleuler sont entièrement dépouillées de tout renvoi à la sexualité qui représente pourtant le moteur vital de l'organisation psychique chez Freud. Cette éviction n'est pas directement argumentée ; elle a sans doute pour fonction de ménager de nombreux adversaires de la psychanalyse qui l'accusent de pansexualisme. Bleuler, après un mouvement de rapprochement, gardera ses distances avec les instances psychanalytiques tout en poursuivant sa correspondance avec Freud. Son succès à réunir autour de lui toute la psychiatrie germanique durant l'entre-deux-guerres rend rétrospectivement son positionnement efficace, ce qui lui permit d'être célébré par les psychiatres francophones lors du Congrès des psychiatres et neurologistes de langue française tenu en 1926 en Suisse romande. Alors que Bleuler compte parmi les psychiatres les plus prestigieux de son vivant, ses propositions psychopathologiques seront boudées par la communauté psychiatrique officielle à cause de sa proximité, si ambiguë soit-elle, avec la psychanalyse. Seul son vocabulaire le plus saillant sera admis, avec l'adoption lente et progressive du terme schizophrénie. Sa théorie de la maladie ne sera pas prise en compte et tombera dans l'oubli.

Que fait Freud des tentatives de Bleuler d'appliquer certaines trouvailles de la psychanalyse à la psychiatrie ? « L'autisme est le seul concept central de Bleuler au sujet duquel Freud a accepté d'engager la discussion », affirme le psychiatre Bernhard Küchenhoff<sup>195</sup>. On peut voir en Jung un médiateur entre les deux maîtres. En amont de l'ouvrage de Bleuler, les correspondances de Freud avec les Zurichoïses – Jung et son maître Bleuler au Burghölzli – indiquent les premiers emplois oraux du terme autisme dès 1907 sur les lèvres de Bleuler à la suite de son refus du terme auto-érotisme. Le terme d'autisme apparaît pour

194 Lepoutre/Villa 2016, 33.

195 Küchenhoff 2016, 275.

la première fois sous la plume de Jung dans une lettre à Freud datée du 13 mai 1907 :

Il manque encore à Bleuler une définition claire de l'auto-érotisme et de ses effets psychologiques spécifiques. Il a cependant accepté la notion pour sa présentation de la *dementia praecox* dans le Manuel d'Aschaffenburg. Il ne veut toutefois pas dire auto-érotisme (...) mais autisme ou ipsisme. Pour moi, je me suis déjà habitué à autoérotisme<sup>196</sup>.

Freud commente le terme d'autisme affilié à Bleuler que celui-ci a développé dans un article du *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift* de 1910-1911 consacré à la théorie du négativisme schizophrénique. Il s'agit de la première occurrence du terme « autisme » dans une publication scientifique, la chose est connue. L'adjectif « autistique » signifie détourné de la réalité (*der Wirklichkeit abgewandt*), repris dans le titre de l'ouvrage de Klaus-Jürgen Neumärker, ... *der Wirklichkeit abgewandt : eine Wissenschafts- und Kulturgeschichte des Autismus*<sup>197</sup>.

L'autisme, comme vous dites, ou coupure du monde extérieur, favorise naturellement le fait que les malades, une fois évacués tout égard pour autrui, manifestent ce qui se produit en eux<sup>198</sup>.

Freud et Bleuler débattent, avec Jung au centre des échanges. Sur l'autisme et l'auto-érotisme, les conceptions divergentes tiennent sans doute à des pratiques différentes. Bleuler travaille en institution, à l'hôpital, et rencontre la *dementia praecox*, tandis que Freud exerce en ville et s'attache à des patients évoquant leur activité onirique. Quels liens entre l'autisme et la dissociation observée par Bleuler ? Celui-ci distingue la dissociation primaire, causée par une pathologie organique, et la dissociation secondaire qui touche les affects. Pour Freud, ce sont les affects qui provoquent la dissociation. Sur un plan phylogénétique, la pensée autistique est antérieure à la pensée réaliste selon Freud ; pour Bleuler, c'est l'inverse.

Freud accepte le débat de fonds avec Bleuler, car il l'estime à bonne distance pour adopter un point de vue légitime :

196 Freud/Jung 1975, 93.

197 Neumärker K.-J. 2010.

198 Freud/Bleuler 2016, 85-86.

Je veux bien être critiqué, et justement par vous. C'est peut-être pour moi la seule possibilité d'entendre la voix de la critique, car les autres me sont soit trop proches, soit trop éloignées<sup>199</sup>.

Bleuler admirera toute sa carrière l'œuvre de Freud qu'il loue de manière emphatique jusqu'à la fin de leurs échanges. « Pour son quatre-vingtième anniversaire, je rends un hommage admiratif au grand scientifique qui a ouvert au monde la voie obscure qui mène aux profondeurs de l'âme », lui écrit-il<sup>200</sup>.

Face aux trouvailles de Freud, Jung, bien qu'enthousiaste, reprend un échange sur ce sujet entre lui et son patron Bleuler, pour rappeler les traditions puritaines et protestantes de la Suisse. Avec un grand-père paternel professeur d'anatomie intéressé par le spiritisme, et un père pasteur luthérien qui exerçait son ministère, comme le voulait la tradition, en plus de sa paroisse, auprès des patients de l'asile psychiatrique de la Friedmatt de Bâle, Jung lui-même était porté vers l'occultisme, ce dont témoigne sa thèse de médecine intitulée en 1902 *Zur Psychologie und Pathologie sogenannter occulter Phänomene* (*De la psychologie et de la pathologie des phénomènes appelés occultes*). Il n'en garde pas moins, par pragmatisme, une certaine déférence envers le protestantisme majoritaire à Zurich, d'où sa recommandation en mai 1907 de ne pas utiliser le terme d'auto-érotisme, mais d'en retirer l'éros, et de préférer à la place, suivant en cela l'avis de Bleuler, celui d'autisme<sup>201</sup>.

En 1898, Bleuler prend la succession au Burghölzli d'August Forel, connu pour ses études sur l'hypnotisme, et avec elle la chaire de psychiatrie de l'Université de Zurich. Il se spécialise dans l'étude des associations sur le plan psychologique, avec l'aide de deux assistants, Franz Riklin et Jung. Dès 1904, il écrit un compte-rendu laudatif de Freud dans la revue germanophone la plus lue à l'époque, le *Münchener Medizinische Wochenschrift*. Michael Schröter fait l'hypothèse que cette première reconnaissance universitaire psychiatrique conduit Freud à redoubler de travail et d'écriture en publiant successivement, à partir de 1905, les *Trois essais sur la théorie sexuelle*, *Le mot d'esprit et sa relation à l'inconscient*, puis *Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora)*<sup>202</sup>.

199 Freud/Bleuler 2016, 133.

200 Freud/Bleuler 2016, 205.

201 Sinzelle/Craus 2020.

202 Freud 2014b [1905] ; 2006a [1905] ; 2006b [1905].

À Zurich, l'atmosphère est bouillonnante, prise dans un élan pour la psychanalyse qui porte la lecture de textes freudiens, l'analyse de cas (névrose et psychose), un partage des interprétations, des dialogues entre patients et soignants (et famille de soignants) dans le cadre d'une vie communautaire. Dès les années 1905-1906, Jung et Bleuler prennent clairement position en faveur des hypothèses freudiennes sur la scène universitaire psychiatrique. Un texte de Bleuler de 1906-1907 porte sur les mécanismes freudiens dans la symptomatologie des psychoses, proposant une analogie entre le rêve et les symptômes psychotiques. Il tente ainsi d'introduire de manière contributive la psychanalyse en psychiatrie.

Vienne reste le berceau de la psychanalyse et nombreux sont ceux qui font le voyage auprès de son fondateur. Mais Zurich devient un centre d'information et de formation à la psychanalyse. La plupart des disciples de Freud qui souhaitent développer la discipline passent, à un moment ou à un autre, par le Burghölzli, qu'il s'agisse de Karl Abraham, Max Eitingon, Brill, Ludwig Binswanger ou encore Sandor Ferenczi, Ernest Jones et James Putnam. Freud utilise le bestiaire pour illustrer les liens entre psychiatrie et psychanalyse. La baleine et l'ours polaire n'auraient pas plus de liens ni d'occasions de rencontre, affirme-t-il. En fait, Freud souligne par là qu'il n'y a pas de discussion possible sans reconnaissance minimale de présupposés communs. Il écrit ceci à son cher collègue zurichois en 1910 :

Cela ne m'avance pas beaucoup de savoir que vous me donnez raison de mon point de vue mais que vous avez toujours raison du vôtre, sans que nos deux points de vue ne se rapprochent l'un de l'autre<sup>203</sup>.

Cet appel de l'ours ou de la baleine, saillant et acide, semble porter ses fruits. Bleuler adhère à l'Association internationale de psychanalyse – pour seulement quelques mois il est vrai – au début de 1911.

203 Freud/Bleuler 2016, 108.

### La lecture d'Henri Ey : une activité sous-jacente

À partir d'une série de conférences qu'Ey donne à Paris de septembre à novembre 1940, en s'appuyant sur ses travaux personnels entrepris depuis 1925, les traducteurs français de Bleuler donnent la parole à celui qui domine l'enseignement de la clinique psychiatrique à travers son manuel régulièrement réédité. Ey fait de l'*opus magnum* de Bleuler un ouvrage d'apprentissage franco-allemand. « En 1925, j'entrepris la traduction de ce fameux ouvrage. C'est ainsi que j'appris la psychiatrie », consigne-t-il<sup>204</sup>. Il en proposera un exposé critique coécrit avec Paul Guiraud, discuté par Eugène Minkowski et publié dans les *Annales médico-psychologiques* dès sa première lecture sans cesse remise à l'ouvrage de ce « chef-d'œuvre psychiatrique du siècle »<sup>205</sup>.

Ey critique d'emblée le champ pathologique circonscrit par Bleuler qu'il juge trop étendu. Ni entité ni maladie, il y voit « plutôt un genre qu'une espèce »<sup>206</sup>. Vaste domaine qui recouvre la moitié des états psychopathiques, il regroupe des formes de réaction psychopathique communes à un certain nombre d'états morbides évolutifs dont l'étude relève d'une vaste psychopathologie générale. Le terme bleulérien de *Spaltung* recouvre des troubles associatifs primitifs qui comprennent ruptures, condensations, généralisations, associations par assonance, fragmentations conceptuelles, comparaisons illogiques. Ey relève la valeur multidimensionnelle des états psychopathologiques. L'observation clinique doit placer l'activité psychique morbide dans la double perspective des altérations qu'elle subit et des réactions qu'elle crée. Elle s'appuie ainsi sur la distinction entre troubles primaires et secondaires, ces derniers étant redéfinis par Ey comme des « fonctions psychiques subsistantes, d'autant plus tyranniques qu'elles ne sont plus elles-mêmes dirigées, qu'elles se trouvent libérées, émancipées »<sup>207</sup>.

Ey relie à Bleuler sa propre conception de la psychopathologie générale à partir du principe jacksonien selon lequel la maladie est la cause directe des troubles négatifs, de déficit,

204 Ey 1993, 641.

205 Ey 1993, 642.

206 Ey 1993, 642.

207 Ey 1993, 646.

signes primaires, et d'autre part la cause indirecte des troubles positifs, expression émanant des fonctions psychiques subsistantes. Cette distinction se traduit par un écart qu'Ey nomme « principe de l'écart organo-clinique »<sup>208</sup>, trouvé chez Bleuler. Opposé aux thèses mécanicistes, ce principe délie au maximum les relations du symptôme et de la maladie, interposant « entre l'action primaire directe, immédiate et négative du processus morbide et la symptomatologie positive indirecte et médiante, toute l'épaisseur de l'activité psychique subsistante »<sup>209</sup>. Dans une langue rationaliste, Ey précise que cet écart se manifeste dans l'analyse des troubles, mais aussi dans leur chronologie.

Ey considère l'autisme dans la schizophrénie de Bleuler comme une activité sous-jacente. C'est « une pensée morbide conditionnée par l'action du processus et des troubles primaires qu'il engendre »<sup>210</sup>. Celle-ci se déploie non sans intelligibilité ; « ce sont les expressions de ce qui reste de la personnalité découronnée, dégradée, plus ou moins diminuée de ses formes supérieures d'organisation, de cohérence, et de discipline. »<sup>211</sup> Selon Heuyer, le génie de Bleuler consiste à renoncer à voir une simple mosaïque de symptômes mécaniques, à s'efforcer de trouver l'humain sous le pathologique, à éclairer « l'obscur existence de ces êtres encore vivants quand ils paraissent déjà morts ». De ce point de vue, « c'est d'un véritable assassinat nosographique qu'il les a délivrés »<sup>212</sup>. Bleuler serait ainsi le Pinel de la nosographie psychiatrique.

Afin d'étayer sa lecture, Ey établit un principe essentiel de la psychopathologie générale :

Les maladies mentales ayant une symptomatologie psychique, c'est du psychisme des malades que dépend en grande partie l'élaboration, ce que nous appellerons la part positive des symptômes<sup>213</sup>.

L'autisme est lui-même une conséquence pour ainsi dire au second degré du mécanisme de dissociation ; il n'y

208 Ey 1993, 647.

209 Ey 1993, 647.

210 Ey 1993, 649.

211 Ey 1993, 649.

212 Ey 1993, 650.

213 Ey 1993, 650.

a plus de contrainte logique. La pensée autistique – les fantas-magories de l'imagination en accord avec leurs tendances affectives – prend la valeur de la réalité. « Le caractère symbolique de la pensée schizophrénique autistique l'apparente naturellement au rêve »<sup>214</sup>. Les symptômes sont considérés comme une tentative d'échapper à une situation intolérable. Dans la modalité autistique, le malade rend la réalité inoffensive en ne la laissant pas parvenir jusqu'à lui. Il l'ignore et se réfugie dans ses pensées. Ey compare cette modalité avec la claustration, la solitude pour les saints, ou le cabinet d'étude pour certains intellectuels.

Concernant le débat étiologique opposant classiquement les partisans du psychogénique à ceux de l'organogénique, il souligne l'ambiguïté de la présentation bleulérienne. Il y a, d'un côté, un processus envahissant et destructeur à base organique et, de l'autre, un mécanisme à part psychique des symptômes ayant pour finalité l'éloignement de la réalité. Les études ultérieures de Bleuler sur la biologie, la caractérologie et la pensée normale, montrent son ambition de construire une forme de psychologie biologique. Un de ses ouvrages datant de 1921 s'intitule *Naturgeschichte der Seele (Histoire naturelle de l'âme)*. Ey lit finalement Bleuler selon ses propres vues. Il conclut à un « organo-dynamisme bleulérien »<sup>215</sup>, opposé à une conception psychodynamique – comprendre psychanalytique ou freudienne. La décomposition schizophrénique de la pensée est en effet inséparable d'une atteinte de la structure organique de cette pensée. Le caractère global du trouble correspond à une atteinte du fondement même de toute la construction psychique. Alors que la totalité fonctionnelle du psychisme est comme dénaturée, les forces vitales restent toujours actives. Ey reprendra à son propre compte cette conception « biodynamiste »<sup>216</sup>, sorte de monisme de l'âme et du corps. Selon la position philosophique de Bleuler qui autorise un organicisme éloigné de tout mécanisme, le corps est « pénétré, vivifié, organisé, formé par un principe vital de direction, celui-là même qui s'épanouit dans la finalité de l'activité psychique »<sup>217</sup>.

214 Ey 1993, 651.

215 Ey 1993, 657.

216 Ey, 1993, 658.

217 Ey, 1993, 658.

D'un bout à l'autre du 20<sup>e</sup> siècle, trois psychiatres français donnent le ton de la réception de l'*opus magnum* de Bleuler et de la notion d'autisme qu'il contient. Marc Trénel d'abord propose dans la *Revue neurologique* un compte-rendu de la toute nouvelle contribution de Bleuler qui entend renouveler le champ de la démence précoce installé au 19<sup>e</sup> siècle par le Français Morel et l'Allemand Kraepelin. En retraçant le plan de Bleuler, il détaille les symptômes fondamentaux de la schizophrénie parmi lesquels l'autisme qu'il préfère maintenir dans sa graphie originale *Autismus*. L'autisme définit un rapport avec le monde extérieur – « sous ce nom Bleuler désigne le fait que les malades rompent avec la réalité et ne vivent plus que d'une vie intérieure. »<sup>218</sup> L'appréciation générale de Trénel s'avère pour le moins contrastée. Si l'importance du travail est saluée, Bleuler ferait un « progrès à rebours » à cause d'un « élargissement extrême, excessif, du domaine de ce qui n'est plus une maladie proprement définie, mais un vaste genre »<sup>219</sup>. Ey, dans un numéro spécial de la *Revue de médecine* consacré à la neuropsychiatrie, associe pour sa part schizophrénie et autisme selon une référence à l'ouvrage originel de Bleuler. L'autisme bleulérien est lu comme le versant productif des symptômes de la schizophrénie :

Qu'est-ce que la schizophrénie sinon une certaine modalité psychopathologique d'existence qui retranche le sujet de la coexistence avec autrui et du monde de la réalité – qui aliène sa personnalité dans un monde autistique ? (...) cette chute dans la profondeur de soi, ce détachement de la réalité, cette abolition ou tout du moins cette distorsion des liens, du système relationnel affectif et logique qui l'unissent aux autres, répondent à un désir de mort qui s'exprime dans les manifestations (positives) de l'autisme<sup>220</sup>.

Garrabé, enfin, quand il traite de la schizophrénie dans un vaste parcours historiographique, emploie le terme d'autisme selon quatre occurrences dans la table des matières. Il y a d'abord l'autisme de 1911. Garrabé reprend la thèse classique de l'autisme, fruit d'un dialogue conflictuel entre psychiatrie et psychanalyse<sup>221</sup>. Grosso modo l'autisme est à l'origine la perte de contact

218 Trénel 1912, 374.

219 Trénel 1912, 382.

220 Ey 1964, 787.

221 Garrabé 1992, 111-112, 133-136.

avec la réalité revue par la psychanalyse, mais une psychanalyse rendue convenable par une dilution de l'aspect sexuel de la libido, l'existence de complexes chez les schizophrènes étant, elle, acceptable et bien commode pour expliquer cette perte d'attrait libidinal envers certains objets du monde extérieur. La modernité de Bleuler tient dans sa proposition d'un nouveau critère unitaire. Au-delà du stade terminal de la démence selon Kraepelin, Bleuler repère un trouble des associations, qui génère discordance affective et évasion autistique.

Garrabé étudie par ailleurs l'autisme de la schizophrénie à travers la notion de pensée autistique. La matière reste le texte de 1911 mais bien d'autres références sont mobilisées. Bleuler développe en effet cette notion dans plusieurs revues et au cours de différentes interventions orales. Il y consacre même un livre en 1919, plusieurs fois réédité, au titre étonnant, *Das Autistisch-Undisziplinierte Denken in der Medizin und Seine Überwindung*, traduit en anglais mais pas en français, et que nous rendons ici par « la pensée autistique indisciplinée en médecine et ses issues ». Comment la définir selon Bleuler ? Une manière de penser, de type dérèglement en population générale, dénuée de logique, irréaliste, prenant ses désirs pour la réalité, n'admettant pas la contradiction. Bleuler se réfère à la mythologie antique et aux rêveries normales. D'après lui, les contresens logiques ainsi que les expressions de désirs au niveau inconscient appartiennent à la réalité psychique chez le sujet sain. La pensée autistique est chez le schizophrène un nouveau monde fantasmatique. Soit le patient a bien conscience des deux mondes, soit le monde autistique lui paraît plus réel que l'autre.

Garrabé revient sur la description de l'autisme infantile de Kanner en 1943, sur le « dérangement autistique » – traduisant ainsi *disturbance* par contraste à *disorder* – du contact affectif, marqué par l'absence d'acquisition du langage alors que l'intelligence est normale. L'autisme est ici une perte de contact avec la réalité sur l'affectivité et la pensée de type autistique en résulte. Garrabé remarque qu'un des symptômes fondamentaux est érigé en entité nosologique autonome dans le domaine des psychoses infantiles.

Enfin, Garrabé lit l'autisme comme perte du contact vital avec la réalité dans une veine phénoménologique. Le psychiatre français d'origine russe Minkowski en fera le trouble essentiel de la schizophrénie. À partir d'inspirations bergsoniennes, la libido freudienne est devenue élan vital pour la psychiatrie phénoménologique. Arthur Tatossian, psychiatre phénoménologue français contemporain de Garrabé, va plus loin en considérant l'autisme comme lieu dans la condition humaine où la schizophrénie apparaît, lieu de sa source (*Ursprung*), ce qui ne veut pas dire de sa cause (*Ursache*)<sup>222</sup>. Alors que l'autisme garde une dimension générale du fonctionnement psychique, comme possibilité d'être universel, l'aliénation schizophrénique laisse en revanche l'individu pathologiquement hors du temps.

Ainsi, l'autisme est d'abord une invention issue de la schizophrénie par Bleuler. Comprendre les liens originels entre ces deux notions s'avère crucial pour saisir les mouvements d'idée dans l'histoire des psychoses de l'enfant. Comme symptôme fondamental et secondaire, l'autisme porte en lui une certaine contradiction. Il n'est d'ailleurs pas seulement de l'ordre de la pathologie, puisqu'il existe une pensée autistique normale ou mêlée. Voilà de quoi intéresser les théoriciens au sein de l'édifice conceptuel du groupe des schizophrénies. À l'instar de la schizophrénie, l'autisme se situe dans des liens complexes entre psychiatrie et psychanalyse, avec une dominante du côté de la psychiatrie, une notion plus zurichoise que viennoise. À la réception d'Ey en France, l'autisme représente le symptôme psychotique par excellence, au-delà de toute tentative explicative. De ce point de vue, la schizophrénie est déjà une notion étiopathogénique. En tout cas, la concomitance conceptuelle d'inventions de l'autisme et de la schizophrénie explique que ces vocables reviennent dans l'histoire de la psychiatrie comme fondateurs du champ des psychoses et toujours liés. Enchâssés, ils demeurent dans des liens difficiles à démêler dès l'origine. L'autisme offre peut-être à la folie une dimension anthropologique plus large que la schizophrénie.

---

222 Garrabé 1992, 295-299.

En conclusion de cette première partie, on peut avancer que les consultations psychiatriques pour enfant témoignent d'un mouvement général de libéralisation de la pratique psychiatrique et de déstigmatisation par banalisation de la maladie mentale dans la société ayant commencé dans l'entre-deux-guerres. Parallèlement, la schizophrénie de l'adulte se décline à l'enfant, et dans le même mouvement l'autisme comme symptôme et plus largement comme modalité de pensée est décrit chez l'enfant comme chez l'adulte. De nombreux cliniciens américains ayant contribué aux études sur les psychoses de l'enfant ont émigré depuis l'Europe. Ce transfert d'idées est important à prendre en compte pour bien comprendre l'histoire de l'autisme qui oppose dans certains récits historiographiques<sup>223</sup> Kanner et Hans Asperger, tous deux d'origine autrichienne.

Dans les années 1920, les premières consultations ambulatoires, en dehors de l'institution asilaire, n'utilisent pas le concept de schizophrénie chez l'enfant. L'autisme est alors une invention de la schizophrénie de Bleuler, notion qui lui est enchâssée. Son destin n'en sera que plus spectaculaire. Psychoses, schizophrénie et autisme de l'enfant forment un premier équilibre de 1911 à 1942. L'autisme de l'enfant n'existe pas de manière autonome, il s'intègre *de facto* à la schizophrénie de l'enfant. Ainsi, seules psychoses et schizophrénies tiennent le devant d'une scène nosologique encore timide. Les psychoses, qui sous la plume de l'aliéniste de Fribourg Emminghaus désignaient à la fin du 19<sup>e</sup> siècle les maladies mentales en général, vont se préciser avec l'avènement des schizophrénies qui se déclinent nouvellement chez l'enfant.

---

223 Voir Sheffer 2019.

## Partie II

### Psychoses, schizophrénie et autisme de l'enfant, 1943 - 1978

*Le travail présent est donc un effort pour intégrer  
à la spéculation philosophique quelques-unes  
des méthodes et des acquisitions de la médecine (...).  
Si la médecine doit être renouvelée, c'est aux  
médecins de le faire à leurs risques et à leur honneur.  
Mais nous avons l'ambition de contribuer  
au renouvellement de certains concepts  
méthodologiques, en rectifiant leur compréhension  
au contact d'une information médicale.*

Canguilhem 2009 [1943], 8

### Un savant équilibre entre trois entités constituées

Une nouvelle période s'ouvre avec l'introduction de l'autisme comme entité pathologique autonome chez l'enfant. 1943 marque, de ce point de vue, la date de naissance de la pédopsychiatrie comme discipline médicale indépendante. Rappelons que la chaire de Georges Heuyer à l'Université de Paris suit de quelques années cette introduction, en 1948, à l'Hôpital de la Salpêtrière. Notons encore que, à cette période charnière de la Deuxième Guerre mondiale et de l'immédiat après-guerre, la délinquance juvénile continue d'être une préoccupation majeure de la neuropsychiatrie infantile, depuis la thèse de Heuyer en 1914 jusqu'à l'étude médico-sociale et psychologique d'Albert Crémieux, Mendel Schachter et Simone Cotte à Marseille en 1945<sup>224</sup>. Heuyer est à la pédopsychiatrie ce que Robert Debré est à la pédiatrie. Il coordonne au lendemain de la guerre un cours de psychiatrie sociale de l'enfant, donné à la fin de l'année 1950 au Centre international de l'enfance lancé par l'Unicef (fonds international de secours à l'enfance) dans les suites d'un cours de pédiatrie sociale<sup>225</sup>. Deux équipes, l'une française et l'autre britannique, se partagent l'enseignement qui s'adresse à des professionnels boursiers venus des quatre coins du monde. Une place est accordée aux psychoses de l'enfant, traitées par Michaux côté français et Mildred Creak côté anglais.

L'autisme passe de l'adulte à l'enfant et connaît une sorte de nouvelle naissance que l'on évoquera au chapitre 4. Parallèlement, la schizophrénie de l'enfant poursuit son propre cheminement, son usage même se développe, objet du chapitre suivant. De leur côté, les psychoses de l'enfant favorisent une certaine créativité conceptuelle et clinique chez quelques auteurs français à partir desquels nous suggérerons d'individualiser un style au chapitre 6. Finalement, cette période qui couvre trois décennies, des années 1950 aux années 1970, se termine dans une autre forme d'équilibre entre les trois entités, psychose, schizophrénie et autisme de l'enfant.

---

224 Crémieux/Schachter/Cotte 1945.

225 Heuyer/Miller/Soddy 1951.

## Chapitre 4

### Naissance de l'autisme de l'enfant

Si l'autisme naît avec la schizophrénie au début du 20<sup>e</sup> siècle, l'autisme de l'enfant n'apparaît pas avec la schizophrénie de l'enfant comme application d'une pathologie de l'adulte. Il naît de manière concomitante en Amérique et en Europe sous le regard de deux psychiatres spécialistes de l'enfant, de même origine autrichienne, l'un (Kanner) ayant émigré dans les années 1920, l'autre (Asperger) ayant poursuivi sa carrière à Vienne. Ces deux descriptions contemporaines l'une de l'autre, que tout semble opposer, sont bien largement connues et vulgarisées mais leur historiographie se poursuit<sup>226</sup>. Bien dégager cette entité nosologique propre à l'enfant permet une comparaison avec la schizophrénie. Une des caractéristiques cliniques de l'autisme de l'enfant est la question du développement du langage, sur un plan quantitatif (retard) comme sur un plan qualitatif (type de troubles). Cette étude détaillée du langage liée à une pathologie concerne également à cette période la schizophrénie. On peut mentionner ici un article de 1931 paru dans les *Annales médico-psychologiques* dont l'un des contributeurs est le jeune Lacan<sup>227</sup>. Toutefois, l'étude oriente particulièrement le regard vers l'avènement du langage, rappelant les débats depuis le début du 19<sup>e</sup> siècle autour des « usages de l'enfant sauvage »<sup>228</sup>. Cette naissance de l'autisme de l'enfant marque le début des études de cohorte chez l'enfant, l'intérêt des soins dispensés étant jugé à l'aune du devenir (voir chapitre 9).

---

226 Verhoeff 2013.

227 Lévy-Valensi/Migault/Lacan 1931.

228 Chappey 2021.

## L'autisme de Kanner

Leo Kanner, né à Klekotow, village de l'Empire austro-hongrois désormais ukrainien, en 1894, poursuit ses études universitaires à Berlin et soutient sa thèse de médecine en 1921. Il partage son activité entre un poste d'attaché à l'Hôpital de la Charité et un exercice privé en cardiologie. La crise économique le pousse à émigrer aux États-Unis en 1924 pour prendre un poste de médecin assistant à l'Hôpital de Yankton, dans le Dakota du Sud<sup>229</sup>. En 1930, Kanner se voit proposer par le pédiatre Edwards A. Park et le psychiatre Meyer la direction du service de psychiatrie infantile au sein du pavillon pédiatrique de l'Hôpital Johns Hopkins à Baltimore<sup>230</sup>. En 1935, il écrit son premier manuel de psychiatrie de l'enfant, *Child psychiatry*, qui est également le premier du genre publié en langue anglaise. Park et Meyer le préfacent, donnant ainsi à la pédopsychiatrie sa légitimité à partir de ses deux racines, la pédiatrie et la psychiatrie.

La réception des travaux de Kanner en France n'a pas fait l'objet d'un travail spécifique. Les dictionnaires biographiques consacrés aux grands auteurs ne le mentionnent pas<sup>231</sup>. Il serait pourtant intéressant de savoir à quel moment il acquiert sa notoriété internationale. Sans doute pas avant la Deuxième Guerre mondiale, bien que sa position institutionnelle soit déjà de tout premier plan. Heuyer ne met pas Kanner en avant non plus, malgré son séjour américain en 1930. Il n'y fait pas mention dans ses comptes-rendus de voyage (voir chapitre 1). Kanner ne vient pas à Paris pour le congrès de 1937 et l'on n'a pas retrouvé de lettres entre Heuyer et Kanner dans les préparatifs de la rencontre collectés dans le Fonds Georges Heuyer<sup>232</sup>.

Le texte de Kanner, intitulé « *Autistic disturbances of affective contact* », a été maintes fois repris et cité. Il s'agit sans doute de la référence la plus citée en psychiatrie de l'enfant. Après

une très brève introduction, Kanner se lance dans la description clinique de onze cas choisis pour leur communauté symptomatique et leur long suivi depuis la fin des années 1930. D'abord vient la clinique, qui occupe plus de la moitié de l'article. Puis la discussion offre le trouble fondamental de l'« incapacité à être en lien avec les autres »<sup>233</sup>, traite du langage et de la mémoire des enfants, de leur sensorialité particulière. Le diptyque est affirmé : « isolement » (*aloneness*) et « immuabilité » (*sameness*). Enfin, le commentaire met en perspective l'entité découverte parmi le champ pathologique existant pour justifier son originalité.

Quelle est en fait l'originalité de Kanner ? Les études de cas sont alors légion et les premières tentatives d'application de la schizophrénie à l'enfant ont eu lieu dès les années 1920. Kanner s'appuie sur Bleuler pour dégager une description originale. Nous pouvons lire le geste de Kanner comme une tentative de continuité entre la tradition clinique européenne et la nouveauté d'une observation au plus près de la médecine de l'enfant :

La combinaison de l'autisme extrême, de l'obsessivité, des stéréotypies, de l'écholalie, contribue au tableau général décrit également dans les phénomènes fondamentaux de la schizophrénie. Certains de ces enfants ont en effet déjà été diagnostiqués schizophrènes à un moment ou à un autre<sup>234</sup>.

L'Autrichien est bien devenu américain.

Kanner a déjà une place reconnue quand il publie son texte en 1943 ; il est notamment l'auteur d'un manuel constamment réédité depuis 1935. Cependant, cette entité basée sur les troubles précoces du contact affectif ne donne pas lieu à un engouement tel qu'elle serait discutée dans les rencontres scientifiques. On ne retrouve pas cet article en référence dans les travaux ultérieurs de ses collègues jusqu'à la fin des années 1950. Il faut attendre 1956 pour qu'un article de Kanner lui-même, coécrit avec son collègue Leon Eisenberg, paraisse sur le sujet dans l'*American journal of orthopsychiatry*, et 1962 pour le premier

229 Baxter 1985.

230 Kanner 1932.

231 Druel 2019.

232 Cette absence de correspondance entre Heuyer et Kanner est étonnante. Kanner est déjà bien en vue aux États-Unis même s'il n'est pas encore le fondateur reconnu de la pédopsychiatrie.

233 Kanner 1943, 242.

234 Kanner 1971b, 140.

article d'Eric Schopler, lequel commence sa carrière sur « l'enfant autistique »<sup>235</sup> en citant beaucoup plus abondamment Bender et les psychanalystes que Kanner.

Celui-ci se plaint d'ailleurs de ne pas être entendu aux États-Unis lors de la parution du Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)-II en 1968. Ce dernier opus ne fait pas mention de l'autisme infantile mais garde intacte la schizophrénie infantile. On peut en effet s'en étonner : vingt-cinq ans après son article *princeps*, plus de trente ans après son premier manuel de pédopsychiatrie, les propositions cliniques de Kanner ne sont pas prises en compte dans la nosographie officielle. Est-ce dû à la faible place de la pédopsychiatrie au sein de la psychiatrie générale à cette période ? Les liens originels avec la pédiatrie en auraient-ils fait une émanation de la médecine de l'enfance et non d'abord de la médecine de la psyché<sup>236</sup> ? L'autisme infantile décrit par Kanner en 1943 constitue la forme prototypique, pour ne pas dire *canonique*, de l'autisme de l'enfant. L'autisme dit de Kanner figure en effet la forme la plus sévère de l'autisme avec un retard massif de langage qui retentit sur le développement intellectuel.

Le texte paraît dans une revue spécialisée trimestrielle, *The Nervous child*, qui pendant une courte période, de 1941 à 1956, a traité de psychopathologie, de psychothérapie, d'hygiène mentale et de guidance infantile. L'article est naturellement une référence dans la revue créée par Kanner en 1971, le *Journal of autism and childhood schizophrénia* (JACS), qui participe en fin de compte à en faire une référence générale par un mécanisme de commémoration. Kanner publie en effet le suivi de ses onze patients vingt-huit ans plus tard, lors de la première année de parution de la revue ; il y fêtera les trente ans de son article en 1973.

235 Schopler 1962.

236 À ce propos, il serait intéressant d'écrire une histoire de la pédopsychiatrie au sein des hôpitaux pédiatriques : quelle place la pédopsychiatrie y a-t-elle ? Est-elle ambulatoire, de liaison dans les services pourvus de lits ou bien a-t-elle des lits spécifiques ? Ces questions demeurent très actuelles.

## L'autisme d'Asperger

De même que celui de Kanner, le texte d'Asperger, thèse d'habilitation soutenue en 1943 et publiée l'année suivante, est souvent cité et commenté, mais rarement synthétisé. Après avoir précisé ses buts et méthodes (l'intuition et l'étude de l'individu), Asperger justifie sa terminologie de « psychopathe autistique » :

Tandis que l'homme vit normalement en contact permanent avec son environnement et y réagit continuellement, ces relations sont très perturbées et très restreintes chez les psychopathes. L'autiste n'est que lui-même (...) et il ne fait pas partie du monde, influencé par celui-ci et l'influencant continuellement<sup>237</sup>.

Asperger cite Bleuler dans le texte. Il applique la définition de l'autisme à des traits de personnalité en dehors de la schizophrénie. La description détaillée de quatre cas qu'il a suivis dans son service à Vienne lui permet d'aborder la famille, l'examen physique, les modes d'expression ainsi que le comportement. Les symptômes caractéristiques renvoient à des traits de personnalité originaux, des intérêts particuliers qui se déclinent selon chaque patient. C'est la constance de ces traits typiques pour un individu qui est remarquable pour Asperger.

L'originalité de celui-ci n'est bien évidemment pas de se démarquer de Kanner puisque les auteurs n'ont pas eu connaissance des travaux l'un de l'autre. Elle tient à l'ouverture de la symptomatologie schizophrénique vers l'enfant à travers des traits de caractère étranges qui resteront jusqu'à l'âge adulte. La grande thèse qui retiendra l'attention des psychiatres britanniques dans les années 1980 se trouve dans le chapitre concernant l'évaluation sociale : « il semble qu'ils aient des facultés particulières, en échange de leur infirmité, dans une sorte d'hypertrophie compensatoire »<sup>238</sup>.

En fin de compte l'historiographie récente de l'autisme révèle une indépendance moins marquée qu'il ne paraît entre ces cliniciens de renom originaires de l'Empire austro-hongrois, à travers le parcours d'Anni Weiss et de George Frankl.

237 Asperger 1998 [1944], 51.

238 Asperger 1998 [1944], 142.

L'importance de Frankl a d'abord été soulevée comme « troisième homme »<sup>239</sup> à côté de Kanner et Asperger. Il apparaît bien plus encore comme un tiers, transfuge dans l'exil, de l'environnement de travail d'Asperger vers celui de Kanner. Il semble très étonnant que cette reconnaissance soit aussi tardive, tant pour Frankl que pour sa collaboratrice puis épouse, Anni Weiss, dont l'influence n'est reconnue que depuis très peu de temps grâce aux travaux essentiels de Samantha Dluzak<sup>240</sup>.

Weiss naît le 25 avril 1897 à Sagan, petite ville de Silésie, allemande jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale et désormais située à l'ouest de la Pologne, non loin des frontières allemande et tchèque. Sa formation initiale est double puisqu'elle est à la fois diplômée de l'École de formation des maîtres de Francfort et de l'École de travail social de Hambourg. Elle exerce ensuite pendant presque toute sa carrière comme psychologue pour enfants, et ce, dès son passage par la Heilpädagogische Station de la Clinique pour enfants de l'Université de Vienne, où elle invente une approche clinique, qualitative et écologique, de l'évaluation psychométrique sous la direction d'Erwin Lazar, puis de Valerie Brück. Frankl naît le 21 mars 1897 à Neu Raussnitz, petite ville de Moravie, une province de l'empire austro-hongrois – actuellement Rousinov, près de Brno, en République tchèque. Il termine ses études de médecine à Vienne en 1922 et exerce à la même Station de pédagogie curative de la clinique pour enfants de l'Université de Vienne que sa future femme à partir de 1927 ainsi qu'à l'Hôpital carolinien dans la même ville. À la Station il travaille d'abord sous la direction de Lazar, maître à penser de la pédagogie curative, puis sous celle de Brück (de 1932 à 1935) et enfin d'Asperger (à partir de 1935)<sup>241</sup>.

Dès 1934, Weiss quitte ses fonctions à Vienne et émigre aux États-Unis. Sans doute tombait-elle déjà, du fait de sa nationalité allemande, sous le coup des lois antisémites qui n'allaient pas tarder à être également promulguées en Autriche. Arrivée au port de New York, elle se présente comme étudiante en pédagogie

rejoignant l'Université Columbia. Elle trouve rapidement à travailler comme consultante en guidance infantile au Teacher's College. Le 22 novembre 1937, elle épouse Frankl récemment arrivé outre-Atlantique. Weiss accepte un poste de psychologue auprès des écoles maternelles de Chicago et de Winnetka l'année suivante. Elle s'installe ensuite à Baltimore avec son mari qui vient de quitter Chicago pour travailler avec Kanner. Elle assiste pendant cette période au séminaire de Meyer dont Kanner fut l'élève. En 1941, Weiss prend la direction de la Well-Baby Clinic de l'hôpital pour enfants de Washington. Elle publiera un article à propos de cette expérience en 1945, alors qu'elle est sans doute déjà partie occuper les mêmes fonctions à Buffalo, à la frontière entre l'État de New York et le Canada. Frankl y dirige alors la clinique de guidance infantile. Début 1946, le couple s'installe à Kansas City. Weiss enseigne à l'Université du Kansas dès 1948 en tant qu'institutrice du département de psychologie. Elle deviendra professeure assistante de psychologie en 1952 après avoir été chargée de la supervision de la clinique de guidance infantile de l'université. En 1959, Frankl et Weiss s'établissent à Winston-Salem (Caroline du Nord), où Weiss exerce comme psychologue clinicienne. Il est ainsi fort probable que le couple Frankl-Weiss ait été le vecteur des nouvelles idées cliniques partiellement communes entre le service à Vienne que dirigera Asperger et le service de Kanner à Baltimore.

Cela étant, alors que Kanner doit sa célébrité à l'ensemble de sa carrière et à une succession de travaux mondialement reconnus, la renommée scientifique d'Asperger suit une autre voie, détournée. C'est au début des années 1980 (seulement) que les travaux sur les « psychopathes autistiques » du pédiatre autrichien décédé depuis peu sont remis au goût du jour, par la psychiatre britannique Lorna Wing qui distinguait une nouvelle forme d'autisme, le fameux syndrome d'Asperger<sup>242</sup>. Le texte d'Asperger de 1944, devenu *princeps* dans l'histoire de l'autisme, n'était alors accessible qu'en langue originale allemande<sup>243</sup>. Depuis plus de quinze ans déjà, John Wing, professeur

239 Robison 2016.

240 Dluzak 2021.

241 Samantha Dluzak publie la liste des travaux personnels et souvent communs du couple Weiss-Frankl. Voir notamment Brück/Frankl/Weiss/Zak 1932.

242 Wing L. 1981.

243 Asperger 1944.

de psychiatrie promoteur de l'étude United Kingdom-United States Diagnostic Study<sup>244</sup> et théoricien de la psychiatrie internationale, et Lorna Wing dirigeaient l'unité de psychiatrie sociale de l'Institut de psychiatrie de Londres<sup>245</sup>.

Lorna Wing, à la suite d'une brève rencontre avec Asperger peu avant sa mort, eut le souhait d'exhumer les anciennes études du pédiatre viennois sur les psychopathes autistiques. Elle prétend y avoir découvert les éléments permettant une critériologie spécifique et plus riche de l'autisme, bien que cela n'ait pas été la démarche d'Asperger<sup>246</sup>. La contribution d'Asperger serait ainsi complémentaire de l'approche de Kanner avec laquelle elle la compare d'ailleurs systématiquement. Wing transforme les troubles autistiques de Kanner en « syndrome de Kanner », alors qu'elle souhaite installer dans le vocabulaire médical le « syndrome d'Asperger ». Elle mobilise l'article de Dirk Arnold van Krevelen publié en 1971<sup>247</sup> dans lequel celui-ci avance le terme d'*autismus infantum* suite à un article inaugural de 1960<sup>248</sup>. En s'appuyant sur une histoire conceptuelle, le syndrome d'Asperger devrait en toute rigueur être renommé syndrome d'Asperger-Wing. Mais, surtout, cette nouvelle dénomination nous permettrait de comprendre que Lorna Wing s'est fourvoyée en reprenant de manière tronquée et décontextualisée l'œuvre aspergerienne et alerterait sur les effets d'un signifiant patronymique à l'histoire oubliée puis réécrite.

244 L'étude United Kingdom-United States visait à évaluer les raisons de la disparité de l'attribution du diagnostic de schizophrénie dans deux pays de même langue. À l'époque, du fait d'une histoire différente d'implantation de la psychiatrie, le diagnostic de schizophrénie est donné plus fréquemment aux États-Unis qu'au Royaume-Uni. C'est sur la base de ce travail préalable (et parallèle) à celui de Robert Spitzer et Jean Endicott qu'est née la notion fondamentale de fidélité inter juge dans le DSM-III en 1980.

245 Ce n'est que dix ans plus tard, en 1991, qu'Uta Frith entreprendra la traduction du texte en anglais avant qu'une petite équipe emmenée par Dominique L'Hôpital ne le rende accessible aux lecteurs francophones, en 1998.

246 « Contrairement à Kanner, Asperger n'a pas constitué une liste de critères diagnostiques cardinaux pour son syndrome », écrit-elle en 1991 (Wing L. 1991, 97-98).

247 Van Krevelen 1971.

248 Van Krevelen 1960.

L'histoire de l'autisme n'est manifestement pas terminée<sup>249</sup>, au sens où son historiographie fait encore débat à la suite des travaux de plusieurs historiens, dont Herwig Czech, Edith Sheffer puis Druzak. En contrepoint d'une approche historique qui insiste sur le temps long, ces historiens ont épuisé toutes les sources disponibles en Autriche sur la période 1938-1945 afin de découvrir quelle fut la réalité de l'exercice pédiatrique au sein de l'Hôpital du Steinhof. Les recherches de Czech et de ses collègues ont contribué à l'installation en 2002-2003 d'un musée mémoriel en hommage aux enfants victimes du nazisme au Spiegelgrund, centre de la ville de Vienne admettant des jeunes inadaptés. À partir de l'étude des dossiers de l'institution, Czech démontre non pas la timidité ou la réserve d'Asperger vis-à-vis du nazisme, mais au contraire son implication dans l'activité tant clinique qu'idéologique du service de pédagogie thérapeutique ainsi que son opportunisme et son zèle lors de l'avènement du régime nazi viennois, dans la droite ligne de son passé national-traditionaliste. Asperger s'est impliqué dans la sélection et l'élimination d'enfants, en tant qu'organisateur, expert auprès des autorités nazies et professeur de pédiatrie. Les minimisations d'Uta Frith quant à ses comportements à l'époque, lisibles dans les notes de bas de page de sa traduction de la thèse de celui-ci, n'étaient donc qu'hypothétiques<sup>250</sup>.

Sheffer s'appuie sur les travaux de Czech<sup>251</sup> pour développer une réflexion plus large sur la vie et l'œuvre d'Asperger. Y a-t-il de l'idéologie dans les psychopathes autistiques d'Asperger ? Quel était son positionnement éthique ? A-t-il eu une activité de résistance, comme il a pu le laisser entendre ? Plus précisément, Sheffer analyse la thèse selon laquelle la création de l'entité des psychopathes autistiques par Asperger aurait été une tactique pour sauver des enfants de l'élimination. A-t-il fait son possible pour maintenir des conditions de vie décentes pour les enfants hospitalisés ? Portait-il un jugement clinique personnel ou bien suivait-il le « régime du

249 Hochmann 2009.

250 Frith 1991.

251 Czech 2015 ; 2011 ; 2003.

diagnostic »<sup>252</sup> ? Face à toutes ces questions, les recherches effectuées tant par Czech et son équipe que par Sheffer ne brossent qu'un portrait sinistre et sans appel. En reprenant de nombreuses sources historiques spécialisées disponibles et quelques inédits, Sheffer s'adresse néanmoins au grand public. Elle démontre l'erreur historique complexe dont se rendit coupable Lorna Wing en ravivant une flamme qu'Asperger lui-même ne souhaitait pas voir rallumée. Complexe, car il ne s'agit pas d'un simple anachronisme, mais d'une uchronie, de la réécriture d'une histoire imaginaire, ainsi que ce que nous pourrions nommer un effet palimpseste patronymique. Ces trois éléments associés constituent à notre sens une forme de dyschronie. Sheffer va jusqu'à pointer une forme d'aveuglement collectif qui consiste à accepter sans coup férir l'apparition d'un syndrome éponyme honorant à notre insu quelqu'un qui ne fut certes pas directement un meurtrier de masse, mais qui participa en tant que responsable au programme nazi d'élimination des enfants handicapés. Asperger prit en effet des positions profondément influencées par l'idée de sélection entre des enfants « de haut niveau », qui seraient valorisés et amenés à participer à l'effort de guerre, et des enfants déficitaires, dès lors voués à l'élimination.

1938 est souvent désignée comme le point de départ d'une historiographie de l'autisme. C'est le début des observations de Kanner ; c'est aussi l'année de la fracture irréversible que le nazisme porte au cœur de l'Europe. Si, jusque-là, les continuateurs des travaux de Frankl et Weiss à Vienne restaient conceptuellement proches de leurs collègues déjà exilés aux États-Unis, l'installation d'une psychiatrie nazie au sein de la pédiatrie universitaire, sous la direction de Franz Hamburger, allait inciter les professionnels, médecins en premier lieu, à s'aligner sur les vues du régime. En témoigne un article d'Asperger en 1938<sup>253</sup>, qui intègre une part de la doctrine et de la sémantique du nouveau régime. À cet égard, il semble intéressant de considérer le vocabulaire d'Asperger au prisme de la critique historique.

---

252 Sheffer 2019, 18.

253 Asperger 1938.

Sheffer insiste dans son ouvrage sur l'utilisation ambiguë de certains termes habituels<sup>254</sup> que les technocrates nazis utilisèrent à l'aune de l'idéologie nationale-socialiste et dont le sens a été entièrement dévoyé. Cette approche serait à relier à la perspective critique de Viktor Klemperer, qui permet de décrypter la rhétorique nazie en étudiant le glissement sémantique des mots prescrits par le parti nazi et son propagandiste en chef, Joseph Goebbels. Le mécanisme est d'en transformer le sens afin qu'ils deviennent progressivement des synonymes de certains pans du programme nazi, en se réappropriant le langage de manière invasive, à partir de mots vernaculaires de plus en plus nombreux. L'exemple de la *Gemüt* allemande s'avère particulièrement significatif. Il fait partie de ces intraduisibles définis par la philologue Barbara Cassin comme des « symptômes, sémantiques et/ou syntaxiques, de la différence des langues, non pas ce qu'on ne traduit pas, mais ce qu'on ne cesse pas de (ne pas) traduire<sup>255</sup>. »

Sheffer a bien noté le sens expressément nazi que le terme *Gemüt* revêt dans les années 1930 en Allemagne pour désigner le sentiment charnel d'appartenance à une communauté et la capacité à y contribuer dans un idéal de pureté. La traduction française du texte *princeps* d'Asperger choisit de rendre *Gemüt* simplement par « sensibilité » ; elle est en cela bien éloignée de la pensée de son auteur puisqu'oublieuse de certaines notes et références du texte original. Cette traduction omet notamment la référence à Hans Heinze – psychiatre nazi notoirement impliqué dans des meurtres de masse telle que l'opération T4 – sur laquelle s'appuie pourtant Asperger lorsqu'il évoque lui-même cette *Gemüt* dans son introduction.

La revue internationale dédiée à l'autisme, le *Journal of autism and developmental disorders* (JADD), abrite de vifs débats sur l'interprétation à donner aux engagements et aux écrits d'Asperger. Il est intéressant de noter que les auteurs autorisés à débattre appartiennent à des milieux très différents. Signe des temps, les ouvrages journalistiques, ceux de Steve Silberman et d'Adam Feinstein sont cités au même titre que des travaux

---

254 Sheffer 2019, 143-147.

255 Cassin 2016, 54.

universitaires<sup>256</sup>. Arrive un argument sociétal pragmatique : porter atteinte à la réputation d'Asperger « pourrait nuire à des millions de personnes qui sont fières de s'appeler Aspies »<sup>257</sup> selon l'anthropologue américaine Dean Falk. La réponse de Czech est cinglante. Il souligne de graves problèmes de traductions et d'interprétations personnelles chez sa contradictrice, souhaite que l'article « ne passe pas la revue par les pairs » et pense que, en vertu de la crédibilité académique, « il devrait être retiré »<sup>258</sup>.

### Autisme de l'enfant et schizophrénie

Rappelons qu'avant l'article *princeps* de Kanner, il existe bien d'autres conceptions novatrices de la pathologie psychiatrique chez l'enfant. En premier lieu, celle de la démence infantile, forgée par le dialogue constructif, en langue allemande, entre deux personnalités antagonistes, Weygandt et Heller. Le concept de démence précocissime de l'Italien De Sanctis prend progressivement le nom de schizophrénie infantile peu avant que l'on s'intéresse, chez les enfants, aux signes cliniques psychiatriques analogues à la symptomatologie d'autisme chez les adultes schizophrènes. Cet enchevêtrement théorique conduit l'Alsacien Jost à étudier cliniquement l'autisme chez l'enfant<sup>259</sup> et inspire par la suite les observations de l'équipe de Sainte-Anne, à savoir Claude, Heuyer et Lacan<sup>260</sup>. Kanner justifie l'originalité de son entité en relevant ce qui n'est pas dans ses observations de l'ordre de la schizophrénie. Les enfants seraient atteints dès le début de la vie. S'ils ne sont pas empêchés d'être seuls, ils peuvent établir des relations intelligentes et judicieuses avec des personnes qui n'interfèrent pas. La nécessité que tout soit immuable est également une grande différence avec la schizophrénie<sup>261</sup>.

256 Silberman 2015 ; Feinstein 2010.

257 Falk 2020, 2583.

258 Czech 2019, 3883. La réaction de l'historien Czech vient en réponse à l'article de Falk publié en ligne en 2019 et finalement publié dans la revue papier en 2020.

259 Jost 1927.

260 Claude/Heuyer/Lacan 1933.

261 Kanner 1943, 249.

La référence à la schizophrénie de Bleuler est constante, puisque deux patients sur les onze de Kanner ont été auparavant diagnostiqués schizophrènes. Il faut dire que le trait fondamental mis en avant par Kanner est l'incapacité à être en lien de manière ordinaire avec les autres et dans les situations usuelles. Ce qui distingue fondamentalement l'autisme est que ce trait est présent dès le début de la vie. Ainsi, il ne s'agit pas d'un retrait (*withdrawal*) autistique, tout schizophrénique qui s'installe, mais d'une solitude (*aloneness*) autistique extrême dès le départ. D'autres symptômes renvoient à la schizophrénie, qu'il s'agisse de l'obsessionnalité intense, des stéréotypies ou des écholalies. Kanner, à l'instar de Bleuler, postule une pathologie à forte composante biologique et constitutionnelle. La précocité des troubles permet plus facilement à Kanner de conclure à un trouble inné.

Kanner revendique la référence à Eugen Bleuler lorsqu'il revient, pour les trente ans de son texte de 1943, à la naissance de l'autisme de l'enfant<sup>262</sup>. De fait, l'autisme est une émanation de la schizophrénie qui s'en émancipe. Ce mouvement concentre parfaitement celui, plus vaste, de la discipline pédopsychiatrique qui est d'abord une émanation de la psychiatrie adulte, puis de même s'en émancipe. L'autisme de Kanner n'est pas l'autisme de Bleuler. En outre, la contribution d'Asperger, qui sera reprise par Wing après d'autres (van Krevelen en particulier<sup>263</sup>), prolonge le lien entre autisme et schizophrénie. En effet, l'autisme d'Asperger évoque une forme de psychopathie ; elle a trait finalement aux troubles de la personnalité de types schizoïde et schizotypique. Sur le plan épistémologique, on peut faire l'hypothèse que la reprise d'Asperger par Wing permet d'inclure au sein de l'autisme des pathologies à tonalité schizophrénique, tel un retournement en doigt de gant. Par ce procédé, la schizophrénie de l'enfant finirait même par appartenir à l'autisme infantile.

262 Kanner 1973c, 93.

263 Van Krevelen 1971.

## De la scientificité des études longitudinales

Vingt-huit ans après son fameux article *princeps* sur l'autisme infantile, Kanner publie une suite. Il reprend chacun des onze cas présentés en 1943 pour décrire leur état à l'âge adulte, en 1971 donc. Les premiers cas d'autisme infantile deviennent ainsi une cohorte. La justification de la démarche est toute kraepelinienne : l'évolution fera partie des arguments cliniques du diagnostic. Qu'en est-il alors ? Tout dépend de ce que l'on entend par « évolution ». Sur le plan symptomatique, l'évolution est relativement égale ; sur le plan du retentissement social, les cas diffèrent beaucoup entre eux. Les deux premiers patients, Donald T. et Frederick W., sont des *success stories*<sup>264</sup> selon Kanner au sens où ils ont pu s'insérer socialement et assumer un emploi.

Offrir au lecteur des éléments cliniques et biographiques des patients enfants devenus adultes semble un passage obligé des auteurs pédopsychiatres. On retrouve ce genre de travaux sous la plume de Despert et de Bender. Est-ce la marque de l'influence encore importante de la psychiatrie de l'adulte, que ce soit sur le plan de la formation des premiers psychiatres d'enfant ou sur le plan de la reconnaissance médicale ? La psychiatrie de l'adulte reste assurément la référence. Pour attirer l'attention médicale, il faut prouver que la médecine de l'enfant influe sur la médecine de l'adulte.

Là aussi, la question de la continuité entre la schizophrénie de l'enfant et de l'adulte peut être soulevée à partir de données, à l'instar d'ailleurs de la question de la continuité entre l'autisme de l'enfant et de l'adulte. Mais en 1971 Kanner revient sur l'autonomie par rapport à la schizophrénie de l'entité qu'il a inventée :

En dépit de points communs notables, la condition diffère cependant sur de nombreux éléments qui sont des items bien connus de la schizophrénie de l'enfant<sup>265</sup>.

Ses patients ne sont pas plus schizophrènes selon lui en 1971 qu'en 1943. À l'inverse, le diagnostic d'autisme perdue,

validant ainsi le diagnostic initial. Sur le plan épistémologique, en raison de son incurabilité, la stabilité du diagnostic est un argument majeur pour valider sa pertinence. Au-delà de ces aspects, on peut se demander si, pour le pédopsychiatre, suivre un enfant n'est pas le suivre toute sa vie. C'est en tout cas s'intéresser à sa vie future, et donc à sa vie entière.

Ainsi, l'autisme de l'enfant naît comme entité autonome pendant la Deuxième Guerre mondiale, contribuant fortement à la constitution indépendante d'une discipline d'abord entée sur la psychiatrie de l'adulte, la pédopsychiatrie. Kanner demeure attaché à la description *princeps*, typique de l'autisme infantile. Par la suite, Asperger sera opportunément exhumé par Lorna Wing pour circonscrire un syndrome moins sévère, sans atteinte déficitaire du langage, qu'il convient aujourd'hui de nommer syndrome d'Asperger-Wing. L'étrange concomitance des articles de l'un et de l'autre – tous deux autrichiens d'origine – est à mettre au compte de leurs collaborateurs ayant émigré dans les années 1930, en particulier Anni Weiss et Frankl<sup>266</sup>. Ces derniers ont travaillé à la fin des années 1920 et au début des années 1930 au sein du service viennois dont Asperger prendra la direction en 1935 à la suite de Lazar et de Brück, puis aux États-Unis, en lien avec Kanner.

L'utilisation de l'histoire de la psychiatrie compte ainsi beaucoup pour la discipline. Elle est encore aujourd'hui le théâtre de controverses et de conflits qui se déplacent du sein même de la psychiatrie vers son histoire. Ainsi peut-on comprendre l'importance croissante des journalistes et plus largement de la société civile dans la construction d'un savoir historiographique, très marquée par un activisme revendiqué. Autisme de l'enfant et schizophrénie s'opposent clairement avec Kanner, pourraient se rapprocher avec Asperger, mais finalement la reprise d'Asperger par Wing permet d'intégrer des aspects de la schizophrénie au sein de l'autisme. C'est *in fine* le champ des psychoses de l'enfant qui se voit contesté. La légitimité de l'entité de Kanner tient également à son approche scientifique

264 Kanner 1971b, 143.

265 Kanner 1971b, 140-141.

266 Voir notamment l'article de Frankl dans le même numéro de revue que l'article séminal de Kanner (Frankl 1943).

de suivi : les cas de 1943, qui ont été étudiés déjà depuis la fin des années 1930, deviennent une cohorte sur plus de trente ans. La pédopsychiatrie prend l'aspect d'une spécialité d'avenir, qui peut prétendre à une qualité scientifique prospective. Mais l'autisme de l'enfant en ce début de seconde moitié du 20<sup>e</sup> siècle, pour contribuer à autonomiser la discipline, n'en écrase pas pour autant la schizophrénie dont l'usage se développe au contraire fortement dans les années 1950-1960.

L'histoire de l'autisme étant marquée par ceux qui la font, elle devient un objet épistémologique, autrement dit un objet de connaissance conflictuel. En effet, ce n'est pas seulement l'autisme qui est l'objet de controverses mais également son histoire<sup>267</sup>. De la même manière que des points de vue divergents émergent non plus au sein de la communauté médicale, mais entre la communauté médicale et des acteurs extérieurs, l'histoire s'écrit notamment par des professionnels, non seulement en dehors du champ médical, mais le plus souvent impliqués personnellement en tant que parents d'enfants présentant un autisme. Il en résulte une histoire marquée par l'engagement associatif quand sa production n'est pas soutenue financièrement, c'est le cas en particulier dans le monde anglo-saxon par des organismes privés de type fondation<sup>268</sup>. Les débats et polémiques qui se déroulent classiquement sur le terrain de la science médicale et biologique se déplacent dès lors sur celui de l'historiographie.

267 Sinzelle/Craus 2020.

268 Pour exemple, le travail d'Adam Feinstein est soutenu par la Fondation Shirley, du nom de sa fondatrice Stephanie Shirley, femme d'affaires britannique dont le fils autiste est mort à l'âge de 35 ans (Feinstein 2010, 1).

## Chapitre 5

### L'expansion de la schizophrénie de l'enfant

Née dans les années 1920, en application à l'enfant de la schizophrénie de l'adulte décrite par Bleuler – après un mouvement similaire de la démence précoce de Kraepelin vers la démence précocissime de De Sanctis –, la schizophrénie de l'enfant se développe fortement au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale. Le *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*, revue médicale européenne, publie en 1945 un article du psychiatre suisse de Kreuzlingen, Binswanger, qui marque le point de départ d'une pleine reconnaissance de l'entité clinique et ancre son expansion durant les deux décennies suivantes. En effet, si la schizophrénie de l'enfant comprend des formes nettement psychotiques, il faut lui ajouter des formes larvées et celles pseudo-névrotiques de type polymorphe de la schizophrénie simple qui « échappent encore le plus souvent au diagnostic »<sup>269</sup>. L'article fait la synthèse des grandes contributions antérieures sur le sujet et ouvre la voie à une démultiplication des cas, faisant chacun l'objet d'une description minutieuse à partir de leur singularité psychopathologique et phénoménologique, au sens de Karl Jaspers.

Cette diffusion de la schizophrénie chez l'enfant prend une forme différente de part et d'autre de l'Atlantique. L'expansion américaine, incarnée par Bender, est considérable. En Europe, une certaine réticence cantonne la schizophrénie à des formes de psychoses particulières et garde la notion de psychoses de l'enfant en lieu et place de cette diffusion. L'apport de Margaret Mahler est autrement subtil. Évoquant la schizophrénie, elle préfère utiliser les psychoses de l'enfant en les scindant

269 Binswanger 1945, 50.

en deux groupes selon un critère génétique, autrement dit développemental. Autisme et psychose se retrouvent côte-à-côte sur une ligne temporelle de début des symptômes. Quelles sont les conséquences sur le plan thérapeutique d'une telle expansion de la schizophrénie de l'enfant ? Cet usage démultiplié ne va pas sans une forme de mésusage du diagnostic, thème qui appartient classiquement à l'histoire de la psychiatrie.

### L'expansion américaine autour de Laretta Bender

Laretta Bender donne sa définition de la schizophrénie de l'enfant dès 1942, dans la revue *Nervous child*, celle-là même qui publia le fameux article de Kanner sur l'autisme infantile. Elle confirme son point de vue dans un article publié en 1947 dans l'*American journal of orthopsychiatry*, basé sur l'étude clinique d'une centaine d'enfants suivis depuis la fin des années 1930 à l'Hôpital Bellevue de New York. Selon elle, cette pathologie signe un « coup porté »<sup>270</sup> à l'intégration et au profil de fonctionnement depuis le substrat neurobiologique jusqu'au comportement social.

Les troubles se déclinent selon l'âge de l'enfant atteint au départ et au fur et à mesure de son développement, mais il s'agit pourtant d'une même entité nosologique. Elle touche constamment l'identité, l'image du corps, concerne des problèmes de fonctionnement du corps, la relation à l'objet, la relation interpersonnelle, l'orientation dans le temps et l'espace, le sens du langage et génère finalement de l'angoisse. Bender donne une lecture marquée par des références psychanalytiques, en particulier trempée des conceptions de Klein. La schizophrénie infantile est comprise par le repérage de points de fixation qui sont en soi des étapes du développement normal. L'angoisse est un symptôme majeur, réactionnel à la menace que constitue pour la personnalité en construction le processus pathologique dans ses « effets disruptifs »<sup>271</sup>.

270 Elle utilise l'expression « *striking at* » (Bender 1947, 40).

271 Bender 1947, 51.

Que permet cette extension du champ pathologique ? Quelles sont les visées de cet élargissement considérable ? Sur le plan thérapeutique, cela conduit invariablement dans l'histoire de la psychiatrie à traiter des patients moins gravement atteints et donc à faire valoir des résultats thérapeutiques mécaniquement meilleurs. Sur le plan disciplinaire, l'élargissement amène à soutenir la continuité entre schizophrénie de l'enfant et schizophrénie de l'adulte<sup>272</sup>. Il conduit Bender à inclure dans sa conception des perspectives temporelles, autrement dit développementales, de la pathologie, jusqu'à faire de la schizophrénie un « phénomène évolutionnaire »<sup>273</sup>. Cette définition très large de la schizophrénie de l'enfant porte en elle un effet totalisant, au sens où elle emporte avec elle toute la pathologie des troubles relationnels graves. Toutefois, cela n'empêche pas une description clinique très précise, tant physique, c'est-à-dire pédiatrique, que psychique. Le développement moteur est scruté comme le ferait un neurologue, et les acquisitions concernant la propreté et le langage font l'objet de raffinements descriptifs très poussés. Le diagnostic est donc *total* aussi au sens où il abrite en son sein tous les éléments cliniques disponibles et recherchés.

Pourrait-on parler d'un point de vue ici vitaliste au sens où l'entend Canguilhem ? En effet, le profil de croissance des enfants schizophréniques est marqué par des expansions et des contractions, des accélérations et des régressions avec des configurations spécifiques que Bender s'efforce de décrire et de percer à jour. Point de chronologie linéaire, mais au contraire une circularité temporelle et une rythmicité qu'il faut savoir prendre en compte pour intervenir au moment propice.

### Prudences et critiques européennes

De nombreux auteurs européens tiennent une position critique vis-à-vis de cette large acception américaine. La création en 1954

272 Bender 1974, 291.

273 Bender 1971, 118.

de la Société européenne de pédopsychiatrie par Heuyer et le Suisse Tramer en est sans doute l'un des témoignages. Le psychiatre Cyrille Koupernik se plaint ainsi de la vision américaine :

Où faut-il s'arrêter, quand est-on en droit de parler de schizophrénie ou d'y penser ? Certains auteurs comme Bender ont la schizophrénie facile, pratiquement toute la psychiatrie infantile y passe, dès lors comment s'étonner que les résultats thérapeutiques paraissent bien supérieurs aux nôtres<sup>274</sup> ?

Un des grands auteurs européens, le Français Serge Lebovici, donne en 1949 une définition circonscrite des psychoses de l'enfant :

État démentiel chronique, caractérisé par l'absence de contact affectif avec la réalité, accompagné par des phénomènes spécifiques de régression et de dissociation<sup>275</sup>.

On retrouve la référence des classiques aux démences, une prise en compte de l'apport de Kanner concernant le contact affectif et le rapport à la réalité, ainsi que le terme de « phénomène » qui peut faire allusion à la tradition phénoménologique en psychiatrie. La régression s'entend du côté de la psychanalyse et du développement de l'enfant, tandis que la dissociation est directement rapportée à la schizophrénie bleulérienne.

Ce que nous qualifions de réticence européenne vis-à-vis de la position américaine pourrait évidemment s'entendre du côté politique, à savoir une indépendance parmi le bloc occidental à l'époque de la Guerre froide, une affirmation non alignée sur un point de vue atlantiste. Cette réserve n'est pas une opposition nette, ni une critique radicale. La position européenne reprend des références américaines mais en juge les excès. Sur un plan épistémologique, Américains et Européens montrent un socle commun et des divergences tout en nuance. Côté américain, on revendique une prise en compte conséquente de la biologie, du développement clinique de l'enfant, et finalement de la pédiatrie de l'enfant psychotique. Le point de vue psychanalytique

274 Koupernik 1960, 131.

275 Lebovici 1949, 332.

n'est pas en reste, qui se fonde sur des théories kleiniennes et non freudiennes. Côté européen, le point de vue psychopathologique est plus affirmé. L'analyse historique est systématique ; elle décline les auteurs les plus contributifs avec leurs œuvres cliniques les plus significatives. L'approche européenne se caractérise par une tentative de synthèse et de conclusion épistémologique dans le but de nourrir la réflexion contemporaine.

### Le point de vue génétique de Margaret Mahler

Margaret Mahler publie en 1968 aux États-Unis *Psychose infantile*, un ouvrage qui fait date dans l'utilisation de la notion de psychose de l'enfant. Ses théorisations impliquent la psychanalyse et l'observation directe et interactive des enfants, formant un apport épistémologique original. En effet, Mahler joue la proximité conceptuelle entre psychose et schizophrénie. Le terme de psychose permet, semble-t-il, de parler des enfants, sans référence à la psychiatrie de l'adulte, la schizophrénie étant connotée du côté de l'adulte. On pourrait ainsi utiliser plus facilement le terme de schizophrénie de l'enfant en évoquant les psychoses de l'enfant, mais le terme disparaissant, la notion tend à disparaître avec elle. Ce malentendu, ou cette ambiguïté, permet aux psychoses de l'enfant de prendre sous la plume de Mahler une place générale qui unifie le champ des troubles relationnels graves de l'enfant. Notons que celles-ci contiennent l'autisme infantile sans écraser le concept de Kanner pour lequel elle a le plus grand respect<sup>276</sup>.

Psychiatre et psychanalyste, Mahler se forme et exerce à Vienne jusqu'à son émigration aux États-Unis en 1938. Elle mène une brillante carrière universitaire, professeur de psychiatrie à l'Université médicale Albert Einstein et directrice de recherche au Masters Children Center à New York. Dans les débats qui opposent Klein et Anna Freud, elle se situe clairement du côté de cette dernière, qu'elle cite d'ailleurs régulièrement dans ses travaux. Elle conjugue l'observation de l'enfant normal et pathologique avec une théorisation psychanalytique et

276 Mahler 1982, 9.

développementale. Son point de vue génétique s'appuie toujours sur les relations entretenues entre l'enfant et son environnement (ses parents) et prises dans le développement réel des capacités de l'enfant. Les processus de maturation physiques et psychiques sont donc directement pris en compte.

L'ouvrage de Mahler, *Psychose infantile. Symbiose humaine et individuation*, étudie la psychose infantile et l'autisme infantile considérés dans un même champ pathologique à des degrés et des âges de sévérité différents. En fait, sa théorie s'appuie sur des observations cliniques qui, à l'opposé de celles de Kanner, l'ont persuadée de l'existence de la schizophrénie chez l'enfant comme « incapacité à établir des relations d'objet significatives, à avoir une interaction significative avec d'autres êtres humains »<sup>277</sup>. Sa position de départ est donc de reconnaître la notion de schizophrénie pour évoquer les psychoses de l'enfant dont elle propose une théorie qui englobe l'autisme infantile en introduisant la distinction d'un autisme primaire et d'un autisme secondaire. Autisme secondaire sur le plan chronologique (il apparaît secondairement), et sur le plan logique (il survient comme mécanisme de défense à l'échec du processus de séparation-individuation). Ainsi, pour Mahler, s'opposent la psychose autistique et la psychose symbiotique.

La marque de celle-ci consiste à centrer le regard sur le développement du psychisme de l'enfant à travers ses relations premières. Ce point de vue génétique repose sur une définition de la symbiose humaine et sur la description des étapes construisant un processus d'individuation de la personne. Mahler s'appuie à la fois sur un matériel d'observation d'enfants sans difficulté dont elle suit le développement *in statu nascendi*, et sur des tableaux et des histoires cliniques présentant une atteinte grave de leurs modalités relationnelles. Elle fait appel aux travaux de Kanner, qu'elle considère en maître, et se situe à la fois dans une forme de prolongement de ceux-ci et en opposition concernant l'autisme infantile précoce. Selon elle, il existe un autisme normal, conçu comme étape du développement, tout comme une symbiose normale. Ce sont les vicissitudes de ces étapes-clé qui feront le lit des différentes formes de psychose survenant à différents moments de la vie, y compris uniquement

à l'âge adulte. Par contre, la schizophrénie, et plus largement la psychose, sont des états toujours pathologiques.

Puisqu'il s'agit d'une théorie qui scrute le développement interactif et relationnel de l'enfant avec ses parents, il est intéressant de chercher la position précise de Mahler sur la place des parents. Bender évoque le psychisme parental atteint secondairement par leur enfant malade. Mahler prend position dans la controverse en refusant l'opposition entre causalité constitutionnelle et causalité éducationnelle. Elle préfère penser ce problème « en termes de séries complémentaires » (renvoyant au terme allemand *Ergänzungsreihe*)<sup>278</sup>. Pour bien se faire comprendre, Mahler envisage deux situations à l'opposé. La première concernerait un enfant ayant subi un traumatisme grave et qui, malgré une constitution relativement forte, malgré un environnement adapté et étayant qui perdrait alors « son pouvoir de catalyseur et d'amortissage »<sup>279</sup>, souffrirait en conséquence d'une maladie psychotique. La seconde envisage un nourrisson affecté d'une prédisposition vulnérable ne permettant pas à un « maternage normal » de « remédier au défaut inné d'utilisation catalysante, amortissante et polarisatrice de l'objet humain d'amour »<sup>280</sup>. L'un dans l'autre, les soins consisteront à réparer et à corriger, en proposant un substitut maternel pour retraverser les phases symbiotiques et d'individuation, « contribuant à intégrer l'image du corps et à affermir les bases de l'identité »<sup>281</sup>. Les parents ne sont donc pas impliqués en tant que source du problème mais participent à son traitement.

### Extension et traitement

La grande promotrice de la schizophrénie de l'enfant, l'Américaine Despert, relie la curabilité de la maladie à la précocité du diagnostic et donc à son étendue épistémologique. Elle écrit en exergue de son ouvrage majeur : « Un des problèmes

278 Mahler 1982, 55.

279 Mahler 1982, 55.

280 Mahler 1982, 55.

281 Mahler 1982, 55.

majeurs de la schizophrénie infantile est son dépistage trop tardif qui compromet toute thérapie ».<sup>282</sup>

L'expansion diagnostique ouvre à des expérimentations thérapeutiques à grande échelle. Si la psychothérapie demeure la pierre angulaire dans les années 1950-1960, elle s'associe au traitement médicamenteux avec, là encore, des applications de la psychiatrie de l'adulte vers l'enfant. On retrouve les cures de Manfred Sakel (insulinothérapie), les premiers neuroleptiques et autres chimiothérapies. Les traitements dits fonctionnels, de type électrochoc et psychochirurgie, sont également employés sur des indications particulières liées à des états aggravés<sup>283</sup>. Despert différencie trois groupes de schizophrénie de l'enfant selon le mode d'installation : aigu, insidieux et insidieux puis aigu. Elle distingue une prophylaxie immédiate et une prophylaxie à long terme afin d'éviter que le processus morbide ne poursuive ses effets. Il ne s'agit donc pas tant de retrouver un état antérieur sain que d'arrêter le procès pathologique afin que le développement puisse se poursuivre. Despert recommande un dépistage précoce et se tient donc prête à poser des diagnostics de schizophrénie chez le très jeune enfant.

Elle observe en 1958 deux mouvements opposés dans le domaine des troubles relationnels graves de l'enfant. Selon elle,

il existe une tendance à rassembler les psychoses de la petite enfance qui peuvent représenter différents processus morbides ou à les distinguer en fonction de concepts dont l'application clinique fait problème<sup>284</sup>.

Chantre d'une vision élargie de la schizophrénie de l'enfant, elle considère que toutes les psychoses sont pourvoyeuses de défenses autistiques. L'autisme infantile *stricto sensu* vaut pour les critères édictés par Kanner. La schizophrénie se définit par la perte de contact affectif avec la réalité et une pensée autistique. Sont à considérer spécifiquement les psychoses avec retard de développement ou performance intellectuelle inférieure. Dans une autre catégorie à forte détermination somatique,

282 Despert 1978.

283 Michaux 1957.

284 Despert 1978, 215-216.

on retrouve des formes dégénératives ou organiques et épileptiques. Avec un diagnostic commun, le traitement proposé se décline selon la prévalence de tel ou tel symptôme ; globalement, cependant, les principes de traitement sont identiques.

### Usages et mésusages du diagnostic

Les deux congrès mondiaux de psychiatrie générale, le premier à Paris en 1950 sous la direction d'Ey, le deuxième à Zurich en 1957 sous celle de Manfred Bleuler, fils d'Eugen Bleuler, voient une démultiplication de l'intérêt porté à la schizophrénie chez l'adulte et chez l'enfant. Robert-Michel Palem, psychiatre historien proche d'Ey, en commente le programme et raconte les coulisses de ce genre de rassemblement professionnel aux multiples enjeux et ramifications. Le premier Congrès mondial de psychiatrie traite en abondance des thérapeutiques employées pour traiter les psychoses schizophréniques mais peu du plan clinique. En fait, « on traite prioritairement de la question des Délires, genre dont les Schizophrénies ne sauraient être que des espèces »<sup>285</sup>. C'est le point de vue d'Ey selon lequel cette question doit être abordée à partir de l'histoire de la psychiatrie. Les rencontres internationales génèrent naturellement des préoccupations taxinomiques croissantes. Situé dans la ville d'exercice de Bleuler et présidé par son fils, le deuxième congrès cible les schizophrénies. Parmi les 20 séances plénières, les 40 séances de section et les 400 communications, une centaine d'orateurs traitent du sujet. En l'abordant sous un angle épistémologique avec le problème de sa définition et de sa délimitation nosographique, Ey tente une étude dialectique, entre « unité et diversité »<sup>286</sup>.

Dans un premier temps, on peut penser qu'un diagnostic psychiatrique ouvre la possibilité de soigner et de protéger. L'asile n'est-il pas d'abord un refuge ? La mise à l'abri contient en tout cas un retrait qui peut avoir pour vertu de soustraire à l'exclusion mais qui en l'état ne permet pas la réintégration sociale ou l'inclusion (ces derniers termes sont d'ailleurs apparus

285 Palem 2000, 19.

286 Ey 1959.

récemment dans le vocabulaire psychiatrique, à partir des années 2010). Fort d'une vision sociétale et politique, Heuyer veut développer un nouveau champ médical pour éviter la récidive et la prison. La pédopsychiatrie doit participer activement à prévenir la délinquance (voir chapitre 1). Plus largement, en sortant de sa pratique strictement asilaire pour investir progressivement tous les lieux de vie de la population, la psychiatrie se voit confier des missions de prévention et d'intervention précoce : école, association, tribunal et travail, intégrant des objectifs de santé publique.

L'expansion du diagnostic de schizophrénie comprend, dans ses excès, une utilisation détournée des considérations médicales. L'exemple le plus souvent cité est le cas de la psychiatrie soviétique dont on connaît les cas d'internement abusif à partir de diagnostics follement élargis de schizophrénie. Walter Reich est une des grandes figures de la psychiatrie qui a dénoncé ces pratiques dans les années 1970 (voir chapitre 10). Parmi les abus on déplore des internements arbitraires fondés sur de faux diagnostics de maladie mentale (schizophrénie torpide), des placements en milieu particulièrement agité, des prescriptions sans indication de doses excessives de neuroleptiques, des défauts de prescription de correcteurs antiparkinsoniens<sup>287</sup>. Tous ces méfaits sont assimilés à des actes de torture. Les organisations internationales de psychiatrie condamnent et décident au congrès d'Honolulu d'exclure l'Union soviétique des instances internationales psychiatriques en 1977.

Sans aller jusque-là, le diagnostic de schizophrénie porte en lui un effet stigmatisant. S'y associent l'idée d'une radicale étrangeté et avec elle une difficulté à éprouver de l'empathie ou à s'identifier à leur souffrance, ainsi qu'une incurabilité et avec elle un pronostic sombre. Ces patients rencontrent en outre bien souvent des difficultés socio-économiques en raison de leur manque d'insertion et d'un accès à l'emploi très entravé. Cumulant les obstacles, ils virent dans la précarité et bientôt l'exclusion. Le diagnostic s'est étendu jusqu'à comprendre des formes dites simples permettant un diagnostic facile, avec un nombre de critères moins importants à réunir. De forme simple,

287 Kammerer 1977.

il s'agirait en fait de formes frustes, dont la pauvreté clinique est telle qu'elle rend le clinicien bien paresseux. On voit bien à quel point cette extension ouvre la voie à de nombreux abus, en dehors des principes déontologiques.

La schizophrénie de l'enfant s'étend dans les années 1950-1960 et développe en fait la notion de psychose chez l'enfant en Europe. Reste à savoir précisément si cette extension vaut dans la même mesure chez l'adulte durant cette période. Une comparaison serait intéressante, car elle permettrait de compléter l'étude des liens complexes entre psychiatrie de l'adulte et psychiatrie de l'enfant. Nous pouvons néanmoins supputer, ne serait-ce qu'à partir des déclarations internationales aux congrès mondiaux de psychiatrie, que l'extension fut également intempestive chez l'adulte. Cet excès chez l'enfant annonce le déclin puis la fin de la schizophrénie de l'enfant, ce qui n'a pas été le cas, tant s'en faut, chez l'adulte.

À la fin des années 1960 paraît la deuxième version de la classification américaine, le DSM-II. Kanner, on l'a dit, se plaint de ne pas y trouver la pathologie qu'il a décrite en 1943 :

Le message cependant n'a pas atteint les concepteurs du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de 1968 (DSM-II) adopté par l'association américaine de psychiatrie. Il s'agit d'un vaste système de codes dans lequel l'autisme n'est pas intégré. Les enfants qui en sont affectés n'ont que l'item diagnostique 295.80, schizophrénie de type infantile, comme entrée pathologique disponible<sup>288</sup>.

Il lui faudra attendre 1980, un an avant sa mort, pour que le DSM intègre son diagnostic, sans toutefois en faire une catégorie en chapeau comme a pu l'être la schizophrénie dès cette époque.

L'expansion de la schizophrénie de l'enfant a montré ses limites et contrarie l'autonomisation d'une nouvelle discipline. Fallait-il dès lors trouver ou prendre une autre conception ? Est-ce que ce tout-schizophrénie préfigure un tout-autisme ultérieur ? Les psychoses de l'enfant semblent en tout cas avoir bénéficié tant de ce plein essor que de ses excès.

288 Kanner 1971b, 141.

## Chapitre 6

### **Des psychoses de l'enfant, à la française**

Il est facilement reproché aux psychoses de l'enfant de représenter une survivance strictement française, ou à tout le moins francophone, sur la scène internationale et de correspondre à une conception confondue avec le champ doctrinal psychanalytique, tel qu'il s'est largement développé en France à partir des années 1950. Ces reproches sont-ils justifiés ? Dans quelles mesures peut-on identifier, au sein de l'épistémologie psychiatrique des psychoses de l'enfant, un certain style français ?

#### **Mise au point française**

L'année 1948 marque la reprise des échanges scientifiques internationaux après la Deuxième Guerre mondiale. Se tiennent ainsi à Londres différents congrès intéressant la psychiatrie et la psychologie : XII<sup>e</sup> Congrès international de psychologie, II<sup>e</sup> Congrès international de psychiatrie infantile, III<sup>e</sup> Congrès international d'hygiène mentale, pour n'en citer que quelques-uns. Suivra en 1950 le premier Congrès mondial de psychiatrie, organisé par Ey à Paris.

Dans cette reprise des recherches psychiatriques, le champ de la psychanalyse se développe en France à partir des émulations de la Société psychanalytique de Paris (SPP), fondée en 1926 et emmenée par Sacha Nacht et Marie Bonaparte. La création de l'Institut de psychanalyse en 1954, organe de la SPP, reflète le couronnement de l'essor de la psychanalyse en France après-guerre. Certes un institut avait bien été fondé dès 1935 par Bonaparte elle-même, mais cette initiative s'était

rapidement interrompue dans les affres de la montée des périls totalitaires des années 1930<sup>289</sup>. L'institut ouvre ses portes dans les suites d'une scission institutionnelle qui voit en 1953 un certain nombre des membres de la SPP la quitter pour former une nouvelle association, la Société française de psychanalyse. Un communiqué de la *Revue française de psychanalyse* mentionne que l'Association psychanalytique internationale reconnaît uniquement la SPP et son institut de formation comme légitimes pour valider un cursus de formation. La rédaction prendra même la peine d'annoter le discours du ministre de l'Éducation nationale représenté pour l'inauguration en rappelant la primauté de l'Institut sur les enseignants de la Faculté de médecine de Paris qui auraient fait sécession : « Seul l'Institut de psychanalyse inauguré aujourd'hui est reconnu par l'Association psychanalytique internationale comme organisme d'enseignement de la psychanalyse (N.D.L.R.) »<sup>290</sup>

Précision précieuse pour départager l'implantation effervescente de la psychanalyse en France.

### Une accumulation de publications à la fin des années 1950 et durant les années 1960

Dès l'installation de l'organe officiel de formation de la société de psychanalyse, la psychiatrie de l'enfant est un objet de première attention des psychanalystes. Jean Favreau, se référant à Lebovici et à son exercice pédopsychiatrique à l'Hôpital Henri-Rousselle, tente d'éclairer dès 1954 la relation parents-enfants à partir de considérations psychanalytiques<sup>291</sup>. Cependant, face à ces développements nombreux, les ténors de la société psychanalytique débattent pour décider dans quelles mesures délimiter les pathologies et les cas qui relèvent rigoureusement de cette technique psychothérapique<sup>292</sup>.

289 Nacht 1954, 166.

290 Marie 1954, 172.

291 Favreau 1954.

292 Nacht/Lebovici 1955.

Le groupe nosologique des psychoses de l'enfant est l'objet de multiples études dès le milieu des années 1950 et ne quittera plus le champ nosographique pédopsychiatrique en France. Trois principaux auteurs sont nés autour de la Première Guerre mondiale : René Diatkine, Julian de Ajuriaguerra et Lebovici, auxquels il faut ajouter Roger Misès. Leurs publications paraissent dans les principales revues françaises : psychiatriques (*L'Évolution psychiatrique*, fondée en 1925), psychanalytiques (*Revue française de psychanalyse*, née en 1927) et pédopsychiatriques (*Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1953 et *La Psychiatrie de l'enfant*, 1958).

1956 marque le point de départ de la reconnaissance des psychoses infantiles avec la parution dans *L'Évolution psychiatrique* d'un article de Lebovici qui analyse le cas d'un garçon de 9 ans, Samy, vivant à Paris de parents américains. Cette « observation de psychose infantile » est autant une étude clinique qu'une analyse psychanalytique des « mécanismes de défense » d'une instance psychique désigné comme « le Moi »<sup>293</sup>. Les psychanalystes s'intéressent alors à l'étude des psychoses avec un intérêt spécial pour l'enfant ; il s'agirait de pouvoir remonter à l'origine de la structuration de l'état psychotique. Si « les apports psychanalytiques s'intègrent aux études psychiatriques », c'est pour les renouveler « non sans heurts et difficultés réciproques »<sup>294</sup>. À côté d'une conception purement psychogénétique de la névrose, et de l'opposition classique entre psychose et névrose, Lebovici oriente sa recherche du côté d'une « étude structurale du Moi » des malades. La référence à la schizophrénie de Bleuler permet de poursuivre l'ambition de la psychanalyse de s'attaquer également à l'élucidation des psychoses. La clinique de l'enfant psychotique décrit l'angoisse ressentie et détermine ce qui permet de l'endiguer. « La structure psychotique est elle-même élaboration contre l'angoisse. »<sup>295</sup> Au clinicien d'identifier le « processus défensif qui éloigne l'angoisse destructrice »<sup>296</sup>.

293 Lebovici 1956.

294 Lebovici 1956, 843.

295 Lebovici 1956, 853.

296 Lebovici 1956, 859.

La même année, Ajuriaguerra et Diatkine tentent d'associer neurobiologie et psychanalyse au sein d'un ouvrage coordonné par Nacht afin de brosser le portrait d'une *Psychanalyse d'aujourd'hui*<sup>297</sup>. On y lit un effort de modernité afin de relier le développement prépondérant de la psychanalyse des années 1950 aux autres champs de la recherche médicale. S'y trouve déployé le développement de l'enfant dès la naissance à partir des données de l'observation directe qui, associé aux notions de pulsion et de moi dans la théorie psychanalytique, conduit à mieux comprendre la genèse des premières relations que noue le bébé avec son entourage. Sont passés par là les travaux sur l'hospitalisme et le développement du bébé de René Spitz, un autre Européen émigré à New York<sup>298</sup>.

Avant d'aborder la question que constitue le groupe des psychoses de l'enfant pour les auteurs français de la période, il est utile de procéder à une comparaison à grands traits de deux articles de l'*Encyclopédie médico-chirurgicale* (EMC) qui traitent directement et amplement du sujet à dix ans d'intervalle (en 1959 et en 1970) par deux auteurs majeurs, Diatkine et Misès. Pour ce faire, il faut avoir à l'esprit ce que représente l'EMC pour le champ médical. Une conférence donnée par Georges Lantéri-Laura en 1987 étudie la place importante de ce périodique dans le champ des publications médicales en général et de la psychiatrie en particulier<sup>299</sup>.

D'emblée la différence de titre entre les deux publications interpelle<sup>300</sup>. Diatkine traite du thème des « Psychoses infantiles » tandis que Misès synthétise la question des « Psychoses de l'enfant »<sup>301</sup>. Au-delà de cette différence dénominative, les deux textes se distinguent dans leur principe. Est-ce dû à la nécessité de renouveler uniquement l'approche psychopathologique et thérapeutique ? La publication de 1959 évoque

le groupe des psychoses infantiles et propose une définition prudente à savoir une « perturbation massive des relations avec l'entourage, sans atteinte cérébrale (syndrome neurologique, arrêt du développement) »<sup>302</sup>, à laquelle participent des facteurs psychologiques – ce qui ouvre la voie à un abord psychothérapeutique, et des facteurs organiques – qu'ils soient précisément identifiés, simplement hypothétiques ou probables. Diatkine admet cependant des limites mal définies et tente à travers l'article de répondre à cette critique. La dénomination semble correspondre à une appellation latine, opposée aux usages des pays de culture germanique ou anglo-saxonne qui préfère la notion de schizophrénie infantile. La publication de 1970 met d'abord en avant la « divergence des opinions »<sup>303</sup>. Le débat commence dès la question de l'âge limite, impossible pour les auteurs à régler. Tout au plus vont-ils jusqu'à l'âge de 12 ans, conscients de la difficulté des chevauchements inexorables avec la schizophrénie, comme si d'une certaine façon l'une devait nécessairement exclure l'autre. Cependant, l'article souligne la pertinence de circonscrire un groupe nosographique aux « traits particuliers d'organisations pathologiques » (notons le pluriel de la formule), d'où son « aspect original »<sup>304</sup>.

Les deux publications font large place aux données historiques. Rien là d'étonnant pour l'EMC qui non seulement actualise une question médicale à destination des praticiens, mais en donne aussi par son caractère justement encyclopédique toute la profondeur historiographique. La spécialité psychiatrique fait l'objet de plusieurs mises au point qui forment toutes ensemble un véritable traité. Cependant, Diatkine déploie d'une part une histoire temporelle en alignant chronologiquement Kraepelin, Eugen Bleuler, l'avènement de la psychanalyse, l'attention portée au bébé, aux soins précoces et à la prévention, Klein, Anna Freud, Spitz et, d'autre part, une histoire géographique dans une opposition entre ancien et nouveau continent, Europe *versus* États-Unis. Misès, quant à lui, avance

297 De Ajuriaguerra/Diatkine/Badaracco 1956.

298 Voir Spitz 1954.

299 Le texte de la conférence, inédit, a été retranscrit dans un article d'Emmanuel Delille publié dans la *Revue d'histoire des sciences* (Delille 2017a).

300 Nous renvoyons à notre propos liminaire qui pose d'emblée le choix dénominatif du regroupement des psychoses de l'enfant.

301 Misès/Moniot 1970 ; Diatkine/Stein/Kalmanson 1959.

302 Diatkine/Stein/Kalmanson 1959, 1.

303 Misès/Moniot 1970, 1.

304 Misès/Moniot 1970, 1.

une histoire conceptuelle. À travers une frise certes chronologique, c'est en fait « l'émergence du concept de psychose »<sup>305</sup> qui l'intéresse : Paul Moreau de Tours, De Sanctis, Heller, Bleuler ; la période des années 1930-1940 ; et ce qu'il appelle la modernité à partir de 1937 avec Despert, Kanner (1943) et Mahler (1952).

Enfin, tandis que l'article de Diatkine s'attache à définir et à décrire le plus précisément possible les formes cliniques des psychoses chez l'enfant, celui de Misès se passe tout simplement de descriptions cliniques. Tout attaché à circonscrire son objet, Misès ne propose aucun chapitre dédié à la clinique :

Tel est le problème essentiel qui nous est posé aujourd'hui : celui de la délimitation du cadre et des critères spécifiques, préalable évident à toute description dans la mesure où la clinique n'est que le reflet des conceptions psychopathologiques sous-jacentes<sup>306</sup>.

La sémiologie détaille au contraire en 1959 la clinique à l'aide d'une classification par tranche d'âge (la période 5-12 ans, avant et après), puis par degrés de sévérité (états psychotiques *versus* états prépsychotiques). Manifestement, Misès ne prétend pas la renouveler. Plus encore la sémiologie clinique apparaît tenir une place secondaire chez lui vis-à-vis de la détermination des facteurs mis en cause, dont la juxtaposition et les tentatives de mises en lien qui correspondent à autant de théorisations constituent le chapitre de la psychopathologie. La démultiplication du champ théorique aura pris la place du souci strictement clinique dans la démarche de connaissance. Ce qui aura été à chaque époque en médecine une tension entre l'observation et l'explication, entre le diagnostic et l'étiologie, semble s'évaporer au cours des années 1960 pour aboutir à une approche purement théorique.

305 Misès/Moniot 1970, 1.

306 Misès/Moniot 1970, 3.

## Un problème nosologique

Misès propose en 1968, après une étude conceptuelle exposée en 1966 et avant une tentative de synthèse dans l'EMC en 1970, un projet de classification des psychoses de l'enfant, une fois formulés les « problèmes nosologiques »<sup>307</sup> qui s'y attachent. En fait, l'ensemble des questions d'ordre épistémologique ainsi soulevées pose globalement les psychoses de l'enfant comme un vaste problème nosologique.

La première difficulté rencontrée, classique et consubstantielle à toute individualisation nosographique au sein d'un vaste ensemble classificatoire, est la délimitation du regroupement nosologique. Naviguant entre deux écueils – trop restrictif ou trop extensif – le nosographe s'appuie sur des arguments cliniques, théoriques, pathogéniques et évolutifs. La psychiatrie de l'enfant souffre d'une comparaison sur ce point avec la psychiatrie de l'adulte dans laquelle les syndromes morbides fondamentaux sont assurés. De la même manière, l'histoire évolutive de la maladie chez l'adulte oriente le diagnostic. Dès l'origine de la psychiatrie moderne, Kraepelin, s'appuyant sur les travaux de Karl Ludwig Kahlbaum et de Jules Falret, fait du cours naturel du tableau clinique un critère diagnostique en soi. Autrement dit, « le pronostic détermine le diagnostic »<sup>308</sup>. Or, chez l'enfant, les potentialités évolutives sont « infiniment variées »<sup>309</sup>. Difficiles donc à décrire, à schématiser et à regrouper selon des critères communs, elles ne peuvent servir de base à la classification des psychoses de l'enfant. Au contraire, le psychiatre de l'enfant a « recours à un diagnostic d'attente »<sup>310</sup>, à cause de l'influence des facteurs vécus.

Attentif à cette question des limites du cadre nosographique, Misès évoque la création des concepts limites qui tentent de contourner le problème : prépsychose, dysharmonie évolutive, cas-limite, pour ne citer que quelques exemples. On peut alors craindre avec ce contournement un risque de confusion, par

307 Misès 1968.

308 Haustgen/Sinzelle 2010, 719.

309 Misès 1968, 494.

310 Misès 1968, 494.

extension du groupe jusqu'à des formes très éloignées du cœur du regroupement nosographique. Cependant, on peut se demander si c'est une manière de franchir les frontières ou plutôt au contraire de les dessiner précisément par des formes frontières<sup>311</sup>. Une autre crainte étreint Misès, celle du retour à une tendance antinosographique, qui est d'ores et déjà un de ses combats<sup>312</sup>. Le risque serait alors de transformer la psychose en mécanisme psychopathologique ou en un simple moment évolutif. Or, Misès tient à l'idée de psychose de l'enfant comme champ nosographique. Que le sens n'en soit pas très bien fixé, comme le note André Lalande dans son classique *Vocabulaire de la philosophie*<sup>313</sup>, et que les théories sous-jacentes tentant d'en rendre compte soient diverses, l'entreprise d'étudier les psychoses de l'enfant tendra vers une différenciation vis-à-vis d'autres diagnostics au sein du corpus classificatoire. Extirper les psychoses de l'enfant de la déficience consistera aussi à révéler les capacités de ces enfants en étudiant leur « organisation intellectuelle »<sup>314</sup> et plus globalement leurs manières de penser.

Afin de reconnaître l'originalité des psychoses de l'enfant, deux écueils sont à éviter : la « volatilisisation du concept »<sup>315</sup> – que Misès craint par la multiplication des formes frontières – et la rupture avec la psychiatrie de l'adulte – afin que le terme de psychose appliqué à l'enfant garde son sens. La gravité et l'évolutivité des symptômes doivent rester concordantes avec la psychose de l'adulte, même s'il existe des « éléments d'appréciation » spécifiques pour l'enfant. Si la fameuse question de l'âge limite est avancée à une dizaine d'années, elle n'est pas absolue. L'originalité des formes de psychose de l'enfant ne conduit pas cependant à une « césure aussi rigide »<sup>316</sup> des formes de psychoses entre les âges.

311 Lang 1978.

312 Nous retrouverons cette motivation dans la création d'une classification française.

313 Lalande 1997, 859.

314 De Ajuriaguerra *et al.* 1970.

315 Misès 1968, 494.

316 Misès 1968, 495.

Si l'on ne détermine pas de limites aux psychoses de l'enfant dans la symptomatologie superficielle ou dans l'étiologie, alors ce champ risque de s'élargir à « tout trouble relationnel de l'enfant dans une perspective anti nosologique, d'ailleurs volontiers affirmée »<sup>317</sup>. Selon Misès, quelle que soit la formule choisie, la psychose renvoie obligatoirement à une organisation chronique qui tend à se refermer sur un monde autistique. Les formes frontières avec le champ des névroses ou des troubles caractériels prennent des vocables divers – schizoïdie, prépsychose, dysharmonie évolutive, cas-limite. Cette clinique nuancée s'opposerait en fait aux exigences de la nosographie. Ainsi rejette-t-il le terme de prépsychose, pour la raison qu'il ne renvoie pas un état antérieur à une psychose avérée<sup>318</sup>.

Misès reconnaît toutefois la difficulté et la nécessité de ne pas précipiter ni forcer le diagnostic. Des formes « d'attente »<sup>319</sup> sont permises, mais à condition de les placer en dehors du cadre des psychoses, afin d'éviter une extension trop forte du champ. Les limites avec les pathologies déficitaires sont clairement établies et correspondent à une distinction originelle, puisque les psychoses de l'enfant sont apparues à la faveur du démembrement des arriérations mentales de l'enfance<sup>320</sup>. Finalement, Misès souligne la « précarité et les contradictions »<sup>321</sup> des connaissances sur la pathologie mentale grave de l'enfance. Ceci rend particulièrement difficile, bien que nécessaire, un essai de synthèse nosologique.

### L'art de la synthèse

Les écrits de Misès et d'Ajuriaguerra peuvent être considérés comme fondateurs pour la pensée des cliniciens français concernant les psychoses de l'enfant. En 1968, Misès propose à ses

317 Misès 1968, 507.

318 Nous reprendrons cette discussion nosologique avec l'inventeur du terme, René Diatkine.

319 Misès 1968, 494.

320 Voir Gineste 2004.

321 Misès 1968, 510-511.

collègues un essai de synthèse, dans un champ nosologique problématique parcouru d'écarts, de tensions et de superpositions. Pour y voir plus clair, et avant de tenter de les réconcilier, il distingue deux courants opposés, l'un classique et l'autre moderne. D'un côté, nous retrouvons la psychiatrie générale traditionnelle, restrictive, centrée sur l'application de la schizophrénie à l'enfant : c'est le règne de la schizophrénie infantile. De l'autre, un courant moderne, à tout le moins contemporain de la génération de Misès, propose d'ouvrir le champ à différentes extensions. Aboutissant à un tableau clinique extrêmement polymorphe, ce second courant se désintéresse absolument du premier, au risque de la volatilisation et *in fine* d'une dissolution du « concept de psychose de l'enfant »<sup>322</sup>. C'est à cet écueil du renouvellement qui emporterait tout sur son passage que Misès entend résister en proposant un nouage original du classique et du moderne. Toute tentative d'accaparement de l'un ou de l'autre est rejetée ; Misès n'hésite pas à renvoyer dos-à-dos les deux excès, l'un trop restrictif et l'autre trop extensif.

Il est bien naturel de commencer par établir ce qu'une tradition psychiatrique aurait à professer du côté des psychoses de l'enfant. Elle pourrait d'ailleurs se résumer à un vocable : schizophrénie de l'enfant. Les premières traces en sont classiquement retrouvées par le biais de l'ancêtre nosologique de la schizophrénie de Bleuler, à savoir la démence précoce de Kraepelin. La démence précocissime de « Sancte [sic] de Sanctis »<sup>323</sup> est décrite comme le calque pour l'enfant de la démence précoce de Kraepelin, avec son processus spécifique, la démentisation (*Verblödung*). Cette clinique classique autorise diverses variétés, y compris certaines plus spécifiques à l'enfant, tel le délire de rêverie<sup>324</sup>. Certains problèmes sont particulièrement prégnants concernant cette application à l'enfant.

322 Misès 1966.

323 Cette graphie erronée du prénom (Sante) de ce médecin italien se retrouve dans de nombreux articles et comptes-rendus en langue française depuis l'étude d'Edmond Aubry (Aubry 1910).

324 Cette conjugaison du délire (pathologique) et de la rêverie (normale), pour originale qu'elle soit, s'expliquera peut-être par la rareté des symptômes psychotiques classiques chez l'enfant (délire, hallucination) (voir chapitre 8).

Pour évoquer une désorganisation, une dissociation, voire une régression du fonctionnement mental, encore faut-il qu'une certaine organisation psychique ait eu le temps de s'instaurer et pu suffisamment se développer. Une autre nécessité apparaît classiquement, celle de l'absence d'organicité de la schizophrénie. En cas d'organicité retrouvée, on évoque plus volontiers les diagnostics d'encéphalopathies évolutives ou de démence infantile, de type schizophréniforme au besoin si la symptomatologie évoque le tableau schizophrénique. Dans cette grande pureté caractéristique, la schizophrénie de l'enfant s'avère finalement rare. À elle, il faut ajouter les autres formes de psychoses classiques de l'adulte qu'il faudrait appliquer à l'enfant, à savoir la psychose maniaco-dépressive et les délires chroniques. Cependant, Misès s'en remet à l'opinion majoritaire de ses confrères pédopsychiatres. Cette ressemblance n'est que « superficielle »<sup>325</sup> et ne permet pas de poser le diagnostic issu de la psychiatrie générale. La formule « psychoses à type de » semble plus appropriée, car elle dénote la ressemblance sans risque de confusion.

La démence de Heller, entité associée à la clinique classique, est renvoyée en 1968 soit à la schizophrénie soit à une démence organique schizophréniforme. Notons qu'il y a redondance à qualifier une démence d'organique. Les formes aiguës chez l'enfant suscitent une prudence et une certaine méfiance. Il s'agit en effet *a priori* d'une question pédiatrique qui, si elle ne trouve de réponses diagnostiques et thérapeutiques satisfaisantes, ressortit alors à la psychiatrie. C'est le lot des encéphalites et autres encéphalopathies. Autrement, la question des constitutions et celle du caractère chez l'enfant tiennent de la tradition psychiatrique (voir chapitre 8). Curieusement, Misès qualifie cet abord de la clinique d'antinosographique, preuve que pour lui l'antinosographisme n'est pas l'apanage du courant moderne analysé plus loin. En effet, les enfants paranoïaques ou schizoïdes regroupent selon lui pêle-mêle névrosés, psychotiques et variants de la normale. Cependant, cette catégorisation ternaire, tout en n'étant pas une création des années 1950-1960,

325 Misès évoque la « symptomatologie superficielle » des auteurs classiques (Misès 1968, 497).

n'en constitue pas moins une toile de fond. Plus justement, il s'agit donc d'une autre nosographie qui se démarque de la distinction fameuse névrose-psychose. L'accord tient à reconnaître dans tous ces abords des organisations pathologiques précoces.

La tradition clinique permet enfin d'exclure très clairement les diagnostics différentiels que sont les arriérations mentales, les démences, les névroses et les troubles du caractère. Elle aurait même eu un avantage qu'elle n'a pas permis à la psychiatrie de l'adulte. Et Misès de conclure :

Comme on le voit, contrairement à ce qui est advenu pour la schizophrénie de Bleuler chez l'adulte, la schizophrénie de l'enfant constitue un concept restrictif qui ne déborde pas classiquement du côté des états morbides à expression névrotique ou caractérielle<sup>326</sup>.

Mais pourquoi les travers de la psychiatrie classique à l'endroit de l'adulte n'auraient-ils pas gagné la psychiatrie de l'enfant ? Misès ne donne pas d'élément de réponse sur ce point. Nous pouvons avancer l'hypothèse selon laquelle la connotation du côté de la psychiatrie de l'adulte du terme de schizophrénie crée *ipso facto* un effet de contraste entre schizophrénie et enfant, qui interdit toute extrapolation de la définition de la schizophrénie chez l'enfant. Pour ainsi dire, la notion de schizophrénie n'est pas à son aise chez l'enfant et reste ainsi à l'étroit de son origine. À concevoir une schizophrénie de l'enfant élargie, le saut épistémologique serait double.

Dans cet essai de synthèse, le concept moderne de psychose s'élabore progressivement en s'appuyant sur la psychiatrie classique, qui aura permis d'imposer des limites, et en réagissant à l'excès de ces restrictions. En quoi consiste cette modernité, dont les hypothèses et les théories, elles-mêmes variées, vont d'un néo-constitutionnalisme jusqu'à une psychogenèse pure ? D'abord, un terrain organique n'exclut pas la psychose quoi qu'il en soit. Cette assertion résonne aussi du côté d'une modernité biomédicale et neuroscientifique. Ensuite, les psychoses peuvent être très précoces et attaquer la structuration

même de l'appareil psychique par un contact affectif avec la réalité non constitué ou dissolu. Ce ne sont donc pas en premier lieu les fonctions perceptives ou cognitives qui pâtissent du processus morbide chez l'enfant. Enfin, la clinique seule ne suffit plus (« symptomatologie superficielle »<sup>327</sup>), il faut en plus lui adjoindre une approche « compréhensive », « dynamique », en faisant intervenir une « structure psychodynamique » ainsi que des « mécanismes psychopathologiques »<sup>328</sup>. Bien évidemment ce dernier point est nettement controversé. Aussi, pour rallier des pédopsychiatres de formation diverse, une classification syndromique est-elle nécessaire. Elle prend en compte de manière essentielle l'âge et l'évolutivité (équilibre ou aggravation). Les psychoses précoces se distinguent des formes de la latence – terme freudien prompt à rallier les modernes – qui se situent autour de l'âge de 5 ans. Au total, une douzaine de formes sont individualisées par Misès. À noter que les pathologies autistiques figurent parmi les quatre formes de psychoses précoces, les pathologies schizophréniques parmi les trois formes de psychose à partir de 5 ans. Finalement, la conception moderne des psychoses de l'enfant établit un trouble fondamental commun aux diverses variétés symptomatiques.

De son côté, et tout en citant bien souvent Misès, Ajuriaguerra tente de rassembler et d'unifier dans son fameux *Manuel de psychiatrie de l'enfant* les psychoses de l'enfant. Le risque d'éclatement est manifestement grand puisqu'un sous-chapitre est consacré directement à cette question dans l'édition de 1980, intitulé « unité et pluralité des psychoses de l'enfant »<sup>329</sup>. Cependant, dès la première édition de 1970, Ajuriaguerra prévient :

Le problème posé par les psychoses de l'enfant est plein d'embûches. Méconnues en premier lieu comme entité, les psychoses de l'enfant sont décrites plus tard sous des formes diverses. Au cours des ans, elles sont découvertes et redécouvertes par des auteurs successifs qui isolent des formes particulières. Ainsi, leurs caractéristiques se dégagent progressivement du cadre de leur originalité propre<sup>330</sup>.

326 Misès 1968, 499.

327 Misès 1968, 506.

328 Misès 1968, 506.

329 De Ajuriaguerra 1980, 804-807.

330 De Ajuriaguerra 1970b, 751.

Pour lui, l'unité des psychoses de l'enfant ne tient pas aux aspects théoriques qui se dégageraient de son étude. « En fait, si on ne se laisse pas enfermer dans une théorie unifiante, cette diversité apparaît étroitement liée à la complexité même de la psychose qu'il est actuellement possible de ressaisir dans ses formes centrales et de situer dans ses rapports avec la pathologie de l'adulte. »<sup>331</sup> Nous retrouvons ici outre la référence à un ensemble de traits individualisables au centre de cette pluralité conçue, le lien consubstantiel que tissent les psychoses de l'enfant entre la pathologie psychiatrique grave de l'enfant et celle de l'adulte.

Pour Misès, un autre enjeu se fait jour dès 1966 dans une entreprise de synthèse, à savoir « maintenir le concept de psychose infantile dans le cadre de la psychiatrie »<sup>332</sup>, malgré les apports de la psychanalyse. Misès saisit déjà deux courants doctrinaux. Kraepelin et Bleuler d'un côté qui inspirent la démence précocissime de De Sanctis et la dissociation chez l'enfant. D'un autre côté, une extension du concept de psychose depuis vingt ou trente ans en 1966, c'est à dire depuis la Seconde Guerre mondiale. Il critique vertement le décalque d'une pathologie de l'adulte sur l'enfant, que ce soit du côté de Kraepelin et de sa description clinique, ou du côté de Bleuler et de son orientation psychopathologique. Le raisonnement de Misès est le suivant : puisqu'il n'y a pas de correspondance clinique avec les observations de Kraepelin, de même il ne peut y avoir de lumière psychopathologique à attendre de Bleuler pour mieux comprendre les psychoses de l'enfant. Dans une référence à Ey et au V<sup>e</sup> Colloque de Bonneval d'avril 1957, Misès avance la possibilité chez l'adulte de « ressaisir le noyau central »<sup>333</sup> de la schizophrénie. À l'inverse, chez l'enfant, on ne retrouve pas de « matériel clinique précédemment reconnu et délimité »<sup>334</sup>. La psychiatrie de l'enfant n'a pas connu son Kraepelin. Cependant, Misès n'hésite pas à s'inspirer de Bleuler, afin de « s'engager après lui

dans l'analyse de la structure dynamique de la psychose »<sup>335</sup>. En fin de compte, l'extension du concept de psychoses de l'enfant est d'abord américaine, avec le développement tous azimuts de la schizophrénie infantile<sup>336</sup> (voir chapitre 5). Une autre tendance forte à l'extension du concept provient d'un mouvement antinosographique européen impulsé par des théorisations psychanalytiques. La position française peut se résumer ainsi : rejeter cette double extension abusive – outre-Atlantique et européenne – et marier les deux courants – traditionnel et moderne – pour aboutir à une conception pro-nosographique. Ce positionnement fondamentalement médical tente d'intégrer les apports de la psychanalyse sur le sol français.

La critique du courant américain tient à ses extrapolations les plus abusives. Sont en cause l'imprécision et l'insuffisance des systèmes de référence, « la psychose n'étant plus ressaisie dans sa totalité »<sup>337</sup>, mais par des éclairages partiels du côté des mécanismes de défense, des modalités relationnelles et des facteurs étiopathogéniques. Or, prendre en compte la dynamique de développement s'avère capital. « En définitive, chez le jeune enfant c'est à travers le mouvement même par où il organise sa personne que la discordance va s'affirmer. »<sup>338</sup> S'il est difficile de séparer les failles inscrites (la pathologie) et les mouvements de retrait (le va-et-vient normal), il faut de toute façon « assurer l'unité du groupe des psychoses », car « chaque variété clinique nous renseigne sur ce que cache une autre variété »<sup>339</sup>.

« La divergence des opinions sur le concept de psychose infantile interdit tout essai de définition préalable à une présentation générale du problème. »<sup>340</sup> Misès commence ainsi en 1970 l'article de synthèse que constitue toute mise au point dans l'EMC. La question de l'âge limite n'aide en rien à circonscrire

331 De Ajuriaguerra 1980, 807.

332 Misès 1966, 741.

333 Misès 1966, 741. Ces colloques étaient organisés à l'hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir) où Henri Ey était chef de service.

334 Misès 1966, 741.

335 Misès 1966, 742.

336 L'hégémonie de la psychanalyse aux États-Unis après-guerre (comme théorie et traitement des maladies mentales) y a sans doute largement contribué.

337 Misès 1966, 743.

338 Misès 1966, 749.

339 Misès 1966, 750.

340 Misès 1970, 1.

le problème puisqu'il existe une zone de chevauchement infranchissable située autour de 10-12 ans. Cependant, peuvent être égrenés des traits particuliers qui orientent vers une certaine originalité. L'absence de perspective directement clinique conduit l'auteur à s'intéresser d'abord à l'émergence du concept, à sa psychopathologie, c'est-à-dire aux facteurs mis en lumière, et enfin aux différentes théories, nombreuses, de la psychose. Misès prévient : « La psychose de l'enfant (...) a peu de chance d'être saisie dans sa totalité par une théorie unifiante, à moins de recourir à des raccourcis simplificateurs. »<sup>341</sup> Sur le plan génétique, c'est-à-dire, traduit dans un jargon actuel, sur le plan développemental (voir chapitre 9), l'auteur avance une période particulièrement sensible du développement de l'enfant au cours de laquelle pourraient se retrouver déjà les prémisses d'un devenir pathologique : le second semestre de la première année de vie. L'originalité, tout comme l'unité des psychoses de l'enfant, tiennent de l'« intentionnalité du processus psychotique »<sup>342</sup>. Que faut-il entendre par là ? Une distorsion du processus d'organisation de la personne qui contient la différenciation, l'autonomie progressive du sujet, la distinction du dedans et du dehors, la possibilité de séparer le tout et la partie, l'orientation dans le temps par le contraste passé-présent par exemple. Il existe ainsi une tension au cours du développement entre un mouvement de différenciation, de constitution d'une unité de la personne, ainsi que des modalités œdipiennes selon la théorie psychanalytique, et d'autre part des modalités primitives comprenant notamment la tendance au renfermement autistique.

Là encore, l'historicité des psychoses de l'enfant est première dans cette démarche de synthèse. Son individualisation est en effet récente. Trois périodes se dégagent de cette histoire : le 19<sup>e</sup> siècle, le règne de l'idiotie, des démences asilaires, des déficiences intellectuelles et des troubles du caractère ; le début du 20<sup>e</sup> siècle avec la démence précocissime de De Sanctis, la démence de Heller, Bleuler et Kraepelin, Philippe Chaslin et Dupré, la schizophrénie infantile ; enfin,

l'influence contemporaine de la psychanalyse, Klein et Anna Freud. Le terme de psychose est analysé en opposition à la schizophrénie. Si une démarcation doit être clairement établie, il s'agit ici d'adopter une attitude compréhensive dans l'analyse clinique, et d'élargir le concept. La prise en compte du développement de l'enfant est revendiquée dans ses variations et ses crises pour faire le départ de la normalité. Au centre se trouve la question du sens des perturbations relationnelles liée à une analyse des relations parents-enfant. Chaque modèle théorique dépend des auteurs ; Despert, Bender, Kanner, Mahler sont passés en revue. Alors que la psychose s'oppose classiquement à la démence organique, l'atteinte encéphalopathique n'est jamais exclue et doit toujours être prise en compte. À trop élargir le regroupement nosographique on risque une extension extravagante, avec 80 % des malades (!). Des concepts marginaux émergent alors, tels que ceux d'enfant atypique, de prépsychose, de dysharmonie évolutive ou de cas-limite.

« La clinique n'est que le reflet des conceptions psychopathologiques sous-jacentes. »<sup>343</sup> À partir de cette assertion, Misès déroule sans préalable clinique un chapitre dédié à la psychopathologie, entendue comme l'ensemble des facteurs mis en évidence qu'il ne faut eux-mêmes considérer, selon l'auteur, qu'à la lumière des théories qui les relient. La notion de causalité en psychopathologie est d'emblée remise en question. Parmi les facteurs organiques sont notés les facteurs génétiques (surtout pour les formes très précoces et les formes autistiques) avec la notion d'équipement qui permet d'étudier la transmission de « caractères bio-typologiques »<sup>344</sup>. Les antécédents (grossesse, dystocie, prématurité, encéphalopathie, convulsions, retard de développement psychomoteur, retard de langage, infections) appartiennent classiquement à l'observation clinique. Se détachent alors les facteurs favorisants et déclenchants, ainsi que les premières manifestations rapportées. Le milieu est abordé par les aspects familiaux et sociaux (personnalité des parents, milieu socio-culturel, structure du groupe

341 Misès 1970, 14.

342 Misès 1970, 14.

343 Misès 1970, 3.

344 Misès 1970, 3.

socio-familial). Parmi les théories de la psychose, le terrain et le milieu sont pris en compte pour circonscrire une structure psychopathologique approfondie selon un modèle complexe et cohérent. La part belle est donnée à la psychanalyse qui ne rejette pas pour autant les facteurs organiques<sup>345</sup>. L'article de synthèse de Misès de 1970 ne contient pas moins de huit pages dévolues aux théorisations psychanalytiques. Freud demeure bien sûr la référence originelle incontournable avec ses notions de rejet (*Verwerfung*), qui s'oppose au refoulement (*Verdrängung*), ses pulsions de destruction, ses investissements narcissiques, ses processus primaires. On retrouve d'incontournables références anglophones (Klein, Mahler, Donald Winnicott) et de nombreux Français (Lebovici, Diatkine, Widlöcher, Lacan, Maud Mannoni et Piera Aulagnier).

Ainsi, la fin des années 1950, avec l'article séminal de Lebovici de 1956 sur l'analyse d'un cas de psychose de l'enfant, toute la décennie 1960, jusqu'à l'article culminant de 1970 de Misès, correspondent à une intense activité des cliniciens français pour conceptualiser les psychoses de l'enfant. Devant ce problème nosologique considérable qui ouvre la voie à une nébuleuse de théorisations diverses stimulées par l'implantation de la psychanalyse, l'effort d'éclaircissement, telle une mise au point photographique, tente de synthétiser les contributions classiques et modernes, mais également de délimiter un cadre précis et pertinent pour le clinicien. Les auteurs français font bien souvent appel à la notion, qui leur est contemporaine, de structure. Mais en quoi cette notion colore-t-elle leur approche et les aide dans leur mise au point ?

### Le point de vue structural (iste)

Dans l'histoire des idées, le structuralisme correspond à un mouvement intellectuel qui connaît ses heures de gloire en France dans les années 1960. Considéré comme un mouvement donnant une forme à la forme, comme une manière

345 Ils restent en effet essentiels dans les travaux de Lauretta Bender (voir chapitre 5).

de poser les problèmes, le mouvement structuraliste est une des clefs épistémologiques pour mieux comprendre ce que sont les psychoses de l'enfant à la française.

Dans son *Anthropologie structurale*, maître-ouvrage de 1958, Claude Lévi-Strauss approche la notion de structure en référence à l'anthropologue américain Franz Boas qui étudie la « nature inconsciente des phénomènes culturels »<sup>346</sup> en lien avec la structure de la langue [qui] reste inconnue de celui qui parle jusqu'à l'avènement d'une grammaire scientifique et [qui] (...) continue à modeler le discours en dehors de la conscience du sujet, imposant à sa pensée des cadres conceptuels qui sont pris pour des catégories objectives<sup>347</sup>.

En découle la valeur exemplaire de la méthode linguistique pour les recherches ethnologiques. L'abord structuraliste est avant tout une méthode d'analyse, aussi bien en linguistique qu'en anthropologie. D'une nature scientifique enviée, la linguistique occupe alors une « place exceptionnelle »<sup>348</sup> dans le champ des sciences sociales.

Cette méthode s'enseigne dans le domaine de l'ethnologie, mais de manière non spécifique. Elle n'a pas de lien consubstantiel avec le matériel du domaine, car la notion de structure relève de l'épistémologie. Lévi-Strauss pense en effet que pour mériter le nom de structure, des modèles doivent exclusivement satisfaire à quatre conditions, que nous pouvons juxtaposer ainsi :

1. Une structure offre un caractère de système. Elle consiste en éléments tels qu'une modification quelconque de l'un d'eux entraîne une modification de tous les autres.
2. Tout modèle appartient à un groupe de transformations dont chacune correspond à un modèle de même famille, si bien que l'ensemble de ces transformations constitue un groupe de modèles.
3. Les propriétés indiquées permettent de prévoir de quelle façon réagira le modèle, en cas de modification d'un de ses éléments.

346 Lévi-Strauss 1958, 26.

347 Lévi-Strauss 1958, 26.

348 Lévi-Strauss 1958, 37.

4. Le modèle doit être construit de telle façon que son fonctionnement puisse rendre compte de tous les faits observés<sup>349</sup>.

Concernant les données, Lévi-Strauss distingue en les opposant l'observation et l'expérimentation, qui doivent être prises en compte selon deux niveaux différents, à savoir les faits à étudier en eux-mêmes (observation) et la relation des faits avec l'ensemble (expérimentation). La structure permet donc d'expérimenter les faits une fois observés. La conscience étant un obstacle pour le savoir, seule une exploration de l'inconscient est en mesure d'éclairer les données : « Plus nette est la structure apparente, plus difficile devient-il de saisir la structure profonde, à cause des modèles conscients et déformés qui s'interposent comme des obstacles entre l'observateur et son objet »<sup>350</sup>. Enfin, l'analyse structurale sans répudier purement et simplement l'histoire – Lévi-Strauss prend le soin de consacrer le premier chapitre introductif de son ouvrage aux relations entre histoire et ethnologie – tient à bonne distance l'explication génétique qui rend compte du déroulement chronologique des faits. « Les phénomènes synchroniques offrent (...) une homogénéité relative qui les rend plus faciles à étudier que les phénomènes diachroniques », expose-t-il<sup>351</sup>.

À la faveur de la parution de la *Correspondance (1942-1982)* entre le linguiste russe Roman Jakobson et Lévi-Strauss, l'historienne Emmanuelle Loyer et le philosophe Patrice Maniglier offrent au sein d'une belle préface les propriétés du structuralisme : « Concilier le sens de la variation et la recherche des invariants, ne pas opposer la passion pour le singulier, le différent, l'unique, et le souci des formes universelles. »<sup>352</sup> Comment déjouer le piège de cette opposition classique ?

La solution, notera le linguiste, est claire – et c'est à Lévi-Strauss qu'il l'attribue : elle consiste à faire de ces fameuses structures invariantes rien d'autre que des matrices de variation, c'est-à-dire des mécanismes qui engendrent la différence au lieu de la réduire. Nous n'avons rien en commun sinon ce qui nous fait différer les uns des autres ! Et cela, non seulement au

sein de l'humanité, mais bien jusque dans l'immense concert de la diversité biologique et cosmique. Saisir notre place dans ce jeu de variations, c'est nous comprendre nous-mêmes – et telle est la tâche la plus haute des sciences humaines : nous permettre de mieux sentir notre singularité par la manière-même dont nous prenons place, par différence, dans le système des variantes qui nous situe et nous constitue<sup>353</sup>.

Les préfaciers tentent eux-mêmes de circonscrire les points de rencontre entre Jakobson et Lévi-Strauss qui constitueraient une sorte de « credo structuraliste »<sup>354</sup>. Ils en répertorient cinq : 1) tout phénomène appartient à un système ; 2) la fonction du système est de faire sens ; 3) construire une science des signes, entendue comme la quête d'une théorie permettant de comprendre comment est produit le sens ; 4) toutes les organisations culturelles ont en commun de donner du sens à la vie, si bien qu'on peut faire l'hypothèse de mêmes mécanismes à l'œuvre du côté d'une pensée symbolique ; 5) un phénomène n'existe que par son caractère différentiel. Lévi-Strauss aura eu pour terrain d'étude les mythes et la parenté, Jakobson les langues et la phonologie.

En novembre 1999, se tient un colloque organisé par le groupe de *L'Évolution psychiatrique* au sein de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière, intitulé « Clinique et structure psychique : de l'épistémologie à la thérapeutique ». Lantéri-Laura accepte la tâche d'introduire cette journée d'étude en exposant les sources et les développements du structuralisme. Son abord apparaît particulièrement intéressant puisqu'il donne un point de vue général sur ce qu'il appelle un « ensemble de démarches »<sup>355</sup> depuis une place de psychiatre épistémologue de la médecine. Il propose de dresser une généalogie de la structure, dans le sens de la détermination des contextes de développement dans lesquels elle s'est présentée à des époques successives. Avant de respecter un plan historique et chronologique, Lantéri-Laura reprend la définition, brillante mais tout aussi obscure, du linguiste danois Louis Hjelmslev, celle de la structure comme

349 Lévi-Strauss 1958, 306.

350 Lévi-Strauss 1958, 308-309.

351 Lévi-Strauss 1958, 319.

352 Loyer/Maniglier 2018, 16.

353 Loyer/Maniglier 2018, 17.

354 Loyer/Maniglier 2018, 39.

355 Lantéri-Laura 2000, 477.

d'« une entité autonome de dépendances internes »<sup>356</sup>. Les linéaments du structuralisme sont à rechercher dans un air du temps antérieur dans différentes disciplines – mathématiques, physique, théorie littéraire – où se développent la logique formelle, une exigence de formalisme, l'importance donnée à la forme (au sens de la forme), la recherche d'un modèle aussi simple que possible et en toile de fond le rejet de l'induction.

Aux fondements du structuralisme, Lantéri-Laura décrit quatre disciplines qui traitent de la forme et de la structure et qui s'appuient sur des travaux concrets. D'abord, la théorie de la forme (*Gestalttheorie*) semble avoir créé, puis développé l'essentiel des concepts qui organisent le structuralisme. Dans ce courant, l'École de Berlin réunit Max Wertheimer, Kurt Koffka ou encore Wolfgang Köhler. Les qualités de la forme importent et s'appuient en partie sur la phénoménologie d'Edmund Husserl. On y lit une franche opposition à la psychologie expérimentale de laboratoire. La notion de figure sur un fond émerge. *La structure de l'organisme* (1934) de Kurt Goldstein est une référence obligée<sup>357</sup> : un champ est organisé par les dépendances de ses éléments les uns à l'égard des autres, les relations étant plus importantes que la nature des éléments. La synchronie est clairement privilégiée par rapport à la diachronie. Est notablement possible le passage d'une structuration à une autre. Ensuite, la linguistique structurale a pour référent fondateur Ferdinand de Saussure, qui s'est plutôt servi de la notion de système. Ici la langue fonctionne comme un système (à l'inverse du langage), où le signifiant s'oppose au signifié. Le signe, qui relie signifiant et signifié, est arbitraire. Plus généralement, la sémiologie étudie les signes de la vie sociale. Au sein de la chaîne parlée, les relations syntagmatiques s'opposent aux relations

paradigmatiques. Là encore, la synchronie est privilégiée au détriment de la diachronie. Il n'y a pas de panchronie unifiante possible. Le maître de la phonologie, Nicolai Troubetzkoy, décrit la transformation du système des phonèmes au cours du temps et non pas de chaque son, *partes extra partes*. Jakobson s'attache, quant à lui, à l'étude de la structure des phonèmes au sein d'un système qui souligne leurs différences. Le système phonologique de la langue s'acquiert par passage successif de structuration différentielle plus forte, par une maîtrise d'un système d'oppositions pertinentes de plus en plus complexes. L'usage de la métaphore (du côté du signifiant et de la langue) se différencie de celui de la métonymie (du côté du signifié et de la parole). Hjelmslev compare la parenté génétique et la parenté structurale pour les placer sur des plans strictement parallèles et indépendants.

De plus, la neurologie globaliste envisage la totalité de l'organe, la globalité du cerveau comme structure, tel un ensemble de localisations structurées. Si les atteintes peuvent être spécifiques, elles ont toujours un retentissement fonctionnel global. Enfin, nous retrouvons l'anthropologie sociale développée par Lévi-Strauss qui, en développant une approche structuraliste, s'éloigne d'un formalisme qui restait dans une opposition stérile entre forme et contenu. Lantéri-Laura observe que la structure permet d'embrasser la totalité des phénomènes. Non pas à partir d'une *Ganzheit* romantique considérant un tout informe et continu, mais au contraire à partir d'une organisation en différentes structures transposables et dénombrables. Par ailleurs, l'exhaustivité est envisagée non pas à partir d'un dénombrement complet d'un ensemble fini, mais par la science d'un modèle générateur de possibilités et donc détenteur d'une prévisibilité. Dès lors, la question d'une structure des structures – que nous appellerions volontiers *superstructure* ou plus précisément *métastructure* – est posée. Dans une tradition d'épistémologie historique à la française, Lantéri-Laura envisage plus modestement des structures juxtaposées régionales formant un ensemble « inévitablement lacunaire »<sup>358</sup>. Le structuralisme, par hypothèse, oppose l'approche diachronique, du côté de l'histoire

356 Hjelmslev 1971, 28, cité par Lantéri-Laura 2000, 478.

357 *Der Aufbau des Organismus* est publié en Hollande, en langue allemande, après que Goldstein a fui l'Allemagne nazie en 1933. Cet « ouvrage holistique grandiose » (Peters 1992, 155) est traduit en anglais dès 1939. Grande figure intellectuelle côtoyant Ernst Cassirer et Albert Einstein, Goldstein fonde dès 1927 une Société internationale de psychothérapie. Neurologue et psychiatre, il s'est très tôt intéressé au lien entre psychanalyse et biologie. Il poursuivra ses travaux aux États-Unis à l'Institut de psychiatrie de New York, y compris en linguistique (Goldstein 1947).

358 Lantéri-Laura 2000, 496.

et l'approche synchronique, du côté de la structure précisément. Dans ce cadre, il semble vain de vouloir réunir les deux dans un effort de synthèse, « mirage de la panchronie »<sup>359</sup>, prévient Lantéri-Laura. La notion de structure est ainsi prête à se développer en psychiatrie.

### La structure en psychiatrie

Dès l'entre-deux-guerres en France, le terme de structure est utilisé par les cliniciens français pour désigner le caractère ancré d'une disposition ou d'un phénomène que l'on souhaite rendre intelligible. Mâle l'emploie simplement dans le sens d'une constitution (voir chapitre 8) à propos de la formation du caractère chez l'enfant en 1936<sup>360</sup>. Lacan le mobilise quant à lui dans sa thèse de médecine de 1931 au sens d'une organisation psychopathologique quand il évoque une structure des psychoses paranoïaques. D'ailleurs, selon une hypothèse de Garrabé, le terme de structure tend, dans l'analyse des délires, à remplacer le terme de systématisation avec la classique dichotomie entre les délires systématisés (psychoses paranoïaques) et les autres (schizophrénies). Du côté de la phénoménologie psychiatrique, « structure » au sens où Eugène Minkowski l'entend des années 1920 jusqu'aux années 1960 semble asseoir la percée de la philosophie sur le terrain psychiatrique. Une « psychopathologie phénoméno-structurale »<sup>361</sup> a pu ainsi voir le jour.

Dans le champ de la philosophie phénoménologique, Maurice Merleau-Ponty amène la notion de structure dès 1942 sur le terrain du comportement pour en éclairer le sens :

La « chose » naturelle, l'organisme, le comportement d'autrui et le mien n'existent que par leur sens, mais le sens qui jaillit en eux n'est pas encore un objet kantien, la vie intentionnelle qui les constitue n'est pas encore une représentation, la « compréhension » qui y donne accès n'est pas encore une intellection<sup>362</sup>.

359 Lantéri-Laura 2000, 498.

360 Mâle 1936.

361 Garrabé 2000, 505.

362 Merleau-Ponty 1967, 241. Le paragraphe a pour titre : « Structure et signification. Le problème de la conscience perceptive ».

Se positionnant contre la pensée causale en psychologie, Merleau-Ponty interprète la pensée freudienne en termes de structure en devenir.

Il faudrait considérer le développement, non pas comme la fixation d'une force donnée sur des objets donnés aussi hors d'elle, mais comme une structuration (*Gestaltung*, *Neugestaltung*) progressive et discontinue du comportement<sup>363</sup>.

Il reste difficile de dater précisément le règne des structures. Pour ce qui est du point d'entrée, Lantéri-Laura et Garrabé s'accordent sur le début du 20<sup>e</sup> siècle avec la neurologie globaliste accompagnant la critique de la psychologie expérimentale. Mais seul Garrabé reprend l'année de décès de son maître Henri Ey, 1977, pour le clôturer. Nostalgique, il qualifie cette période de « Belle époque des structures »<sup>364</sup>. Le *Dictionnaire historique de la langue française* d'Alain Rey définit la structure comme une construction (*structura*, architecture, anatomie), à la disposition des parties constitutives d'un ensemble organisé, d'un organisme, ou d'un système. La structure s'oppose alors à la fonction. C'est un terme qui fait florès, en philosophie, en linguistique<sup>365</sup>, en mathématiques, en sociologie et en psychologie<sup>366</sup>. La structure se répand de manière considérable dans les années 1960, et la psychiatrie n'échappe pas à cette extension. Le commentaire imagé de Garrabé nous alerte sur cette application à la psychiatrie : « On met quelquefois des vêtements d'emprunt quand on n'a pas de vêtements personnels à la mode à se mettre<sup>367</sup>. » Le costume serait-il mal taillé ?

Ey prend la question à bras-le-corps dans son *Manuel de psychiatrie* et son *Traité des hallucinations*, dans lequel il étudie en parallèle la structure et le structuralisme. Consacrant une réaction contre l'atomisme psychologique, la notion de structure implique celle d'un système de parties articulées dans une totalité et survivant à ses transformations. Totalité et constance

363 Merleau-Ponty 1967, 192.

364 Garrabé 2000, 504.

365 Troubetzkoy 1949.

366 Guillaume 1937.

367 Garrabé 2000, 500.

désignent ainsi les attributs fondamentaux de la structure. Passer en revue les différentes sciences où elle opère aide à mieux cerner la structure en psychiatrie. Les structures physiques sont l'objet d'une science des transformations possibles au sein d'un système réel, du côté d'une réalité objective. Les structures mathématiques correspondent aux actes et aux modèles opératoires logiques qui s'appliquent à la cohérence du système ou à son maintien, en témoignent les opérations isomorphes qu'ont à l'esprit les opérateurs. En linguistique, la structure est essentiellement l'organisation synchronique du discours, mais pose des questions au structuralisme transformationnel<sup>368</sup>. En psychologie et en psychiatrie, il y a lieu d'en distinguer deux types. L'un est dynamique et intentionnel, il anime l'*Aktpsychologie* et la *Gestaltpsychologie* en ordonnant la totalité des éléments par rapport à son sens. Le structuralisme de l'école allemande, de Wilhelm Dilthey et de Franz Brentano en sont des exemples. L'autre est algorithmique, ou formaliste, et fait apparaître les formes constantes prises dans leur propre objectivité. Il entraîne le structuraliste à les traiter comme une combinaison purement symbolique. De même, une certaine sociologie considère les structures sociales comme transculturelles et transhistoriques.

Nous relevons les inspirations structuralistes de l'organodynamisme d'Ey, théorie générale du fonctionnement psychique et de ses maladies, entée sur les principes de John Hughlings Jackson : des niveaux structuraux de dissolution des fonctions psychiques qui permettent d'établir une hiérarchie des états psychopathiques, jusqu'à huit étages de structures allant des structures névrotiques aux structures démentielles. Ey va même jusqu'à substituer la notion de symptôme particulier à la notion de structure pathologique et à n'envisager comme maladie que le processus dont dépend immédiatement la symptomatologie<sup>369</sup>. La référence à l'œuvre de Foucault est multiple – aussi bien à *Naissance de la clinique* qu'à *Maladie mentale et psychologie* et à *Maladie mentale et personnalité*<sup>370</sup> – pour souligner l'invisibilité

que la structure permet d'approcher. En psychiatrie, nous aurons cette bipartition : structure psychotique *versus* structure névrotique. La structure offre donc un « schéma d'intelligibilité » selon les mots de Garrabé qu'il reprend à Paul Wiener<sup>371</sup>. Nous sommes en droit de conclure provisoirement que la notion de structure donne à la psychiatrie une manière de poser les problèmes et de les éclairer qui lui faisait défaut. Le champ nosographique se trouve en lui-même structuré par une stabilisation du regard clinique. Psychose et névrose en devenant structure psychotique et structure névrotique sont consolidées en véritables piliers nosologiques.

Le succès de la structure en psychiatrie n'a rien de spécifique aux années 1960. Mais comment a-t-il perduré ? Garrabé avance l'hypothèse d'un remplacement du système par la structure. Le premier terme sonne du côté de la philosophie dont la psychiatrie et plus largement la médecine se méfient depuis l'avènement de la médecine scientifique, et se trouve sans doute trop accolé aux pathologies paranoïaques pour être utile à toute la nosographie. Le second ouvre la voie à une solidité conceptuelle tout en révélant ce qui ne peut se voir d'un premier coup d'œil. Là réside l'heureux mariage entre, d'une part, la psychiatrie des classiques citée dans les articles de la mise au point française et, d'autre part, la psychanalyse en plein essor après-guerre. Le caractère inconscient pris en compte autorise des liens insoupçonnés entre différents éléments. Le caractère invisible dévoilé par une analyse fine de la symptomatologie éclaire l'ensemble et chacun des éléments. Ainsi peut s'entendre l'opposition entre d'un côté la multiplication des symptômes de surface, et de l'autre une clinique toujours assortie d'une psychopathologie des profondeurs.

Le colloque de 1999 sur la structure en psychiatrie rend compte de l'actualité de la question et des débats qu'elle suscite concernant les possibilités thérapeutiques qu'elle ouvre ou au contraire referme. Considérée comme agencement constitué, ancré, la structure une fois posée ne semble pas accessible à une action psychothérapique ; c'est la structure contre le travail

368 Chomsky 1971 ; Saussure 1916.

369 Ey 1975.

370 Foucault 2005 [1963] ; 1962 ; 1954.

371 Wiener 1997.

thérapeutique<sup>372</sup>. Pour le psychiatre et anthropologue Richard Rechtman, à l'appui des travaux classiques de Lévi-Strauss, la structure détient une efficacité thérapeutique, car symbolique<sup>373</sup>. Pour la philosophe et psychanalyste Julia Kristeva, la structure est un moment historique qui a permis de spécifier un espace psychique propre ; pour autant, elle ne doit pas constituer un roc indépassable. Elle en appelle à la possibilité d'une structure plurielle, déjà là, ou à faire advenir dans le cadre du traitement psychothérapeutique<sup>374</sup>.

En psychiatrie, la structure peut tout simplement figurer un fonctionnement ou une organisation mentale, qui en fait *se* structure. L'exemple de la déficience mentale est particulièrement évocateur. La prise en compte de facteurs socio-économiques et socio-culturels permet de lutter contre le dogme de la constance du quotient intellectuel. Des actions multiples – institutionnelles, pédagogiques, psychothérapeutiques – deviennent prometteuses. Cependant, il existe, selon Misès lu par Lebovici, une structure du fonctionnement déficitaire, des mécanismes psychopathologiques particuliers qui correspondent en fait à une « perturbation longtemps réversible » mais qui tend « à se figer »<sup>375</sup>. L'action thérapeutique n'en est que plus impérieuse. On peut alors penser à une période de remaniement possible, à une fenêtre à saisir pour bousculer la structure en train de se faire. Finalement, la structure du diagnostic, ou le diagnostic structuré, correspond à un agencement des symptômes observés, une manière de leur donner du sens à travers leur regroupement. La métaphore du puzzle est sans doute évocatrice et juste : chaque symptôme est une pièce d'un ensemble cohérent regroupant des pièces imbriquées entre elles. Rationalisme tout à fait assumé, dont le caractère français pourrait s'entendre à la manière d'un jardin à la française.

---

372 Kapsambelis 2000.

373 Rechtman 2000.

374 Kristeva 2000.

375 Lebovici 1975, 8.

## La structure psychotique ou la psychose comme structure

La structure en psychiatrie s'est directement appliquée au registre des psychoses, en premier lieu par la médiation d'un champ pathologique particulier, les psychoses paranoïaques. En préparation de sa thèse, Lacan publie dès 1931 un article sur ce thème dans *La Semaine des hôpitaux de Paris* intitulé « Structure des psychoses paranoïaques »<sup>376</sup>. L'introduction de sa thèse de médecine traitant de la paranoïa indique déjà les idées que la structure permet d'insuffler à la notion de psychose. Cette dernière s'oppose à la démence, comme elle n'est pas une dégradation. Si elle met en jeu des mécanismes psychopathologiques, c'est toujours dans un rapport avec la personnalité : l'opposition classique entre normal et pathologique est de ce point de vue dépassée. Lacan défend cette complexité dans une même exigence d'un certain « souci de l'homme »<sup>377</sup>. L'image d'une charpente pourrait faire écho à cette notion de paranoïa, en lien avec l'idée de système et de la rigidité de l'édifice ainsi conçu. Cela concerne-t-il trente années plus tard également les psychoses de l'enfant ? L'idée de fixité associée à la notion de structure pourrait fortement l'en éloigner.

L'introduction de la structure dans la clinique psychiatrique implique une démarche qui fait grand cas de l'utilité des concepts pour appréhender le perçu. Abord intellectuel donc, ou intellectualisant, que Bercherie traduit bien :

Les concepts représentent les précieux instruments de la pensée dans son exploration du réel, les outils indispensables pour ordonner et donner sens à un champ phénoménologique dont ils organisent, puis affinent et étendent l'appréhension<sup>378</sup>.

Bercherie entend tirer la structure du côté d'une conception proprement psychanalytique de la clinique psychiatrique. Présentée comme une arme intellectuelle pour se défendre, elle « représente la réponse de la psychanalyse aux questions

---

376 Lacan 1931.

377 Lacan 1975 [1932], 16.

378 Bercherie 2015, 820.

posées par la psychopathologie, et à ce titre, l'alternative à l'actuel retour en force de l'organicisme. »<sup>379</sup> Bercherie vise ici une prétention hégémonique des neurosciences comprenant leur réductionnisme. Afin de soutenir sa thèse, il décrit trois grandes étapes historiques successives sans épouser pour autant un idéal de progrès. D'abord, le développement de la clinique psychiatrique durant le 19<sup>e</sup> siècle aurait permis d'identifier la totalité des entités cliniques. Puis, la clinique freudienne aura étayé l'opposition névrose-psychose et circonscrit la structure psychotique représentant, selon Bercherie, une véritable « innovation propre de Freud »<sup>380</sup> qui théorise un processus psychopathologique d'effondrement subjectif en s'éloignant d'un facteur constitutionnel prégnant du côté organique. Enfin, dans un troisième temps, la clinique lacanienne entend par causation du sujet établir une conception intégrale à partir du langage et de la relation à l'autre, dans une hétéronomie constitutive. La notion de structure tend à occuper exclusivement le champ théorique, au point d'évoquer ici une forme d'hyperstructuralisme qui « verse l'ensemble du sens, subjectivité incluse, au compte des effets de la computation signifiante »<sup>381</sup>. Toutefois, toute une gamme d'états nouveaux et de perspectives thérapeutiques s'ouvre à la suite du corpus lacanien : stabilisation psychotique, suppléance, résilience et créativité permettent des rétablissements satisfaisants.

À l'échelle d'un patient, Bercherie conçoit la « structure du champ psychotique »<sup>382</sup> selon trois temps successifs : une symptomatologie prépsychotique, une symptomatologie du déclenchement psychotique, une symptomatologie de la chronicisation. Ainsi découpée, l'histoire de la maladie ouvre à des modalités thérapeutiques différentes qui correspondent finalement au temps de la prévention : primaire (avant les troubles déclarés), secondaire (soigner pour prévenir les effets en eux-mêmes délétères des symptômes), tertiaire (lutter contre la chronicisation, prévenir les rechutes et soutenir un rétablissement au long cours).

---

379 Bercherie 2015, 819.

380 Bercherie 2015, 822.

381 Bercherie 2015, 824.

382 Bercherie 2014.

Nous pouvons ici conclure que la notion de structure soutient la psychose comme pilier de la clinique psychiatrique, en formant un ensemble cohérent. Peut-on pour autant lui appliquer les propriétés de la structure de Lévi-Strauss ? En tout cas, constance et infinies variations ne s'opposent plus, ce qui se révèle particulièrement adéquat dans la clinique des psychoses de l'enfant comprenant des symptômes encore plus mélangés et diffus que dans la clinique de l'adulte. Une place importante est également accordée aux différentes théories psychopathologiques qui peuvent se côtoyer ou s'affronter sans nécessiter un changement de cadre nosographique.

### L'enfant prépsychotique

Nous reprenons ici l'intitulé de l'article de Diatkine publié en 1970 dans la revue *La Psychiatrie de l'enfant*, qui apparaît significatif de la richesse conceptuelle que les psychoses de l'enfant permettent de déployer à travers une déclinaison particulière de leurs limites<sup>383</sup>. Si Misès, préférant le recours à un diagnostic d'attente pour prendre en compte l'influence des facteurs vécus sur le pronostic, se méfiait d'une démultiplication des « concepts limites »<sup>384</sup> qui présentait selon lui le risque d'escamoter le problème d'une délimitation de la psychose, une analyse détaillée de l'enfant prépsychotique selon l'étude de Diatkine met en lumière les questions épistémologiques fondamentales du champ pathologique psychotique chez l'enfant. Les prépsychoses représentent en effet un de ces diagnostics situés à la frange des psychoses. Se concentrer sur la place nosographique d'un concept limite permet d'envisager dans quelles mesures un élargissement conceptuel des psychoses est à la fois possible et problématique. Le prépsychotique serait une forme amoindrie du psychotique. Les symptômes sont moins bruyants, le retentissement n'est pas tel que certains domaines de la vie de l'enfant soient totalement obscurcis. C'est une situation à risque,

---

383 Diatkine 1970.

384 Misès 1968, 494.

de « danger »<sup>385</sup> vers l'évolution psychotique. Une lecture psychanalytique fait de l'importance du destin de l'investissement primitif des objets internalisés l'unité de ce regroupement nosologique. Si cet investissement n'est ni équilibré ni tempéré par d'autres sources de plaisir, de nature secondaire, ni par des contre-investissements névrotiques suffisamment efficaces, alors l'éventualité pronostique est certainement la psychose.

De même lignée, ce groupement ouvre la voie à une extension du domaine psychotique et à une multiplicité des tableaux cliniques s'y rattachant. Il apparaît protéiforme, si l'on s'en tient à la symptomatologie la plus immédiate. Cette polymorphie de surface doit en fait renvoyer à un même type en profondeur. Quel est-il ? Il s'agit d'un fonctionnement mental qui n'est pas véritablement spécifique puisqu'il met en jeu des défenses, des formes de déséquilibres qui apparaissent dans le développement psychique habituel de manière non exceptionnelle. Le socle commun réside cependant en une perte de capacité fondamentale ; la structure mentale se trouve « dépourvue de la capacité d'engendrer des structures nouvelles »<sup>386</sup>. Elle reste donc fixée à un fonctionnement foncièrement primitif.

Diatkine distingue deux sous-groupes d'enfants prépsychotiques, d'une part les structures « franchement psychotiques dès l'enfance bien que parfois la symptomatologie en soit discrète »<sup>387</sup> – nous retrouvons une définition quantitative de formes psychotiques atténuées –, et d'autre part le fonctionnement mental voisin des organisations névrotiques ou caractérielles – grande inhibition, faux-self, troubles des apprentissages en sont le lot. La proximité apparente avec d'autres organisations en fait de faux amis auxquels il ne faut pas se fier et auprès desquels il faut rester sur ses gardes. L'étude des fonctionnements psychotique et prépsychotique permet de mieux connaître le fonctionnement de tout individu, fait de processus primaires et secondaires. S'appuyant sur les thèses de Klein, Diatkine soutient l'idée d'un noyau psychotique en activité chez tout être humain.

---

385 Diatkine 1970, 422.

386 Diatkine 1970, 422.

387 Diatkine 1970, 423.

Nul n'est à l'abri, dans des circonstances particulières, d'une désorganisation des défenses névrotiques, subitement en défaut, entraînant l'activation brusque des processus primaires<sup>388</sup>.

De même veine, les symptômes de défenses maniaques ne sont pas spécifiques, mais orientent le diagnostic et le pronostic puisqu'ils présentent une évolution possible vers la psychose ou une abrasion intellectuelle, laissant en tout cas le noyau dépressif intact.

Diatkine finit par utiliser un argument de méthode. Le clinicien doit selon lui « perdre l'espoir de constituer une sémiologie en prélevant des échantillons de comportement ou de discours qui auraient une valeur pathognomonique »<sup>389</sup>. Il doit au contraire reconstituer patiemment le fonctionnement mental normal et ses processus régulateurs tendant à diminuer les tensions internes. L'enjeu est alors à la fois de garder un certain degré de stabilité de fonctionnement et de conserver une capacité à se mobiliser. Reprenant les psychoses infantiles en général et leur évolution selon trois possibilités – état déficitaire, état psychotique chronique, organisation pseudo-névrotique –, les pré-psychoses s'apparentent aux pré-schizophrénies conçues comme un échec des défenses du Moi tâchant d'éviter la dépression : nous retrouvons l'angoisse majeure, les défenses de nature diverse, et surtout un tableau clinique en mosaïque. Les évolutions, dans tous les cas sévères, s'énumèrent ainsi : vers le délire (l'expérience délirante primaire), la névrose obsessionnelle sévère, et la déficience cognitive (retrait d'investissement). Cinq cas cliniques (deux filles et trois garçons) illustrent la monographie de Diatkine. La polymorphie et la non-spécificité du tableau prépsychotique laissent une place plus importante pour un chevauchement avec ce qui serait antérieur aux psychoses de l'enfant.

Autre thèse : le prépsychotique serait une forme antérieure au psychotique, pour reprendre une formulation maniant les adjectifs substantivés. Il charrie ainsi une conception de la genèse de la psychose : processus, germe, noyau, développement sont autant de termes utilisés pour rendre intelligible

---

388 Diatkine 1970, 423.

389 Diatkine 1970, 425.

le mouvement psychotique en cours de constitution. Il est intéressant de relever le préambule nécessaire que Diatkine pose à son étude, un préambule de méthode concernant la psychiatrie infantile en général. Il s'agit pour le clinicien de dresser un diagnostic de structure actuelle, tandis que le pronostic est considéré comme une capacité de la structure à se transformer selon des exigences internes et externes, c'est-à-dire selon l'activité psychique actuelle, l'investissement des parents, et la « signification évolutive de la structure actuelle »<sup>390</sup> lisible à travers l'histoire des organisations antérieures retrouvée par l'anamnèse. Psychiatre et psychanalyste, Diatkine propose une métapsychologie des psychoses de l'enfant, autrement dit une théorisation des mécanismes psychologiques à l'œuvre dans le champ pathologique psychotique. Il ne le conçoit qu'en lien direct avec les psychoses de l'adulte. En conséquence, cela nécessite un savoir théorique et pratique, y compris thérapeutique, du côté de l'adulte. Sont envisagés la partition classique entre névrose, psychose, perversion, et les troubles du caractère, selon le triptyque analytique freudien – topique, économique, dynamique. Étudier le prépsychotique a pour but et intérêt d'« éclairer les particularités psychiques des patients avant le début manifeste de leur schizophrénie ou de leur délire »<sup>391</sup>.

« L'organisation psychotique doit être étudiée en tant que structure en équilibre, c'est-à-dire, présentant une résistance spécifique à tout essai de modification de cet équilibre »<sup>392</sup>, prévient Diatkine. Or la psychanalyse se caractérise par son étude des résistances et se flatte de la découverte d'une tendance de l'appareil psychique à la diminution du déplaisir provoquée par les contradictions des effets pulsionnels. Citant Freud et son *Interprétation des rêves*, Diatkine reprend à son compte l'opposition entre processus primaires (projection, introjection, déplacement, condensation<sup>393</sup>) et processus secondaires, qui permet le passage du principe de plaisir-déplaisir au principe de réalité. Chez

390 Diatkine 1970, 413.

391 Diatkine 1970, 414.

392 Diatkine 1970, 414.

393 Ce sont là des exemples de défenses et de mécanismes inventoriés par la théorie psychanalytique.

l'enfant, deux activités mentales sont réputées indispensables pour permettre de supporter la non-réalisation immédiate du désir : les fantaisies et jeux d'une part, et d'autre part le plaisir à planifier l'action qui conduira à la satisfaction. La prévalence des processus primaires conduit à l'altération de l'investissement narcissique et d'éventuelles organisations en faux-self tel que conceptualisées par Winnicott comme une forme d'adaptation du sujet en surface. Parfois considérée comme une prédisposition à la psychose, par quel déterminisme cette forme qui lui est antérieure sur le plan de la profondeur de l'atteinte de la personnalité peut-elle se convertir en psychose ?

La schizophrénie connaît également son préfixe d'antériorité. Les auteurs français se sont attachés très tôt à développer la notion de pré-schizophrénie, dès 1958<sup>394</sup>. Est-ce toutefois le même problème ? On peut avancer que de même que la psychose ne se réduit pas à la schizophrénie, la prépsychose ne se réduit pas à la pré-schizophrénie. Certes la pré-schizophrénie s'applique d'abord à l'adolescence, mais l'article de Mâle et André Green contient une section dédiée aux enfants. Green comprend le préfixe « pré- » par des significations diverses : le passé des malades schizophrènes, « antérieur aux expressions ouvertes de la psychose »<sup>395</sup> ; une voie d'entrée dans la schizophrénie avérée conçue comme une décompensation, une rupture d'équilibre ; une forme fruste ou enkystée, abortive ou latente. Autant d'adjectifs qui appellent des métaphores variées. En tout cas, « la psychose franche reste toujours une éventualité redoutable »<sup>396</sup>. Fort de l'enseignement de la psychiatrie classique (allemande, française, anglo-saxonne) et des courants psychopathologiques d'inspiration moderne (phénoménologie, psychanalyse), il admet :

Neurologie, Psychologie génétique, Psychanalyse d'enfants et d'adultes contribuent à l'édification d'une théorie générale du processus de personnalisation dont la pré-schizophrénie signe la défaillance, la fragilité ou l'échec<sup>397</sup>.

394 Mâle/Green 1958.

395 Mâle/Green 1958, 323.

396 Mâle/Green 1958, 324.

397 Mâle/Green 1958, 333.

Le vocabulaire prend des accents guerriers ; la personnalisation comme conquête, le conflit comme moteur du développement humain, pour la « victoire sur les organisations primitives qui la lient »<sup>398</sup>. Green met en garde contre une « défaite toujours possible à tout moment de l'histoire »<sup>399</sup>. Nous revenons ici à l'idée d'une potentialité psychotique présente chez tout être humain. D'une certaine manière, l'idée d'une forme prépsychotique est une entaille à la notion de structure psychotique conçue comme construite, aboutie, fixée. C'est un avant de la structure, quelque chose qui ne serait pas encore structuré, en voie de structuration vers ... le psychotique, si rien n'est entrepris pour modifier sa trajectoire.

Nous avons détaillé les deux valences non exclusives l'une de l'autre du préfixe « pré- » qui peut renvoyer tantôt à un stade chronologiquement antérieur, tantôt à un stade intensivement inférieur. L'un dans l'autre, la progression naturelle va vers l'accentuation et la constitution d'une forme accusée. En d'autres termes, on n'y est pas encore mais on s'y dirige... Ceci ouvre naturellement la possibilité d'une action thérapeutique susceptible de modifier cette pente qui conduit à la pathologie. Par ailleurs, durant les années 1950 et 1960, les moyens d'action se développent tant du côté biologique que psychologique. La dichotomie névrose-psychose superposée à celle de l'indication ou non d'une psychothérapie est battue en brèche dès 1954 par Ey<sup>400</sup>. Vu le lien étroit entre psychothérapie psychanalytique et névrose, une fois le décloisonnement effectué entre névrose et psychose, penser la psychothérapie des psychoses devient possible.

Nous pouvons donc soutenir que penser le prépsychotique permet d'orienter l'action médicale vers la prévention et l'intervention précoce pour empêcher le passage au psychotique *stricto sensu*, réputé difficile à soigner. Mais là réside une distinction théorique majeure. Est-ce une action thérapeutique qui s'organise en amont de la pathologie ou bien dès ses balbutiements ? Introduire la notion de prépsychotique permet

en fait d'élargir le domaine du psychotique ( dans *prépsychotique* il y a bien psychotique ). Par cette opération, les soins du psychotique obtiennent du coup de meilleurs résultats, pour une bonne raison... et une mauvaise. Cette dernière est de traiter des enfants qui ne sont pas atteints en fait de pathologie psychotique. Celle-ci étant réputée difficile à soigner, les bons résultats deviendraient dans cette optique artéfactuelle. La bonne est de considérer le bon résultat d'une action précoce empêchant effectivement la survenue d'une psychose constituée. Ici il n'y a pas artéfact mais soins efficaces par anticipation. Redoutable question et dilemme de toute pensée s'appliquant à la prévention.

Un dernier argument fort pour soutenir l'intérêt épistémologique de l'enfant prépsychotique réside dans le lien étroit mis en avant par les théoriciens psychanalystes entre entreprise psychothérapique et connaissance du fonctionnement mental. L'action positive et effective des thérapies psychologiques permet en retour de mieux connaître le fonctionnement mental des prépsychotiques et donc des psychotiques. L'intérêt d'élargir le champ des psychoses de l'enfant est donc épistémique pour le champ lui-même, par l'intermédiaire du développement de thérapies efficaces. Diatkine infère ainsi des traitements psychologiques expérimentés une théorie des prépsychoses qui gagnera les psychoses. L'énergie libidinale serait absorbée par une défense contre la dépression et l'angoisse, sans qu'aucun nouvel investissement ne soit possible ailleurs. À un polymorphisme apparent, répond une unité du point de vue économique (organisation synchronique) et du point de vue dynamique (évolution diachronique). L'indication thérapeutique est alors majeure et pressante ; une action indispensable est souvent réellement efficace.

Le même raisonnement est à l'œuvre pour les pré-schizophrénies. Mâle, critiquant la pensée d'une « maladie tumeur »<sup>401</sup> qu'il faudrait physiquement et brutalement extirper, envisage l'attention des cliniciens à ces formes précoces comme « la clé des thérapeutiques psychologiques qui doivent se substituer ou procéder ou s'accorder, ou interférer avec des thérapeutiques

398 Mâle/Green 1958, 333.

399 Mâle/Green 1958, 333.

400 Ey 1954.

401 Mâle/Green 1958, 335.

biologiques »<sup>402</sup>. Dans son commentaire de l'étude de Mâle et Green, Paul-Claude Racamier résume simplement : « Si la pré-schizophrénie nous intéresse ici, c'est en tant que problème thérapeutique, c'est en tant que nous entreprenons d'éviter qu'un pré-schizophrène ne devienne un schizophrène. »<sup>403</sup> Grâce à la malléabilité de la personnalité des adolescents « les jeux ne sont pas faits »<sup>404</sup>, heureusement. Que dire alors des potentialités évolutives de l'âge tendre ?

Ainsi, l'enfant prépsychotique est un bon exemple de forme frontière vis-à-vis des psychoses de l'enfant. Son statut épistémologique peut être identifié à un *topos* dans l'étude des nosographies. Il oblige à se mettre à distance de la notion centrale de psychose de l'enfant pour mieux l'approfondir et la discuter. Cependant, la situation reste difficile sur le plan de la philosophie des sciences, que l'on peut résumer à un choix entre continuité ou discontinuité des états pathologiques. Ey, malgré une telle analyse en termes binaires, refuse ce choix à propos de la schizophrénie :

Naturellement, le gros problème est de savoir si la schizophrénie de l'adulte est une rupture de l'être ou une originelle immaturité ? Il semble bien qu'elle soit les deux à la fois, car la schizophrénie (...) est tout à la fois une pathologie progressive de la personne et une pathologie accidentelle de la conscience. Nous ne pouvons envisager la schizophrénie préformée dans son histoire<sup>405</sup>.

Ce refus de la préformation repousse l'influence de la vie infantile et écarte de fait subrepticement la psychanalyse comme théorie plausible des psychoses. Le débat sur ces formes en « pré- » rappelleront ceux de la nosologie psychiatrique centrés sur les troubles de la personnalité, souvent abordés par les philosophes comme exemplaires des rapports complexes du normal et du pathologique en psychiatrie (voir chapitre 8)<sup>406</sup>.

402 Mâle/Green 1958, 348.

403 Mâle/Green 1958, 367.

404 Mâle/Green 1958, 367-368.

405 Mâle/Green, 1958, 372-373.

406 Voir Demazeux 2011 et chapitre 10.

## Le champ des dysharmonies

Le diagnostic de dysharmonie est un autre exemple de créativité théorique issu d'un courant français en psychiatrie de l'enfant autour des psychoses. Misès en est le principal artisan au cours des années 1960-1970. Reconnaisant envers ses quatre maîtres, à savoir Mâle (implantation de la psychanalyse au sein de la psychiatrie classique), Heuyer (autonomisation universitaire de la psychiatrie de l'enfant avec un ancrage médical fort), Ey (distinction mais lien entre psychiatrie et neurologie) et Ajuriaguerra (modèle pour intégrer neurologie et « psychopathologie dynamique »), Misès renvoie dos-à-dos réductionnisme psychologique et réductionnisme biologique au sein de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Trois dates retiennent l'attention dans sa biographie racontée<sup>407</sup>. 1957 est l'année de son arrivée dans l'institution pour enfant créée au 19<sup>e</sup> siècle par Vallée et rattachée à l'Hôpital Bicêtre. Misès y découvre le mélange le plus confus de patients indistinctement qualifiés d'« arriérés inéducables »<sup>408</sup>. En 1963, il devient membre titulaire de la Société psychanalytique de Paris, ce qui indique déjà un long parcours du côté de l'expérience analytique et de la formation en psychanalyse, tout à fait parallèle à ses premiers pas de médecin. C'est l'époque à laquelle il rédige deux rapports dans le *Livre blanc de la psychiatrie française* élaboré de 1963 à 1965<sup>409</sup>, l'un sur la neuropsychiatrie de l'enfant selon la désignation de l'époque<sup>410</sup>, l'autre sur les psychothérapies. La psychiatrie de l'enfant sera ainsi

407 Blanchard 2010.

408 Nous retrouvons ici l'image mythique du médecin atterré à son arrivée de découvrir l'effroyable dérégulation d'une institution dépourvue des lumières de la science naissante. Cependant, au-delà de ce point de vue autobiographique nécessairement rétrospectif, nous pouvons sans doute y voir le motif d'un attachement à la nosographie, à une époque où la notion même de diagnostic était remise en question dans l'ensemble de la psychiatrie.

409 Rapports dont la rédaction est confiée à Misès par Henri Ey.

410 Rappelons que Georges Heuyer obtient dès 1948 une chaire à l'Université de Paris de « psychiatrie infantile », dont l'intitulé ne contient pas le préfixe « neuro- », au grand dam de son récipiendaire. Cependant la revue qu'il fonde dès 1953 s'intitule bien *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*.

un terrain privilégié pour le développement des thérapies psychologiques. Troisième date majeure pour l'homme et comme écho pour la discipline, 1972. C'est en effet l'année où Misès est nommé à la chaire de psychiatrie infantile créée pour lui à Bicêtre et où une circulaire, qu'il a largement inspirée, définit l'organisation des politiques publiques pour les soins pédopsychiatriques en inter-secteurs sur tout le territoire français<sup>411</sup>. Confrontation au réel de la clinique et à l'organisation des soins aux enfants, formation et engagement psychanalytique, participation aux politiques publiques des soins dans la cité, ainsi se juxtaposent et s'articulent cinquante ans d'un développement professionnel et personnel propre à Misès et significatif de l'évolution de la pédopsychiatrie française. Le terme de dysharmonie est employé dans l'expression *dysharmonie évolutive* qui renvoie à une situation de cas-limite, que Misès conseille de laisser en dehors de la psychose. Cette position s'explique par sa critique de la notion de prépsychose considérée dans le registre psychotique. La *dysharmonie psychotique* s'inscrit, elle, d'évidence dans le champ des psychoses de l'enfant. Elle en est un spécimen bien différencié de l'autisme et de la schizophrénie de l'enfant. Il faut logiquement passer par le registre des dysharmonies en général pour accéder au nouveau spécimen des psychoses de l'enfant.

Le champ des pathologies dysharmoniques, création largement attribuée à Misès, mérite une clarification de ce qu'il recouvre. C'est un trouble du développement qui dans l'esprit de son auteur autorise deux formes, évolutive ou psychotique<sup>412</sup>. La première donnera naissance sous la plume du même auteur au concept de pathologies limites de l'enfance. La dysharmonie évolutive correspond à une organisation mentale par définition évolutive et hétérogène sur le plan structural. Un double décalage existe : les niveaux maturatifs des grandes fonctions sont très différents, et le niveau maturatif de ces grandes fonctions n'est pas en accord avec le mode d'investissement. Cas typique, un enfant qui a les compétences instrumentales à l'apprentissage de la lecture mais qui ne les met pas en œuvre, par manque d'intérêt. Les dysharmonies évolutives donnent

des tableaux cliniques en mosaïque. Il faut pour les comprendre privilégier une « démarche intégrative »<sup>413</sup>, éclectisme consistant à associer toutes les disciplines susceptibles de contribuer à un éclairage psychopathologique et à un abord thérapeutique. En 1960, Wallon, Jean Piaget et Ajuriaguerra sont convoqués aux côtés de l'essor de la psychanalyse. Au 21<sup>e</sup> siècle, les neurosciences et les sciences cognitives sont appelées à dialoguer avec la psychanalyse contemporaine. Car enfin, l'étiologie des dysharmonies évolutives est clairement retrouvée : des défaillances dans l'étayage libidinal et narcissique du milieu familial et social. Les atteintes concernent les assises narcissiques, le processus de séparation-individuation et la pleine différenciation soi-autrui. Les angoisses sont typiquement dépressives, liées à une menace de rupture du lien en permanence ressentie.

La dysharmonie psychotique porte des traits et des mécanismes spécifiques que Misès résume en cinq points : 1) menace de rupture avec le réel<sup>414</sup> (cet aspect concerne l'organisation du sentiment de soi, le rapport à la réalité) ; 2) tendance au débordement de la pensée (affects et représentation d'une extrême crudité) ; 3) angoisse (de fusion, de néantisation, de morcellement) ; 4) dominance d'une relation duelle (peu d'accès aux conflits et d'identification évoluée) ; 5) positions et intérêts très primitifs. Face à cela, le patient conserve certaines capacités d'adaptation et de contrôle. Cependant, si celles-ci protègent contre le risque de désorganisation, et limitent à certains domaines ou à certains moments les empêchements, elles restreignent aussi les échanges avec autrui. La notion classique de défense prise au corpus psychanalytique est à la fois bonne, car utile, fonctionnelle, et mauvaise, car invalidante. Cette psychose n'est pas autistique comme elle n'interdit pas l'accès à l'identification projective et à la tridimensionnalité<sup>415</sup>. Ce n'est pas non plus une psychose déficitaire précoce. Elle est de meilleure évolution pronostique et l'efficacité

411 Constant 2013, 194.

412 Misès 2000.

413 Misès 2000, 398.

414 Notons cette différence nette avec la dysharmonie évolutive : la menace de rupture concerne ici le sujet lui-même, son rapport à la réalité, et non les liens avec autrui.

415 Misès 2000, 399.

des traitements est plus importante à partir d'interventions multidimensionnelles, correspondant à la démarche intégrative citée plus haut. Le diagnostic peut être porté à partir de 3 ou 4 ans mais pas avant 3 puisqu'il n'a pas alors d'aspect spécifique. Misès propose finalement le terme de « dysharmonie grave »<sup>416</sup> pour justifier la mise en œuvre de traitements multidimensionnels. Et peut-être éjecter le terme de psychose de l'appellation, perçu par trop péjoratif ? Hypothèse impossible à étayer à partir des seuls écrits de Misès.

Avec les années 1980, Misès transforme les dysharmonies évolutives en pathologies limites de l'enfance et les place strictement dans la catégorie non psychotique. « Il m'apparaît concevable d'opposer le registre des pathologies limites à celui des psychoses », écrit-il<sup>417</sup>. Pathologies tierces entre névrose et psychose, leurs critères sont foncièrement psychopathologiques, et non simplement symptomatiques ou comportementaux. Ils ne s'entendent donc qu'à travers un certain rapport à la clinique : fonctionnement en faux-self, défenses pour se protéger contre les risques de rupture. Dans un second temps, Misès concède cependant que ces états puissent, à défaut de traitement ou de défenses suffisantes, aboutir à des remaniements psychotiques. Mais auparavant, et donc dans le champ propre des dysharmonies non psychotiques, les angoisses de morcellement et de néantisation spécifiques du registre psychotique sont comme « tenues à distance »<sup>418</sup>. Sur le plan affectif, le patient est confronté à la dépression, à des défaillances narcissiques et à la menace de perte de l'objet. Mais la différenciation de soi est acquise. Le sentiment de soi est suffisamment stable, la référence à la loi symbolique est présente, bien qu'elle puisse être par ailleurs déniée. Ce type d'organisation permet une adaptation aux exigences de la réalité, voire parfois une sur-adaptation, qui peut faire illusion, sollicitant des défenses exigeantes ou une emprise extrême sur les personnes de l'environnement. Les processus de subjectivation et d'intériorité sont donc sévèrement atteints.

416 Misès 2000, 400.

417 Misès 1990, 8.

418 Misès 2000, 400.

En conséquence, le patient éprouve des difficultés à affronter, à traverser les conflits structurants de l'enfance. Les ouvertures de type névrotique sont possibles et à soutenir. Sur le plan symptomatique, les troubles des conduites dominent.

Cette théorisation permet de s'opposer sur le plan thérapeutique aux réponses uniquement comportementales, éducatives ou médicamenteuses, en orientant les soins vers une prise en compte de l'intériorité du sujet. La création des pathologies limites débouche sur la création d'une nouvelle modalité de traitement par Misès et son équipe, conjuguant une approche psychothérapique centrée sur des critères psychopathologiques, des médiations groupales travaillant la relation à l'objet et un support institutionnel permettant de traiter les liens. Ce dispositif est créé en France sous le nom de Centre d'action thérapeutique à temps partiel en 1981.

Le vaste champ des dysharmonies ouvert par Misès en France tient bonne place dans la classification française qui s'oppose à la classification nord-américaine critiquée comme étant une « simple addition »<sup>419</sup> d'items. La perspective française se veut compréhensive par l'intérêt porté aux agencements des symptômes dont l'analyse structurale permettrait de donner du sens. Le terme de dysharmonie existe déjà sous la plume d'Anna Freud, vivant en Angleterre, dans son ouvrage *Le normal et le pathologique chez l'enfant* dans lequel elle étudie les lignes de développement<sup>420</sup>. Alors que le type psychotique possède une correspondance américaine, le type évolutif fait directement appel à la notion de structure qui détermine en grande partie un certain style français. La dysharmonie psychotique occupe une position quantitativement importante puisqu'elle concernerait près de la moitié de tous les troubles graves de la relation. On lui trouve une correspondance facile dans le DSM-IV (1994), sous la rubrique des « Troubles envahissants du développement non autrement spécifiés », elle-même très utilisée (voir chapitre 9).

En marge du DSM, des auteurs américains ont individualisé une forme nosographique qui fait écho à la dysharmonie

419 Misès 2000, 399.

420 Freud A. 1968.

psychotique française : le trouble du développement multiple (TDM). L'École de Yale, avec Donald Cohen et Fred R. Volkmar parmi ses figures de proue, évoque dès 1986 la pertinence d'identifier un trouble du développement à la fois envahissant et spécifique, alors que ces deux formes – envahissante et spécifique – sont antinomiques dans le DSM-III-R de 1983<sup>421</sup>. Le TDM comporte une dysfonction sociale importante suggérant l'autisme mais qui diffère de lui en termes de sévérité. L'ensemble des troubles se retrouvent dans différentes aires du développement : régulation émotionnelle, relations sociales, processus de pensée. Cohen et Volkmar justifient leur nouvelle entité nosographique par une critique de la comorbidité induite par le DSM-III. En effet, leur diagnostic prend en compte le fait que « les domaines de dysfonctionnement sont reliés les uns avec les autres et sont des manifestations d'une même diathèse [sic] sous-jacente affectant différentes sphères du développement »<sup>422</sup>. Le terme « multiple », contraction néologique associant « multiple » et « complexe », permet de rendre compte d'aspects quantitatif et qualitatif du développement en cause. Toutefois, le TDM diffère complètement de la dysharmonie sur l'âge des enfants concernés. C'est un trouble à début précoce, c'est-à-dire avant l'âge de 30 mois, caractérisé selon les auteurs par : 1) des relations sociales perturbées ; 2) une régulation défaillante de l'anxiété ; 3) des troubles cognitifs qui ne répondent pas aux critères de l'autisme. D'autres diagnostics reconnus à l'époque par le DSM correspondent, en partie, du côté des troubles de la personnalité : évitante, hyper anxieuse, schizotypique.

Prudente quant à la validité et l'utilité de ce nouveau diagnostic, l'équipe de Cohen envisage déjà un sous-groupe qui présenterait en particulier des anomalies sévères du processus de pensée et dont le lien avec la schizophrénie serait, par hypothèse, direct. Les auteurs américains ont conscience de s'aventurer sur un terrain difficile. Les patients peuvent développer

des croyances et des expériences non communes mais appropriées sur le plan du développement ou sur le plan socio-culturel. Cet affichage non normatif se double d'une réflexion épistémologique ; leur catégorie appartient à ces formes qui présentent le plus de difficultés pour un système de classification. À tout prendre, scepticisme et conservatisme nosographiques ont leur préférence. Dans le souci de ne pas confiner le diagnostic de dysharmonie psychotique à une conception franco-française, des auteurs français s'associent en 1997 à l'équipe de Yale pour démontrer une pensée « convergente »<sup>423</sup>, en soulignant l'aspect développemental des deux entités, française et américaine.

La dysharmonie évolutive devenue pathologies limites de l'enfance situe le problème du style français à un autre niveau, celui de la structure. La dysharmonie évolutive n'est ni névrotique ni psychotique. Dans le même temps, on y trouve une « intrication de modes de défenses et d'adaptation diversifiés qui tiennent les uns à la psychose, les autres à la névrose, d'autres encore à la psychopathie »<sup>424</sup>. En outre, des fonctions cognitives et instrumentales sont atteintes dans leur déploiement, sans véritable déficit. C'est une ligne de crête sur laquelle Misès nous invite à marcher. Mais est-ce encore une structure ? Si la réponse est oui, on opterait pour l'idée d'une troisième structure. Si la réponse est non, il faudrait alors sortir de la pensée structurale. Ou bien est-ce une *non-structure*, au sens d'une organisation pathologique pas encore structurée – pathologiquement non structurée ? La structuration, ou mise en place d'une structure, serait alors le signe d'une ébauche de guérison. Maintenir ici le modèle structural oblige à penser une nosographie *interstructurale*, des voies de passage, insérant dans la pensée nosographique structurale une possibilité dynamique.

Misès souligne par ailleurs l'engagement du clinicien thérapeute dans des suivis aussi longs que nécessaires. Est-ce là une spécificité française ? En tout cas, ceci implique de suivre des enfants qui restent malades ou fragiles. Et l'organisation du système de soins pédopsychiatriques français, par la circulaire de 1972, permet cette continuité du suivi des enfants sur plusieurs années. Enfin, l'intérêt épistémologique de la dysharmonie

421 Ce nouveau diagnostic sera encore défendu dans une perspective développementaliste en vue de la préparation du DSM-IV. Voir Cohen *et al.* 1994.

422 Cohen/Paul/Volkmar 1986, 218.

423 Tordjman *et al.* 1997.

424 Blanchard 2010, 149.

pourrait résider dans son préfixe qui résonne du côté médical et dans une contiguïté avec les troubles de type « dys- » contemporains qui correspondent aux troubles spécifiques des apprentissages. Dans le même temps, la dysharmonie réfère à un trouble affectant l'ensemble de la personnalité. Double intérêt qui risque cependant de contribuer à exclure la notion de psychose, malgré la version psychotique de la dysharmonie. Les pathologies limites tendent en effet à gagner du terrain et la confusion entre dysharmonie évolutive et dysharmonie psychotique se rencontre dans de nombreux textes. La dysharmonie, à condition de la prévenir de la cacophonie, reste un diagnostic épistémologiquement avantageux.

Psychose et dysharmonie occupent ainsi une place très importante dans l'édifice nosographique français. La construction pas à pas d'une classification française ayant l'ambition de promouvoir son style est l'œuvre d'une équipe de cliniciens à partir des années 1980 emmenée par Misès lui-même, qui la conçoit de longue date, au point de la voir surnommée la « classification Misès »<sup>425</sup>.

### **La Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent**

La pensée française des troubles mentaux de l'enfant trouve un aboutissement évident dans l'élaboration dès 1984, puis dans la première parution à partir de 1988, d'une classification propre, la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA). Comment comprendre la création d'une nosographie française ? C'est d'abord une réaction face à la parution d'une classification américaine à visée hégémonique, mais aussi la défense d'une certaine idée de la clinique psychiatrique. Les psychoses de l'enfant y tiennent une place importante et constante au sein de l'ensemble de l'édifice classificatoire, enjeu central de cette distinction qui s'est définie comme étant bien française.

425 Constant 2013, 194.

### **1988 : à l'origine, un refus**

L'histoire des classifications des maladies fait généralement apparaître comme figure d'origine le médecin et botaniste du 18<sup>e</sup> siècle François Boissier de Sauvages<sup>426</sup>. Cependant, c'est à travers une nomenclature des causes de décès que la médecine va véritablement développer des systèmes de classification stable<sup>427</sup>. Au cours du 19<sup>e</sup> siècle, plusieurs statisticiens s'y essayent, parmi lesquels le Britannique William Farr et le Genevois Marc d'Espine. La première nomenclature internationalement reconnue des causes de décès est l'œuvre du français Jacques Bertillon, en 1893. À partir de révisions décennales successives, la classification glisse subrepticement vers une dimension plus générale concernant les maladies (morbidité) et non plus seulement les causes de décès (mortalité)<sup>428</sup>. La sixième révision de 1948 de la Classification internationale des maladies (CIM) est élaborée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) créée au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Elle intègre pour la première fois un chapitre dédié aux maladies mentales<sup>429</sup>. Suite à la septième (CIM 7, 1955) puis à la huitième révision (CIM 8, 1965), munie désormais d'un glossaire et d'un guide de classification des troubles mentaux, une classification française des troubles mentaux voit le jour en 1968, s'inspirant des travaux de la CIM 8 et compatible avec elle, avec la visée de remplacer celle employée jusque-là pour les statistiques hospitalières psychiatriques. Vingt catégories diagnostiques sont individualisées, disposant d'un code à deux chiffres ; chacune se subdivise en plusieurs sous-catégories (troisième chiffre du code). Dans leur présentation générale, ces catégories peuvent se regrouper en quatre grands groupes selon qu'il s'agit d'un état psychotique ou non, présentant une organicité ou non ; un ensemble spécial correspond aux états de débilité et d'arriération.

426 Boissier de Sauvages 1772.

427 Voir Fagot-Largeault 1989.

428 Voir la présentation de la 9<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM 9) sur le site <https://cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deccs/cim-9/historique>.

429 Garrabé 2013, 322.

La conférence de révision pour une neuvième version de la CIM a lieu en 1975. La CIM 9 sera publiée en 1977 et prendra effet en 1979. Les nosographes français n'auront pas pris la peine d'établir une nouvelle correspondance.

Dans l'histoire des classifications psychiatriques, la troisième édition du manuel de l'Association américaine de psychiatrie, le DSM-III, constitue une « véritable révolution nosologique »<sup>430</sup>. Paru en 1980, puis en 1983 dans sa version révisée (DSM-III-R), il vise la construction d'un édifice nosographique « athéorique »<sup>431</sup>, c'est-à-dire purement descriptif, sans préjuger des causes par ailleurs non élucidées. La conséquence directement attendue est alors la possibilité de parler une même langue à des fins de communication internationale et de recherche. Contre le « Babel psychiatrique »<sup>432</sup> préexistant, un même outil de communication pour tous voit enfin le jour. Les différentes catégories diagnostiques trouvent leur validité dans la stabilité statistique du regroupement des signes qu'elles rangent en critères et d'autre part dans la fiabilité inter-juge qui démontre leur utilité objective pour le clinicien. L'objectivité obtenue réside dans le strict recueil des signes observables dans le comportement et le discours du patient. Elle est augmentée par une quantification possible via des échelles et des questionnaires.

Contre quoi proteste la pédopsychiatrie française ? Une « clinique limitée à ce qui est observable » inscrite dans une démarche « technico-scientifique »<sup>433</sup>, une prétention scientifique d'objectivité contredite par l'importance de groupes sociaux influents et de l'opinion d'experts qui n'usent pas toujours de publications internationales. À côté des données scientifiques premières, des considérations théoriques mais aussi des représentations sociales et des positions idéologiques, ne sont pas prises en compte. Une forme de naturalisme se répand, qui met sur le même plan tous les troubles, qu'ils relèvent de la pathologie, du retard, d'une question manifestement sociale ou d'un aspect relationnel. Le DSM est encore accusé de brouiller la distinction

430 Demazeux/Singy 2015, XIV.

431 American Psychiatric Association (APA) 1980, 7.

432 Cohen/Paul/Volkmar 1986, 219.

433 Bursztejn 2011.

entre normal et pathologique à la faveur du second qui s'étend. La démultiplication des entités nosographiques et des critères conduit à un émiettement qui tend à désintriquer les symptômes entre eux et conduit à la construction de comorbidités comme autant de diagnostics juxtaposés. En somme, le caractère athéorique du DSM est battu en brèche. Son présupposé théorique relève en fait du modèle biomédical sans que cette référence ne soit explicitement justifiée. Les Français assument l'idée qu'une classification ne puisse s'affranchir de préconceptions. De là à brocarder une pensée unique dominante et à lutter pour un pluralisme théorique, il n'y a qu'un pas qu'ils franchissent directement.

La métaphore de la Bible est souvent empruntée pour ironiser sur le caractère monolithique du DSM. Une autre image biblique est employée à double tranchant pour le qualifier, celle de la tour de Babel. Les promoteurs du DSM défendent leur classification contre le Babel psychiatrique, autrement dit la confusion des langues préexistante, alors que les épistémologues critiques désignent le DSM lui-même comme un Babel psychiatrique, « monument imparfait et perfectible qui a été à l'origine construit pour célébrer la nouvelle unité du discours de la clinique psychiatrique et qui finit par créer, comme une conséquence de son hubris, des divisions pratiques plus profondes et des difficultés théoriques »<sup>434</sup>.

Dès 1984, suite à la parution du DSM-III-R donc, Misès anime un groupe de travail fédérant l'« opposition des pédopsychiatres français aux modifications radicales introduites par le DSM-III reprises par la CIM-10 »<sup>435</sup>. Ce n'est donc pas une réaction proprement anti-américaine mais plutôt anti-impérialiste, au sens où la classification internationale s'aligne sur les positions américaines qui exercent une hégémonie écrasante. Face à ce qu'ils considèrent comme un « retour en force des théories organicistes exclusives », d'une « clinique néo-kraepelinienne », leur motif est de « préserver les perspectives dynamiques qui avaient permis d'importantes réalisations dans le cadre de la politique de secteur »<sup>436</sup>. De fait, aucun élément

434 Demazeux 2015, xvii.

435 Blanchard 2010, 153-156.

436 Blanchard 2010, 153.

du style français ne s'y retrouve. D'après Misès et son équipe, c'est un véritable retour en arrière. Constitutionnaliste, mécaniste, unidimensionnelle, le « retour aux thèses du 19<sup>e</sup> siècle » ne permet pas « de reconnaître ce qui revient à l'intériorité et au processus de subjectivation »<sup>437</sup>. Pis encore, le « rejet de la dimension de l'histoire »<sup>438</sup> intervient sur le médecin en focalisant l'attention sur les études les plus récentes, classiquement celle des cinq dernières années pour être à la page, mais aussi sur le patient qui n'est entendu que dans ses troubles actuels. Sont privilégiés les aspects quantitatifs, les données objectivables et évaluables.

### De l'impossibilité d'une classification conceptuellement neutre

Affirmer le caractère idéologique de toute classification est une caractéristique de la conception française de la nosographie psychiatrique.

Une classification peut ainsi être comparée à une langue dans laquelle se moule la pensée : à travers les mots, les concepts qui la sous-tendent influent, qu'on le veuille ou non, sur la perception de la réalité clinique et les conceptions étiopathogéniques implicites des cliniciens<sup>439</sup>.

L'aspect athéorique revendiqué des DSM est donc vigoureusement critiqué comme une tentative de domination qui interdit toute discussion théorique. Puisqu'il n'y a pas de théorie, il n'y a rien à discuter. La charge des contempteurs de la classification américaine est à la hauteur de la force d'une telle bride. L'emploi d'une classification n'est effectivement pas neutre. Enjeu disciplinaire, celle-ci oriente les pratiques, les recherches et l'organisation des systèmes de soins. Elle est aussi un outil de formation pour les psychiatres, prenant la place des manuels qui accompagnent l'apprentissage des jeunes médecins quelle

437 Blanchard 2010, 154.

438 Blanchard 2010, 156.

439 Bursztejn/Mazet 1991, 6.

que soit la spécialité dans laquelle ils s'engagent. « Par-delà les systèmes nosographiques eux-mêmes, c'est en fait *l'avenir de notre discipline* qui est engagé, notamment par le biais de la formation des jeunes psychiatres » alertent les psychiatres Claude Bursztejn et Philippe Mazet en 1991<sup>440</sup>.

En fait, l'étude minutieuse des différentes versions du DSM montre à quel point des choix d'ordre épistémologique ont été faits, parfois justifiés par une argumentation et parfois pas<sup>441</sup>. La CFTMEA se présente d'emblée bâtie sur des options fondamentales. Elle défend avant tout un abord psychopathologique. Le terme de psychopathologie est bien nébuleux. En témoigne la dizaine de principes qu'un « manifeste pour une approche psychopathologique du fonctionnement mental »<sup>442</sup> entend dresser. On y trouve notamment défendues l'existence de la vie psychique, la référence – mais non exclusive – au modèle psychanalytique, l'importance du contexte socio-éducatif. En un mot, l'approche psychopathologique prétend donner du sens aux symptômes<sup>443</sup>, que ce soit au sein d'un ensemble cohérent, qui trouve à s'appuyer sur la notion de structure, ou que ce soit à destination du patient lui-même. S'opposant à tout réductionnisme, la CFTMEA entend faire face à « l'extrême complexité »<sup>444</sup> des situations cliniques de l'enfant et l'adolescent, en prenant en compte de multiples facteurs. Si elle renonce aux explications étiologiques qui ne sont d'ailleurs pas disponibles, c'est pour s'attacher à des critères non seulement cliniques mais également psychopathologiques. *In fine*, aux yeux des cliniciens français, la clinique ne va pas sans la psychopathologie. Les données immédiatement objectivables ne vont pas sans l'étude des traits, des mécanismes, des positions qui concernent le fonctionnement psychique du patient et de son entourage proche. Par principe, la personnalité se construit à partir d'une histoire et des échanges du sujet avec son environnement.

440 Bursztejn/Mazet 1991, 6.

441 Le concept de spectre qui fait son entrée dans la version de 2013 en est un bon exemple (voir chapitre 10).

442 Ferrari 2020, 19-20.

443 Marcelli/Bursztejn 2020, 11.

444 Blanchard 2010, 153.

Ces vœux de « pratique ouverte »<sup>445</sup>, d'ouverture vers d'autres disciplines issues tant des sciences fondamentales (biologie, neurosciences, sciences cognitives) que des sciences humaines (sociologie, histoire, philosophie), et vers un mélange des contributions, restent incantatoires. On ne trouve en effet aucune trace de contribution effective de ces matières connexes dans les différentes versions de la CFTMEA. Cette dernière met par ailleurs en avant la spécificité de la psychiatrie de l'enfant vis-à-vis de la psychiatrie de l'adulte. Elle conteste ainsi l'application large des maladies psychiatriques de l'adulte aux enfants dans les classifications internationales. Dans ce cadre, la prise en compte de la relation intersubjective pour comprendre le fonctionnement psychique semble plus évidente quand il s'agit d'enfants.

Trois adjectifs reviennent comme une antienne pour qualifier la perspective de la classification française : dynamique, structurelle et évolutive. Tentons d'en expliciter le sens. Le caractère dynamique n'est pas étranger à la psychanalyse mais il ne s'y réduit pas (voir chapitre 9). Il s'agit de comprendre l'ensemble des symptômes d'un même patient dans les liens qui existeraient entre eux. Ceci s'oppose formellement à leur juxtaposition qui, elle, conduit à la notion du DSM de comorbidité, si souvent critiquée. Ils sont en mouvement les uns avec les autres, dans des liens de causalité linéaire ou circulaire ou selon des effets seconds qui se produisent à distance<sup>446</sup>. Le caractère structurel de la classification revient, de plus, à distinguer seulement cinq catégories cliniques et à y maintenir la distinction entre névrose et psychose. Comme nous l'avons détaillé au chapitre 6, c'est tout un ensemble de conceptions de la nosographie qui accompagne la notion de structure psychopathologique. La classification permet enfin une évaluation diagnostique évolutive. Craignant les effets d'étiquette, elle fait place aux variations de la normale et aux troubles réactionnels. Plus encore, « la place occupée, à un moment, par l'enfant, est appelée

445 Misès 2000, 399.

446 Cette approche est à l'œuvre dans la théorie de l'après-coup développée au sein du corpus psychanalytique.

à varier tout au long de son évolution : ce qui est repéré et classé repose seulement sur les paramètres actuels de la pathologie dominante »<sup>447</sup>. La catégorie des pathologies limites indique, outre l'implication de Misès, l'importance de l'aspect évolutif des troubles avec les remaniements possibles qu'il suggère.

La CFTMEA affiche un souhait de synthèse, que ce soit à travers l'articulation de différents symptômes ou de la prise en compte de différentes composantes psychopathologiques. Mais, fondamentalement, la psychopathologie implique que le symptôme soit lu, interprété et non simplement colligé et traité en tant que tel. Dans cette optique, le clinicien doit nécessairement faire appel à des notions d'ordre non strictement clinique – par exemple la contenance psychique, la symbolisation, la représentation – qui induisent une certaine conception du fonctionnement psychique. La notion de « conflits structurants » est également essentielle pour donner du sens et accompagner sur la longue durée des enfants et des adolescents selon cet abord français. La CFTMEA est un bon exemple d'ouvrage clinique porté par un regard théorique assumé.

De 1988 à 2020, six versions de la CFTMEA se succèdent sans modification des conceptions fondamentales qui la portent. En 1994, apparaît un chapitre dédié aux tout-petits, les 0-3 ans. La classification française ne se cantonne pas à l'Hexagone ; la quatrième version, de 2000 publiée en 2002, est traduite en plusieurs langues, notamment en espagnol, et largement diffusée en Amérique latine. Y figure en annexe la nosographie de la CIM 10, éditée en 1994, pour établir des correspondances. En 2012, la cinquième offre un transcodage automatique avec la Classification en vigueur<sup>448</sup>. Une certaine congruence internationale est donc trouvée. Les conceptions qui président à l'élaboration de la classification se veulent en dehors de toute idéologie. Elles n'en demeurent pas moins marquées par la psychanalyse, et plus généralement par l'idée qu'il existe quelque chose de proprement psychique. Le caractère idéologique est une accusation que les uns et les autres se renvoient. Athéorisme supposé du côté américain, primat de la clinique

447 Misès *et al.* 1988, 74.

448 Misès *et al.* 2012.

du côté français, chacun se prétend au plus près de la réalité des phénomènes observés à traiter. Des conceptions à bien des égards opposées s'affrontent derrière ces classifications et ces déclarations. Le débat de nature épistémologique est-il possible sur le plan scientifique international ? La francophonie n'ayant que peu de poids scientifique, une classification qui resterait française montrerait ses limites sur la scène internationale<sup>449</sup>.

### La place des psychoses de l'enfant dans la CFTMEA

Dans la classification américaine moderne, c'est-à-dire à partir de sa troisième version de 1980, le terme de psychose n'est pas utilisé pour l'enfant. L'expression « Trouble envahissant du développement » a la préférence en raison de son caractère plus ajusté sur le plan descriptif. L'argument avancé est que les troubles de l'enfant en question « semblent avoir peu de liens avec les troubles psychotiques rencontrés chez l'adulte »<sup>450</sup>. La CFTMEA comporte deux axes, le premier, clinique, consacré aux catégories cliniques de base, le second dédié aux facteurs associés ou antérieurs, leur valeur étiologique étant éventuelle. Les psychoses de l'enfant occupent la première catégorie depuis sa première version en 1988 jusqu'à la plus récente en 2020. À l'origine, elles occupent entièrement cette première catégorie sur un total de neuf catégories et se subdivisent elles-mêmes en neuf sous-catégories. On y retrouve notamment l'autisme infantile, des formes déficitaires, dysharmoniques, schizophréniques, ou associées à des troubles de l'humeur.

La version de 2010 maintient toutefois de manière ambiguë l'autisme au sein des psychoses précoces, qu'elle accepte de désigner également TED en concordance avec le DSM et la CIM. Reste la sous-catégorie de dysharmonies psychotiques, une spécificité française qui maintient à ce niveau l'importance des psychoses chez l'enfant. Il s'agit en fait d'une résolution épistémologique particulière à une question qui n'est pas nationale. Les classifications internationales alors en vigueur (DSM-IV-TR

et CIM 10) la résolvent par la catégorie des « troubles envahissants du développement non spécifiés », et certains auteurs américains tentent, sans succès, d'introduire des entités qui rendent compte de tableaux cliniques qui ne relèvent pas du champ de l'autisme, comme nous l'avons vu avec le TDM.

La version de 2012 accepte enfin d'abandonner le terme de psychose. Les auteurs admettent qu'« aujourd'hui le terme appliqué aux jeunes enfants est pour beaucoup chargé d'une telle connotation stigmatisante qu'il [leur] est apparu préférable de l'écarter de la nomenclature consacrée aux TED et à l'autisme »<sup>451</sup>. La première catégorie associe alors dans son intitulé les TED, les schizophrénies et les troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence. L'adjectif psychotique est ainsi sauvegardé, mais noyé dans différentes sous-catégories : dysharmonie psychotique, troubles délirants persistants, troubles psychotiques aigus et d'autres non spécifiés. La version de 2020 intitule la première catégorie « troubles globaux et envahissants du développement et du fonctionnement mental »<sup>452</sup>. S'y retrouvent clairement différenciés l'autisme avec la nouvelle forme des troubles du spectre de l'autisme introduite par le DSM-5 (2013) et les troubles psychotiques qui, constituant un véritable chapitre, reprennent leur substantif. Ces derniers comprennent toujours l'entité de Misès des dysharmonies psychotiques, mais aussi les psychoses schizophréniques prépubères, la schizophrénie à l'adolescence, les délires chroniques, les troubles psychotiques aigus, et les autres non spécifiés. Le terme de psychose demeure dans la sous-catégorie des troubles thymiques globaux et envahissants avec les psychoses dysthymiques de l'enfant.

Les psychoses de l'enfant se sont donc largement maintenues dans la classification française, sous des formes diverses selon les versions et les époques, liées à l'évolution des classifications internationales, DSM et CIM. L'édition de 2020 marque leur retour en force. Elles restent au centre de l'opposition des cliniciens français à l'utilisation exclusive du DSM. Il peut sembler paradoxal que, d'un côté, le DSM justifie l'abandon du terme de psychose concernant les pathologies de l'enfant par leurs

449 Falissard 2020a.

450 APA 1980, 86.

451 Misès 2012, 19.

452 Botbol *et al.* 2020.

différences avec les psychoses de l'adulte et que, de l'autre, il soit critiqué par les pédopsychiatres français comme ne prenant pas en compte les spécificités de l'enfant. À l'inverse, la CFTMEA tient à maintenir les psychoses de l'enfant avec des déclinaisons variées, tout en revendiquant une clinique propre, autonome vis-à-vis de la psychiatrie de l'adulte. Le paradoxe peut être résolu à condition de lever un malentendu. Le concept de psychose de l'enfant n'est pas une application de la psychose de l'adulte à l'enfant. Si elles ne sont pas strictement indépendantes, seuls des *médiateurs épistémologiques* permettent de les relier et non pas tant la symptomatologie des tableaux cliniques. C'est ce que nous avons tenté d'examiner à travers la notion de structure et le style français des psychoses de l'enfant.

Depuis l'étude du concept de psychose chez l'enfant en 1966 par Misès jusqu'à sa persistance dans la classification française durant plus de trente ans, de 1988 jusqu'à nos jours, les psychoses de l'enfant seraient-elles en France en voie d'autonomisation ou de disparition ? Selon Bruno Falissard, ancien président de l'International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, l'approche classificatoire française appartient aux « alternatives porteuses de progrès potentiels » qui permettent de « penser la psychiatrie sous des angles pluriels »<sup>453</sup>.

Les psychoses de l'enfant ont connu un développement conceptuel considérable en France à partir de la fin des années 1950 et continuent à irriguer les conceptions cliniques des cliniciens français au début du 21<sup>e</sup> siècle. Si leur conception n'est pas cantonnée aux frontières hexagonales, on peut identifier un certain nombre de marqueurs français. D'abord, la psychiatrie classique tente de s'allier au développement de la psychanalyse dans un effort de synthèse. Ensuite, la notion de structure appliquée à la psychiatrie est fondatrice d'un nouage entre organisation et dynamique de développement. En résulte une conception du fonctionnement mental dont la pathologie en ses mécanismes est dénommée psychopathologie. De plus, plusieurs créations nosologiques ont vu le jour dans le sillon des psychoses

de l'enfant dont la prépsychose et la dysharmonie qui ont eu chacune des fortunes diverses selon leur propre déclinaison. Enfin, une classification diagnostique autonome s'est construite à partir de ces fondements.

Plutôt qu'une conception franco-française, le concept de psychose de l'enfant témoigne d'un *style français* qui s'est construit à travers un certain nombre de médiateurs épistémologiques. Le contexte intellectuel structuraliste a permis le développement de la psychanalyse aux côtés d'une pédopsychiatrie française soucieuse de nosographie. La psychiatrie de l'enfant à la française est par ailleurs marquée par une volonté de continuité avec les bases de la psychiatrie classique, qui traite avant tout de l'adulte. Bien que psychose de l'enfant et psychose de l'adulte ne soient pas *cliniquement* dans un lien de continuité (un enfant psychotique ne deviendra pas nécessairement un adulte psychotique), le style français les conçoit *conceptuellement* dans ce lien (les mécanismes psychopathologiques sont similaires)<sup>454</sup>. À l'appui d'« une approche historique des classifications »<sup>455</sup> et « d'une pluralité des reports théoriques »<sup>456</sup>, cette épistémologie locale en psychiatrie fait écho à ce que décrit Braunstein en épistémologie des sciences<sup>457</sup>.

454 L'importance de l'environnement pour le développement ainsi que le principe selon lequel, en dernière analyse, le psychisme d'un enfant se construit au contact du psychisme des adultes, ne sont certainement pas étrangers à cette idée.

455 Garrabé 2011.

456 Lantéri-Laura 1984, 71.

457 Braunstein 2002.

## Chapitre 7

### La décennie 1970, coexistence et rapports entre trois entités

Chez l'enfant, psychose, schizophrénie et autisme constituent trois objets qui coexistent, parfois en se chevauchant, parfois en se différenciant nettement l'un de l'autre. En tout cas ils se répondent. Leurs rapports évoluent bien sûr au cours du temps, puisque déjà chaque entité évolue de son côté, dans une certaine autonomie. Cependant, une période précise de leur histoire correspond à une forme d'équilibre entre elles : les années 1970. Jusqu'alors, les psychoses de l'enfant se sont constituées comme pathologies psychiatriques graves de l'enfant parallèlement au développement de la discipline pédopsychiatrie ; la schizophrénie de l'enfant naît comme une application à l'enfant de la schizophrénie inventée par Bleuler et connaît son plein développement dans les années 1950 et 1960 aux États-Unis ; l'autisme de l'enfant naît dans les années 1940 mais reste cantonné à des formes de troubles relationnels très précoces et très sévères. La décennie 1970 correspond à un temps de gestation du DSM-III qui marque un tournant nosographique, bien connu dans l'histoire de la psychiatrie<sup>458</sup>.

Afin de parcourir cette période décennale charnière, l'étude du *Journal of autism and childhood schizophrenia* (JACS) apparaît

---

458 Demazeux 2011, 87-99.

particulièrement pertinente, puisque celui-ci démarre en 1971 et s'achève en 1978 sous son intitulé premier. La revue médicale dédiée à l'autisme et à la schizophrénie de l'enfant est lancée aux États-Unis. Son premier rédacteur en chef n'est autre que Kanner lui-même et son impulsion doit tout à l'Institut de santé mentale des États-Unis (National Institute of Mental Health). Ce périodique constitue un objet d'analyse intéressant au sein de l'histoire de la psychiatrie de l'enfant. Dans quel paysage éditorial naît-il ? Avec quelles intentions affichées ? Quels sont les auteurs conviés à la rédaction des articles ? Et pourquoi une durée de vie si courte ?

La relative courte durée de publication de la revue, et donc la quantité relativement modeste de numéros à explorer, permettent une recherche exhaustive, dense et concentrée. Au seuil de la décennie 1970, Eisenberg, l'un des grands élèves de Kanner, rendant hommage à son maître, prenait soin de préciser, dans un numéro de la revue française *Confrontations psychiatriques* consacré aux psychoses de l'enfant, la place de l'autisme infantile : « L'autisme existe, il est la façon dont se présente la psychose chez l'être " infans " ; il est une " protopsychose " »<sup>459</sup>. La nouvelle revue de Kanner remettra en cause cette manière d'exister.

### *Le Journal of autism and childhood schizophrenia, 1971-1978*

Le JACS s'inscrit dans un paysage éditorial pédopsychiatrique peu étoffé sans être pour autant inexistant. Parmi les revues anglophones, il faut citer le *Journal of orthopsychiatry*, qui démarre en 1930<sup>460</sup>, ainsi que *Nervous child* qui paraît sur une période relativement restreinte, de 1941 à 1956, et dans laquelle Kanner publie son fameux article *princeps* sur l'autisme infantile précoce. L'Europe n'est pas en reste avec la publication, dès 1934, d'une revue multilingue, *Acta paedopsychiatrica* (qu'on nomme également *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*), dont le premier rédacteur

459 Koupernik/Eisenberg 1969, 47.

460 Sa publication se poursuit jusqu'aujourd'hui, sous l'égide de la Global Alliance for Behavioral Health and Social Justice, association pour laquelle la santé mentale des individus dépend fondamentalement du contexte social.

en chef est Moritz Tramer, pédopsychiatre suisse qui écrit en allemand et dont les manuels sont traduits notamment en français<sup>461</sup>. En France, la principale revue de psychiatrie de l'enfant, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, démarre en 1953. À côté de ces revues spécialisées dans le champ de l'enfance, les psychiatres pour enfants écrivent dans les grandes revues de psychiatrie générale (par exemple l'*American journal of psychiatry*), et les grandes revues médicales généralistes (le *British medical journal*, entre autres). Cependant, le JACS est le premier à afficher le nom de pathologies particulières, deux entités pathologiques qu'elle porte comme deux emblèmes et dans une certaine symétrie : l'autisme d'un côté, la schizophrénie de l'enfance de l'autre. Trois dates marquent cette revue trimestrielle. La première, 1971, lance la revue et donne à lire ses motifs. La dernière, 1978, en tire le bilan et explique la nécessité du changement à venir, de titre et de ligne éditoriale. Dans cet intervalle, l'année 1974 marque déjà un tournant avec l'arrivée d'un nouveau rédacteur en chef, Schopler suite au départ de Kanner, son fondateur.

1971, c'est bien tard pour lancer une revue de ce genre, alors que les premiers développements de la psychiatrie de l'enfant remontent à l'entre-deux-guerres et que les premières chaires universitaires *ad hoc* ont été créées puis distribuées dans le monde entier durant les années 1950. Nous tenterons d'approcher les raisons de cette publication à retardement dans le contexte américain. Le premier article de la revue JACS est rédigé par Bertram S. Brown, directeur de l'Institut national de santé mentale de 1970 à 1977. Établie après la Deuxième Guerre mondiale en section de l'Institut national de la santé, celle-ci s'autonomise à partir de 1967.

Pédiatre de formation, Brown évoque à la fin de son article sa proximité personnelle et professionnelle avec le thème de la revue, à travers son cursus et peut-être sa vie familiale. Son premier article d'étudiant en médecine était consacré à la schizophrénie de l'enfant, telle qu'on l'envisageait aux États-Unis

461 Tramer 1949.

dans les années 1950<sup>462</sup>. Il avait en fait observé des « jumeaux autistiques »<sup>463</sup>, alors âgés de 5 ans. Cependant, c'est le champ du retard mental qui le conduit à travailler auprès de la présidence américaine, à la Maison-Blanche occupée alors par John F. Kennedy, investi dans la promulgation de différentes lois à portée médico-sociale. Dès son arrivée à la direction de l'agence, il annonce que la santé mentale de l'enfant devient la « priorité numéro un de l'Institut »<sup>464</sup>. Cette priorisation, ainsi qu'un souci de mobiliser l'ensemble des acteurs de terrain (groupes professionnels, associations pourvoyeurs de services d'aide, associations de patients, groupes divers de citoyens), laissent à penser qu'il est directement concerné. « C'est mon vœu le plus cher (...) que nous soyons en mesure d'offrir à nos enfants non seulement plus de soins et de meilleurs soins, mais aussi la chance de vivre sans la maladie grâce à la prévention et à la guérison », écrit-il en 1971<sup>465</sup>.

Ce premier article va droit au but en présentant tout de go l'objet de la revue. Alors que l'autisme et la schizophrénie de l'enfant sont mentionnés dans le titre de la publication, pour la psychiatrie de l'enfant devenue une « discipline scientifique légitime », « porter la plus grande attention aux enfants psychotiques devient une tâche inévitable et impérieuse »<sup>466</sup>. La question des psychoses de l'enfant motive donc à elle seule la publication d'une nouvelle revue dont l'objectif principal est de rassembler les forces et les contributions scientifiques jusque-là éparses concernant l'étude et le traitement des psychoses de l'enfant. Brown fait le constat d'un matériel d'étude conséquent qui s'est accumulé au sein de groupes isolés les uns des autres. Étude de cas, données statistiques, points de vue, expériences thérapeutiques, théories diverses et hypothèses multiples se diffusent dans des publications non spécifiques. Selon lui, il était temps de les rassembler, pour les confronter, afin d'établir les avancées les plus pertinentes dans la compréhension de ces pathologies.

462 Brown 1957.

463 Brown 1971, 13.

464 Brown 1971, 13.

465 Brown 1971, 13.

466 Brown 1971, 2.

Quel meilleur choix que le plus vénérable des psychiatres d'enfants américains, son « doyen »<sup>467</sup>, pour mener à bien cette entreprise ? Le parcours de Kanner permet de justifier qu'une « *task force* »<sup>468</sup> lui soit confiée. C'est d'abord un parcours migratoire qui commence en Autriche puis en Allemagne avant d'arriver à l'âge de 30 ans sur le sol américain, en 1923-1924. Élève de Meyer, il crée en 1930 le premier service de pédopsychiatrie associé à une unité de pédiatrie. C'est seulement en 1957 – mais tout de même quatorze ans avant la revue – qu'une chaire professorale de psychiatrie de l'enfant est créée à l'Université Johns Hopkins à son intention, deux ans avant qu'il n'y obtienne son éméritat. Autrement dit, à l'âge de 77 ans, Kanner lancerait une revue, plus de dix ans après le début de sa retraite. On peut alors se demander si la revue ne constitue pas une distinction honorifique supplémentaire pour lui. Mais, là encore, pourquoi attendre aussi longtemps après sa retraite officielle, qui ne signifie certes pas l'abandon de toute activité d'enseignement<sup>469</sup> mais qui signe l'arrêt de recherches actives sur le plan médical ?

En fait, Kanner répond à l'appel d'un parent d'enfant malade, un certain Victor H. Winston, qui souhaite stimuler la recherche dans le domaine des maladies mentales sévères de l'enfant, en publiant une nouvelle revue spécialisée. Winston est connu pour avoir édité de revues de géographie et de sciences sociales<sup>470</sup> ; il est suffisamment proche de Kanner pour publier son recueil florilège de 1973 sur les psychoses de l'enfant<sup>471</sup>. Kanner s'entoure d'un cercle resserré rassemblant les meilleurs spécialistes : Eisenberg, qui édite un autre journal important pour la spécialité, l'*American journal of orthopsychiatry*, Carl Fenichel,

467 Brown 1971, 2.

468 Il est remarquable que l'expression anglo-saxonne soit reprise par les organisateurs du DSM. Expression d'origine militaire utilisée par la Royal Navy, elle est devenue très commune en langue anglaise pour désigner la réunion d'un ensemble d'experts pour s'attacher à un problème particulier durant un temps donné. En ce sens, elle correspond à une image de puissance et de concentration de moyens dévolue à une tâche. Le problème serait ainsi pris à bras-le-corps, dans un souci d'exhaustivité des solutions disponibles.

469 Kanner continue en effet à donner des cours du soir à Johns Hopkins.

470 Bond 2017.

471 À noter que ce recueil vient à la suite de celui de Louise Despert (1968) sur la schizophrénie de l'enfant.

William Goldfarb, Seymour Kety, Karl Pribram et Michael Rutter. Le bureau est constitué de sommités internationales : Creak, John Wing (Grande-Bretagne), van Kreveken (Pays-Bas), Hermann Stutte (République fédérale d'Allemagne), Jakob Lutz (Suisse), Koupernik, Schachter (France), Giovanni Bollea (Italie), Kiyoshi Makita (Japon). La psychanalyse est représentée par Spitz et Mahler. La revue peut en outre s'enorgueillir des conseils de deux prix Nobel, Joshua Lederberg (1958, génétique) et Linus Pauling (1954, chimie). Kanner cherche manifestement à légitimer sa spécialité sur le plan scientifique :

Les avancées scientifiques dépendent du fait qu'on ne se satisfait pas du *statu quo*, d'une curiosité constante et d'une saine objectivité qui ne tombe pas dans des confusions mais soutient des conclusions. La psychiatrie partage ces critères avec toutes les autres sciences<sup>472</sup>.

Après deux années d'existence, Brown entend faire de la revue un point d'étape<sup>473</sup>. Le professeur de santé publique reprend dans un premier temps une analyse épistémologique de Kanner qui considère les trois périodes qui séparent sa découverte de l'autisme infantile des années 1970. La première période correspond à la parution de l'article *princeps* de Kanner en 1943. Durant la décennie 1950, l'intérêt pour l'autisme va croissant dans le champ de la recherche. Le diagnostic se répand surtout aux États-Unis où l'on assiste déjà à une « dilution du concept original »<sup>474</sup>. La troisième période correspond aux années 1960 au cours desquelles l'on assiste à un retour à un diagnostic plus restreint basé sur des critères précis. Le nouvel intérêt pour les enfants cérébrolésés n'y serait pas étranger, délaissant l'autisme auparavant élargi. Le JACS s'inscrit donc à la suite de ces décennies mouvementées qui ouvriraient la voie à une étude enfin équilibrée. À côté d'articles originaux, la revue propose des résumés de la littérature internationale ainsi que des critiques d'ouvrages récemment parus. À ce propos, 1973 est l'année de parution de la quatrième édition du manuel

472 Brown 1971, 4. Brown cite ici Kanner sans référence bibliographique.

473 Brown 1973.

474 Brown 1973, 2.

de pédopsychiatrie, *Child psychiatry*, de Kanner dont on trouve un compte-rendu, sans surprise laudateur<sup>475</sup>.

Alors que sont distinguées les contributions des tenants de la schizophrénie de l'enfant – Bender, Creak, Despert, Mahler, Spitz – celles dédiées au champ du diagnostic différentiel sont les plus valorisées. Elles concentrent en effet les efforts d'une modernité pour « mettre de l'ordre dans la maison »<sup>476</sup>. Les premiers sont volontiers rangés du côté d'une histoire de la science de l'homme. Finalement, commencée en 1971 sous le patronage de la haute santé publique américaine à l'instigation de parents d'enfants malades, la revue fait d'abord place à l'ensemble des points de vue existant sur les psychoses de l'enfant. « Après trente ans d'une première reconnaissance et d'une fascination grandissante de ces problèmes »<sup>477</sup>, l'heure est au rassemblement. Mais très rapidement le champ du diagnostic différentiel va introduire le déploiement de la perspective développementale.

Dès 1974, un changement important est amorcé avec un nouvel éditeur basé à New York (Plenum Press) et l'arrivée d'un nouveau rédacteur en chef, Schopler, qui se propose d'améliorer le contenu de la revue<sup>478</sup>. D'un côté Schopler se place dans la continuité du fondateur de la revue, mobilisant les mêmes méthodes qu'en 1971. Il s'agit, par une mise en commun de tous les points de vue, d'étudier et de comprendre mieux l'autisme, la psychose de l'enfant et les troubles du développement associés. Il est intéressant de noter que, sous la plume de Schopler, la schizophrénie de l'enfant disparaît au profit, semble-t-il, des psychoses de l'enfant. D'un autre côté le nouveau rédacteur en chef entend développer les liens entre la recherche scientifique expérimentale et la recherche clinique. Si la revue publie toujours des travaux originaux basés sur des études expérimentales objectives dérivées des conditions de laboratoire contrôlées et sur des données cliniques objectives à partir des conditions naturelles de la clinique, de l'école et

475 Lourie 1973.

476 Brown 1973, 3.

477 Brown 1971, 5.

478 Schopler 1974a.

de l'environnement de la vie quotidienne, Schopler tente de rapprocher ces deux types d'étude : ils doivent partager une même rigueur méthodologique et les résultats de l'une peuvent nourrir les études de l'autre. Cependant, la nouvelle politique éditoriale va plus loin. Elle consiste à répondre plus directement à des problèmes réels de la vie des patients, l'enfant et sa famille. Il s'agit donc de rapprocher les parents et les professionnels. Deux nouvelles rubriques sont créées. Une de « questions, réponses et commentaires » correspond à une sorte de courrier des lecteurs, qui ont la possibilité de s'adresser directement aux auteurs, et une qui s'intitule « les parents ont la parole » (*parents speak*).

Comment Schopler se retrouve-t-il propulsé rédacteur en chef de la revue de Kanner, poste qu'il conservera durant plus de vingt ans, jusqu'en 1997 ? Né en Allemagne, il a émigré avec sa famille aux États-Unis vers l'âge de 10 ans. Lors du lancement de la revue, il ne fait pas partie du cercle rapproché de Kanner mais siège au comité de rédaction en tant que directeur d'un projet de recherche sur l'enfant à l'École de médecine de Caroline du Nord. De nos jours, Schopler est surtout connu pour sa mise au point d'une méthode thérapeutique et éducationnelle qui entend agir sur les interactions enfant-parents, le Treatment and Education of Autistic and related Communication-Handicapped Children (TEACCH). À l'époque où il prend la direction du JACS, il est en pleine élaboration de sa méthode d'intervention structurée qui fait des parents des co-thérapeutes auprès de leur enfant malade<sup>479</sup>.

La fin du journal sous le titre *Journal of autism and childhood schizophrenia* est annoncée dans le dernier numéro de l'année 1978. Un nouveau titre laisse en place l'autisme et fait disparaître la schizophrénie infantile au profit des troubles développementaux : *Journal of autism and developmental disorders*. Les auteurs proclament s'inscrire dans une continuité historique, afin de se placer sous l'égide du maître Kanner. Pourtant le changement est majeur et va bien au-delà d'un simple changement de nom. À partir d'un pluralisme revendiqué, le nouveau journal entend se consacrer à « toutes les psychopathologies sévères et les troubles

479 Schopler/Reichler 1971.

développementaux de l'enfant, avec un intérêt spécial pour ceux qui peuvent être reliés à l'autisme »<sup>480</sup>.

Officiellement, ce remplacement de la schizophrénie par les troubles du développement constitue un élargissement des objets d'étude afin d'ouvrir de nouvelles pistes de recherche. « Cet élargissement circonscrit et prudent devrait préciser les facteurs développementaux impliqués dans la construction du tableau symptomatique autistique. »<sup>481</sup> En fait, la schizophrénie de l'enfant se différencie précisément de l'autisme infantile. Les troubles du développement ne la remplacent donc pas véritablement au sens où ils l'engloberaient. C'est un autre point de vue qui est ici valorisé pour avancer des pistes de recherche concernant l'autisme. La juxtaposition dans le titre de la revue des deux termes semble souligner les liens qui existeraient entre les deux. Autisme et schizophrénie de l'enfant ont partie liée au sens où Kanner avançait l'idée de l'autisme comme forme la plus précoce de schizophrénie. Pour les nouveaux rédacteurs en chef, cette idée est battue en brèche par les données scientifiques justement publiées par la revue JACS. La distinction s'étaye sur deux arguments : l'âge de début – très précoce pour l'autisme – et l'absence d'évolution de l'un vers l'autre – l'autisme n'évolue pas en général vers la schizophrénie et la schizophrénie n'a pas pour antécédent l'autisme. « La distinction entre les deux troubles est éclaircie. »<sup>482</sup> L'éviction de la schizophrénie du nouveau titre de la revue est justifiée par les doutes entourant le concept de schizophrénie pour l'enfant et sa désuétude puisque seulement 6 % des articles envoyés pour publication à la revue utilisaient le terme.

L'autisme, conservé dans le titre, fait l'objet d'une attention croissante. Il s'agit du terme mis en avant par Kanner, bien qu'il soit qualifié de « choix malheureux »<sup>483</sup> par Rutter. 1978 est l'année au cours de laquelle la revue publie de larges extraits d'un ouvrage de Schopler et Rutter qui s'attachent à refonder le concept d'autisme infantile<sup>484</sup>. En quoi le changement de point

480 Anonyme 1978.

481 Schopler/Rutter 1979.

482 Schopler/Rutter 1979, 3.

483 Rutter 1978, 139.

484 Rutter/Schopler 1978.

de vue de la revue est-il annoncé comme significatif ? Les sujets d'intérêt se précisent. Les données biologiques sont appelées à être plus nombreuses, aussi bien biochimiques que métaboliques, neurologiques ou génétiques. On envisage l'ensemble du développement, la manière dont il se trouve impacté par les « processus déviants »<sup>485</sup>, mais aussi l'influence de l'environnement et les effets sur lui des comportements individuels déviants dans des modèles d'interaction impliquant la famille, le groupe de pairs ou plus largement des facteurs sociaux. Toutes les approches thérapeutiques sont valorisées, depuis le traitement médicamenteux jusqu'aux abords communautaires ou institutionnels selon un spectre d'interventions. Enfin, la nosographie est l'objet d'une attention toute particulière, reconnue centrale dans l'orientation de la recherche et *in fine* des soins proposés.

La revue formalise également les types de contribution qu'elle souhaite publier. Quatre formes principales sont retenues : l'article original de recherche, l'article de revue généraliste, l'étude de cas, la correspondance à laquelle s'associe le petit rapport (*brief report*). À ces contributions scientifiques s'ajoute une nouvelle rubrique « recensions » ; le courrier des parents se dote d'un nouveau nom, *Parents' column*. Cette place accordée aux parents est justifiée par une attention portée aux remontées du terrain. Il est admis que la seule démarche scientifique ne permet pas d'aborder toutes les questions pertinentes et tous les sujets importants pour les patients.

Le changement de nom du journal traduit donc un tournant éditorial qui oriente les recherches du côté d'une approche développementale. Début 1977, on pouvait en lire quelques signes avant-coureurs à travers une note de l'éditeur qui appelait à soumission des travaux concernant « l'enfant plus âgé »<sup>486</sup>. Mieux comprendre l'adolescence et le devenir adulte des personnes autistiques permettrait de mieux accompagner ces enfants dont les besoins évoluent avec le temps. L'encouragement à publier sur ce thème du développement affecte chaque « domaine

de recherche et de traitement de l'autisme »<sup>487</sup>. En lien avec ce prisme développemental revendiqué en 1979, la revue publie la même année un numéro spécial consacré à la recherche comportementaliste<sup>488</sup>, sous la direction de Laura Schreibman. Le développement sert ainsi de caution à des orientations théoriques et thérapeutiques spécifiques.

En 1978, la préparation du DSM-III avec ses critères opérationnels pour définir et diagnostiquer les maladies mentales est en cours. L'autisme est bien sûr concerné. Le nouveau nosographique était lancé en pédopsychiatrie dès 1975 par l'école anglaise, emmenée par Rutter, David Shaffer et Michael Shepherd, qui proposent alors avec force une classification multiaxiale des troubles psychiatriques de l'enfant, sous l'égide de l'OMS<sup>489</sup>.

### Les psychoses comme objet principal

Si l'expression « psychose de l'enfant » (*childhood psychosis*, qu'il faudrait traduire littéralement par « psychose de l'enfance ») n'apparaît pas dans le titre de la revue de Kanner, cette entité constitue en revanche l'objet central d'étude qui mobilise le comité éditorial. On peut s'étonner de cette invisibilité dans le titre, et mettre en avant l'hypothèse que ces psychoses de l'enfant restent présentes en filigrane. Car elles sont bien présentes tout au long des numéros à travers deux termes, le substantif « psychose » et l'adjectif « psychotique ».

Le premier article de la revue écrit par Brown constitue un préambule qui assoit la légitimité de la revue du côté de la santé publique et de la santé mentale en général. Celui qui vient à la suite, écrit par Kanner, lance véritablement la revue en proposant une perspective historique sur les psychoses de l'enfant<sup>490</sup>. Comment comprendre ce deuxième article ? Est-ce une manière

485 Anonyme 1978.

486 Rutter/Schopler 1977, 1.

487 Rutter/Schopler 1977, 1. Cette préoccupation n'est pas nouvelle pour Rutter. Dès 1966, on retrouve un texte de sa plume sur la question (Rutter 1966).

488 Schopler 1979.

489 Rutter/Shaffer/Shepherd 1975.

490 Kanner 1971a.

tout à fait convenue de commencer, à l'instar de nombreux travaux qui commencent par l'histoire de l'objet ou de son étude, afin de mieux situer sa propre perspective ? Est-ce une façon de reléguer les psychoses de l'enfant au passé de la pédopsychiatrie, spécialité récente ? Comment, en fin de compte, l'histoire est-elle utilisée ?

L'abord historique permet à Kanner de s'inscrire lui-même dans l'histoire et de qualifier ce moment du début des années 1970, mûr selon lui pour voir advenir « un dépôt central des activités de recherches et cliniques disparates dans de nombreuses sciences adjacentes et dispersées dans de nombreux pays »<sup>491</sup>. Revue multidisciplinaire, le JACS est dévolu « à toutes les psychoses et aux troubles sévères du comportement de l'enfance »<sup>492</sup>. On y trouve bien sûr les deux grandes entités présentes dans le titre, l'autisme et la schizophrénie, mais également d'autres conditions psychotiques qui ont reçu relativement peu d'attention jusque-là selon Kanner : épisodes maniaco-dépressifs et phénomènes psychotiques associés à la déficience mentale, mais aussi à des troubles somatiques démontrés (cérébraux ou métaboliques). Kanner constate l'accumulation de travaux concernant ces troubles psychotiques sur les cinquante dernières années. Il y aurait, selon lui, un certain besoin de s'y retrouver, de mettre de l'ordre. Il s'appuie sur la demande des patients eux-mêmes, en l'occurrence les parents qui ne supporteraient plus le « flou diagnostique » (*would-be diagnostic name-calling*)<sup>493</sup>. Il critique vertement la focalisation des auteurs sur l'implication des liens mère-enfant dans la pathologie et associe cette focalisation à un dénominateur commun et, partant, à un mélange diagnostique. À quoi cela sert-il, en effet, de discerner les situations, si tout revient à une même cause ? Car ici le diagnostic se confond avec l'hypothèse étiologique.

En six pages, il est bien évident que Kanner ne propose pas une véritable histoire des psychoses de l'enfant, ce qu'il admet volontiers. Mais c'est au double sens d'une historiographie très

partielle et d'une science jeune qui se construit et à laquelle la nouvelle revue entend fortement contribuer. Kanner croit être entré dans une nouvelle ère scientifique en utilisant une analogie qu'il reprend à Bleuler, celle de la théorie des miasmes levée grâce à la découverte des bactéries :

Nous sommes en train juste de nous éloigner des explications sommaires ressemblant à la théorie des miasmes basées sur des opinions, des postulats grossiers, des jeux de mots, dans la recherche de données factuelles concernant l'origine, la phénoménologie, la pathologie, l'épidémiologie, et la psychodynamique<sup>494</sup>.

En lieu et place apparaîtraient enfin des « essais itératifs thérapeutiques, heuristiques et expérimentaux, commençant à être vérifiés par des études de suivi contrôlées »<sup>495</sup>. Dès la fin de la première année de parution de la revue, Kanner tire un premier bilan et place sa revue à un moment charnière de l'histoire de la pédopsychiatrie. Elle se situe ainsi entre une rétrospective et une prospective<sup>496</sup>. Puis, cette histoire des psychoses laisse la place à une histoire des « déviations développementales » en 1973, dans le dernier article de Kanner comme rédacteur en chef de la revue<sup>497</sup>. Il s'appuie sur 27 références, ses propres articles, abordant chacun un aspect de l'histoire de la pédopsychiatrie. Manifestement, Kanner se met en scène et s'inscrit lui-même dans cette historiographie. « Cela ne peut pas être fait sans un certain degré d'auto-implication biographique »<sup>498</sup>, se justifie-t-il. Toujours est-il que l'histoire de la discipline, la manière dont elle s'écrit, traduit l'orientation du regard clinique d'un moment particulier. 1973 n'est déjà plus 1971, et Kanner passe le relais aux approches développementales.

L'appellation est utilisée sur une période très circonscrite, de 1971 à 1973 donc. Les théoriciens de la psychanalyse, et d'autres théories contemporaines, considèrent les psychoses

491 Kanner 1971a, 19.

492 Kanner 1971a, 19.

493 Kanner 1971a, 19.

494 Kanner 1971a, 18.

495 Kanner 1971a, 18.

496 Kanner 1971c.

497 Kanner 1973a.

498 Kanner 1973a, 187.

de l'enfant. Elles sont l'objet très précocement d'un débat nosographique avec l'idée de faire éclater ce regroupement nosologique<sup>499</sup>. La revue accueille de manière éclectique tous les courants théoriques et se flatte de publier les psychanalystes reconnus de l'époque. D'autres théories de l'époque se concentrent sur la dénomination de psychoses de l'enfant. L'approche cybernétique associe perspective comportementale et analyse assistée par ordinateur, à la fois pour tenter de préciser les difficultés adaptatives des enfants psychotiques et proposer des pistes thérapeutiques ou de remédiation. Cette approche scinde en deux parties opposées toute conception processuelle : le *hardware* représente la structure qui ne peut être modifiée, le *software* correspond au programme qui peut être remanié et dont on peut faire varier les informations reçues. Les interactions et la communication peuvent également être conceptualisées à travers l'approche cybernétique, qui considèrent alors les psychoses de l'enfant comme un trouble complexe du traitement de l'information<sup>500</sup>.

Les psychoses de l'enfant génèrent d'emblée un débat nosographique sur la pertinence de leur regroupement et l'opportunité de leur différenciation, qui prend autrement la forme d'une question de diagnostic différentiel<sup>501</sup>. Cependant, la dichotomie persiste dans un premier temps, entre autisme d'un côté et schizophrénie infantile de l'autre. Les études montrent un pourcentage concordant de 10 % d'enfants autistiques sur l'ensemble des psychoses de l'enfant diagnostiquées<sup>502</sup>. En fait, lorsque Eisenberg, successeur de Kanner à Baltimore puis professeur de psychiatrie et de médecine sociale à Harvard, reconsidère la classification des psychoses de l'enfant, il contrevient à un mouvement de type antinosographique qui tend à regrouper sans distinction les psychoses de l'enfant. Mais ce « chaos »<sup>503</sup> se double d'une confusion dans les termes : les psychoses de l'enfant mélangées ont pour nom générique aux États-Unis

499 L'ouvrage de Kanner publié en 1973, qui porte cette expression pour titre, recueille et synthétise ses travaux dans un registre conclusif.

500 Kahn/Arbib 1973, 269.

501 Davids 1975.

502 Voir Rimland 1971.

503 Eisenberg 1972, 340.

« schizophrénie de l'enfant ». Ainsi s'explique la juxtaposition dans ce même numéro de 1972 d'un article de Rutter titré « La schizophrénie de l'enfant reconsidérée »<sup>504</sup> quand Eisenberg considère que c'est l'ensemble de la classification des psychoses de l'enfant qui se trouve dès lors à reconsidérer. Eisenberg soutient en outre l'importance du diagnostic en tant que tel, et avec lui du diagnostic différentiel, en distinguant quatre entités à l'intérieur des psychoses : schizophrénie, psychose désintégrative, autisme infantile et une catégorie résiduelle d'autres psychoses mal définies.

En 1973, Kanner publie un recueil de textes qu'il intitule *Child psychosis*, sous-titré *Initial studies and new insights*. S'y succèdent dans l'ordre chronologique ses principaux articles, sélectionnés sur une quarantaine d'années. Bernard Rimland, psychologue spécialiste de l'autisme infantile et membre fondateur de l'Autism society of America (1965), en livre un compte-rendu laudatif dans la revue de Kanner<sup>505</sup>. Véritable compendium, le recueil est à la fois un monument de l'histoire de la pédopsychiatrie et un manuel clinique pour accompagner « tout étudiant sérieux sur le sujet »<sup>506</sup>. Au-delà de l'apologie, Rimland lit le recueil comme une mise au point rétablissant quelques vérités historiques sur les positions de Kanner. D'abord Kanner a toujours pensé l'autisme comme un trouble inné bien qu'il ait employé la qualification de « parent réfrigérateur »<sup>507</sup>. Ensuite, le diagnostic lui semble porté de manière trop vague. Il préfère des critères stricts, ce qui diminue par dix la prévalence. Enfin, l'intelligence des parents d'enfants autistiques semble particulièrement élevée pour Kanner, ce que confirme Rimland en 1973<sup>508</sup>.

Nous retrouvons dans ce recueil un article, initialement publié en 1965, dans lequel Kanner met en parallèle l'autisme qu'il a identifié et les schizophrénies conceptualisées par Bleuler<sup>509</sup>. De même, dans un article anniversaire de 1973, soit trente ans après la publication de son article *princeps*, il n'a pour

504 Rutter 1972.

505 Rimland 1973.

506 Rimland 1973, 88.

507 Rimland 1973, 89.

508 Ce point de vue est complètement invalidé aujourd'hui.

509 Kanner 1965, repris dans Kanner 1973b.

référence que deux auteurs : Bleuler pour la schizophrénie et lui-même pour les psychoses de l'enfant, citant son propre recueil<sup>510</sup>. Eisenberg, alors âgé de 51 ans, livre en guise de préface du recueil quelques informations sur la relation qui unit Kanner à ses maîtres, psychiatre – Meyer – et pédiatre – Edwards A. Park – à Baltimore. L'avant-propos de Rutter relève la pertinence historique de l'observation *princeps* de Kanner, « premier rapport précis d'un trouble d'intensité psychotique présent depuis le début de la vie »<sup>511</sup>. Rutter en fait un modèle de lien entre psychose et développement (en 1973), qui se distingue clairement de la schizophrénie de l'enfant. Il pointe le courage de Kanner qui avance un trouble inné dans une « période d'environnementalisme épidémique »<sup>512</sup>. Endossant l'héritage de Kanner reconnu comme père fondateur de la psychiatrie de l'enfant dans le monde de langue anglaise, il avance ce faisant sa propre thèse de l'autisme comme trouble cognitif.

Une fois Kanner parti, le terme de psychose disparaît peu à peu de la revue. On retrouve seulement, à partir d'une référence de psychiatrie classique française, l'expression « folie à deux » dans un article de 1976 transcrivant l'histoire d'une petite fille de 10 ans présentant un délire en lien avec ses parents<sup>513</sup>. Les psychoses seraient-elles reléguées à l'anecdote historique ? Il pourrait sembler redondant de s'intéresser à l'adjectif psychotique à la suite du substantif psychose. Il se trouve que l'adjectif apparaît utilisé au-delà d'un emploi assumé du substantif. Le caractère, ou la qualité, psychotique serait donc d'un usage plus large que la psychose, mobilisé tout au long des années de diffusion du JACS et au-delà. Les troubles d'ordre psychotique chez l'enfant sont envisagés selon les anomalies du développement du langage retrouvé. Ainsi sont reliés par une caractéristique commune la schizophrénie et l'autisme de l'enfant. De ce point de vue, les enfants psychotiques ont un trouble central du langage dont la sévérité génère des troubles de la communication, de la relation, et *in fine* de la relation d'objet<sup>514</sup>.

510 Kanner 1973c, 95.

511 Rutter 1973, 7.

512 Rutter 1973, 8.

513 Simonds/Glenn 1976.

514 Churchill 1972.

Une étude clinique de 1973 émanant de la Clinique Lafayette de New York raconte à elle seule l'évolution du terme psychotique sur une vingtaine d'années<sup>515</sup>. Une diminution de son emploi est patente (un tiers de moins), avec la même évolution pour les psychoses que pour la schizophrénie de l'enfant. Ce qui aurait changé, c'est la reconnaissance et le traitement de troubles qui s'expriment par des comportements de type psychotique, mais qui correspondent en fait à des troubles du moi que l'on peut appréhender d'un point de vue développemental (prématurité, malnutrition). Augmenter les capacités de fonctionnement et l'estime de soi s'avère efficace et amende les symptômes d'ordre psychotique. Ainsi se détermine une sortie du diagnostic de psychose, ou bien se justifie la notion de réaction psychotique. Finalement, le psychotique renvoyait au bizarre, à l'incompréhensible. Trouver des facteurs explicatifs accessibles à une intervention thérapeutique permet d'abandonner le terme de psychose. Reste l'adjectif psychotique, pour qualifier ce regroupement de symptômes quelles que soient leurs origines et leurs fluctuations. Par ailleurs, le domaine des études génétiques requiert une définition fine des diagnostics afin de s'appuyer sur des phénotypes cohérents avant la mise en œuvre d'une recherche génotypique. L'adjectif psychotique a l'avantage de qualifier un ensemble de conditions, qui intéressent enfants et adultes, et qui regroupent des tableaux apparaissant à des âges différents de la vie. Un phénotype général est donc permis avec des degrés divers et des expressions différentes. La « condition psychotique » relie des maladies mentales différenciées au sein d'une famille<sup>516</sup>.

Le terme de psychotique s'emploie encore durant la dernière année de parution du JACS, pour qualifier des enfants, par opposition à l'épithète « retardé » (*delayed*). Ainsi une échelle est-elle mise au point à destination de l'ensemble des adultes qui entourent l'enfant dans sa vie quotidienne (parents, enseignants, éducateurs) pour mieux objectiver les comportements et les capacités de développement et d'apprentissage. Si le retard

515 Piggott/Simson 1975.

516 Hanson/Gottesman 1976.

renvoie à un décalage dans le temps, la caractéristique psychotique suggère un trouble, plus complexe, mêlant les difficultés selon les domaines de développement. On retrouve cette dichotomie – retardé *versus* psychotique – sous la plume de Lorna Wing<sup>517</sup> qui inventera trois ans plus tard le syndrome d'Asperger. Bien après 1978 et la fin du JACS, nous retrouvons le terme psychotique, y compris dans des études concernant l'autisme infantile. Curieux renversement : l'autisme étant d'abord une caractéristique de la schizophrénie, elle-même une forme de psychose, le discours du patient atteint d'autisme est susceptible de contenir des éléments psychotiques. En effet, c'est le discours qui est qualifié de psychotique lorsque « des mots ou des phrases sont intelligibles mais apparaissent hors du contexte »<sup>518</sup>. Enfin, l'adjectif se substantive pour qualifier l'ensemble des expressions symptomatiques du patient. Ainsi retrouve-t-on dans cette même étude une référence sur le délire « chez les psychotiques »<sup>519</sup>.

Les psychoses de l'enfant apparaissent donc largement dans la revue de Kanner au début de sa parution, au cours des années 1971-1973. Psychose et psychotique qualifient l'objet d'étude qui concentre l'attention des premiers contributeurs. Cependant, l'appellation se raréfie au fil du temps. Nous en dénichons quelques reliquats, parfois isolément, telle une résurgence d'ordre historique, parfois sous la forme persistante de l'adjectif qui continue à rallier les chercheurs sans engager une conception trop marquée de la pathologie qui concerne en fait de plus en plus le développement. Finalement, l'article de Leonard Piggott, psychiatre exerçant à la Lafayette Clinic, « *Changing diagnosis of childhood psychosis* »<sup>520</sup>, semble bien traduire ce qu'il en est des psychoses de l'enfant : un ensemble nosographique qu'on ne comprend fondamentalement pas. Dès que des facteurs ont pu être identifiés sur lesquels on peut agir de manière efficace, autrement dit thérapeutique, les patients perdent le diagnostic de psychose. Dans cette perspective épistémologique, les psychoses de l'enfant sont vouées à disparaître à la faveur des succès de la jeune science médicale.

517 Wing/Gould 1978.

518 Durand/Crimmins 1987.

519 Winter/Neale 1983.

520 Piggott/Simson 1975.

## La schizophrénie infantile déclinante

La schizophrénie de l'enfant est l'une des deux entités nosologiques présentes dans le titre de la revue lancée par Kanner en 1971. C'est celle qui sera écartée lors de son remaniement en 1979. Afin de mieux comprendre cette éviction, il nous semble intéressant d'étudier successivement les auteurs des articles traitant de cette entité dans le JACS, les domaines de la maladie qu'ils mettent en avant, ainsi que l'évolution, au cours des huit années d'existence de la revue, de sa place. L'éminence de cette revue sur le plan international dans le champ de la pédopsychiatrie nous autorisera par homothétie à conclure sur l'évolution du concept de schizophrénie infantile durant les années 1970.

La psychiatre américaine Lauretta Bender est une figure incontournable de l'étude de la schizophrénie infantile, grande spécialiste des psychoses de l'enfant<sup>521</sup>. Travaillant à l'Institut de psychiatrie de l'État de New York, elle en propose dès le deuxième numéro une mise en perspective épistémologique<sup>522</sup>. Si les adjectifs varient pour qualifier ces enfants – schizophréniques, autistiques, psychotiques ou simplement déviants –, les modèles explicatifs s'opposent sans parvenir à une étiologie satisfaisante ni à un traitement efficace. Bender distingue cependant l'intérêt des théories pour un cas et leur faible valeur pour une recherche étiologique et un traitement. L'argument de l'ubiquité – le trouble est retrouvé partout, il traverse toute catégorisation socio-culturelle – est avancé sans conséquence importante. Que ce soit le modèle psychanalytique ou le modèle social, la situation des parents est mise en avant parfois comme cause partielle, mais demeure toujours une conséquence au sein de la famille. Certains abords centrés sur le patient améliorent sa situation personnelle, sans que l'on puisse affirmer qu'ils fonctionneraient pour d'autres.

Bender souligne l'importance de l'inné qui porte des noms différents selon les auteurs (constitutionnel, biologique,

521 Bender 1969. Nous avons étudié en détail ses contributions dans le chapitre 5.

522 Bender 1971.

organique, neurobiologique) et, dans le même temps, l'importance de l'environnement précoce. L'héritabilité et le « *pattern génétique* » comptent et renvoient au fameux lien dans la pathologie entre adulte et enfant. Bender constate la variété de situations cliniques pour le devenir des enfants schizophréniques. Elle défend une idée originale : l'hypothèse phylogénique. Il existerait un « courant d'hérédité schizophrénique »<sup>523</sup> qui rend vulnérable au trouble. « Il peut s'exprimer dans la personnalité et les traits biologiques de beaucoup de personnes qui ne sont pas décompensées »<sup>524</sup>, c'est-à-dire des personnes non malades qui présentent des caractéristiques originales, voire exceptionnelles, surdouées, particulièrement créatives, ou tout simplement remarquables. En conséquence, la schizophrénie est fondamentalement une rupture d'équilibre, une schizophrénie, par construction, décompensée. Différents types d'agressions et de stress se déroulant *in utero* ou dans la vie infantile précoce précipitent la décompensation. Ainsi se trouvent mêlés des facteurs innés et acquis (événements, défenses face à ces événements).

D'après Bender, la schizophrénie n'est pas en soi une pathologie mais un état de l'évolution humaine. Il n'y a donc pas de traitement (*cure*) de la schizophrénie mais un traitement (*care*) de chaque personne schizophrénique décompensée pour les aider à compenser, à faire face, et chez l'enfant à rattraper le décalage de maturation observé. Considérant un phénomène évolutif, Bender définit la schizophrénie en général comme une « structure embryologique plastique indifférenciée dans la maturation de toutes les fonctions humaines, biologiques et psychologiques »<sup>525</sup>. Pour ces personnes, la décompensation mène à la maladie, sinon cela les conduirait à dépasser les limites, « plafond et plancher »<sup>526</sup> des capacités humaines. En ce sens, d'un bout à l'autre, l'alpha et l'oméga de la schizophrénie se lisent comme une « infinitude »<sup>527</sup>.

---

523 Bender 1971, 117.

524 Bender 1971, 117.

525 Bender 1971, 118.

526 Bender 1971, 118.

527 Bender 1971, 118.

Nous retrouvons par ailleurs un certain nombre d'auteurs allemands qui, certes écrivent en anglais, langue reconnue comme internationale, mais citent en référence des travaux européens, de langues allemande (Peter Strunk, Christian Eggers, Stutte) et française (Didier-Jacques Duché, Heuyer). Stutte pratique la pédopsychiatrie à l'Université Philipps de Marbourg et relate dès la première année de parution de la revue un cas de schizophrénie précoce<sup>528</sup>. Un garçon prépubère, âgé de 11 ans et demi, présente des délires et des hallucinations formant un vaste système délirant du type de ceux que l'on rencontre dans la schizophrénie adulte. Sont abordés successivement, comme pour un cas clinique, ses antécédents familiaux, ses antécédents personnels comprenant un état pré-morbide, son examen physique, l'histoire de la maladie, le tableau clinique complet, les tentatives thérapeutiques, ainsi que l'évolution de la maladie sur trois ans. Le système délirant restera inébranlable malgré les soins apportés, ce qui rend le cas exceptionnel par sa précocité. Eggers officie également à Marbourg, puis à Tübingen lorsqu'il propose une histoire naturelle et pronostique de la schizophrénie de l'enfant dans un des derniers numéros du JACS. Il « diagnostique un trouble psychotique chez un enfant comme schizophrénique seulement si des symptômes francs sont retrouvés comme ceux de la schizophrénie de l'adulte »<sup>529</sup>.

Le britannique Rutter remet en cause dès 1972 la notion de schizophrénie de l'enfant qui représente, selon lui, une « mixture étonnamment hétérogène de troubles » qui n'a plus aucun sens scientifique dans la recherche clinique, au point de devoir être reléguée dans les cartons de l'histoire de la psychiatrie<sup>530</sup>. Son intérêt principal aura été d'attirer l'attention sur l'existence des psychoses chez l'enfant. En outre, cette critique sévère est corrélée à la promotion d'une nouvelle nosographie dite multiaxiale prenant en compte le niveau intellectuel, la biologie et les facteurs psychosociaux. Rutter déconstruit la schizophrénie de l'enfant en trois entités : autisme, schizophrénie

---

528 Stutte/Dauner 1971.

529 Eggers 1978.

530 Rutter 1972, 315.

et psychose désintégrative. Finalement, cette nouvelle schizophrénie de l'enfant ainsi formée, resserrée, se rapprocherait donc d'autant plus de la schizophrénie de l'adulte. Et l'élément critiquable dans ce qui est décrit comme un chaos diagnostique est la synonymie fallacieuse entre schizophrénie et psychose de l'enfant. En 1973, les New-Yorkais Piggott et Jacques Gottlieb interrogent directement : *Childhood schizophrenia – What is it?*<sup>531</sup> Pour les auteurs, c'est bien l'hétérogénéité clinique qui domine malgré les différents groupes de critères réunis, contrairement aux adultes schizophrènes qui forment dans leur expérience un groupe beaucoup plus homogène. Cependant, la capacité à développer des relations sociales est atteinte pour l'ensemble des cas. La définition du trouble s'avère extrêmement riche et variable, à la hauteur de cette hétérogénéité. Piggott et Gottlieb décrivent la schizophrénie de l'enfant avec une certaine précision symptomatique, dans un ensemble de tableaux cliniques. Il s'agit aussi d'observer son évolution dans des études longitudinales, pour enfin la situer par rapport à la schizophrénie de l'adulte.

Les études de suivi commencent dès l'entre-deux-guerres. Bender observe une centaine d'enfants schizophrènes à partir du service de l'Hôpital Bellevue à New York sur une trentaine d'années à partir de 1935. En plus de l'évolution de la maladie, elle rapporte des profils familiaux (mère et/ou père atteints par une maladie schizophrénique) et distingue sur le plan épidémiologique différents types de psychoses. La schizophrénie de l'enfant semble représenter le début précoce d'une vie schizophrène, quel qu'en soit le type. La cohorte de Bender identifie seulement un tiers de patients trouvant une intégration sociale et trois quarts de profils familiaux pathologiques. Celle qu'Eggers suit pour sa part à Marbourg durant quinze ans est composée de 57 enfants âgés de 7 à 13 ans, en majorité des filles ; leur pronostic est bon dans 50 % des cas, comprenant 20 % de rémission et 30 % de bonne adaptation sociale.

Un véritable décalque est lisible de l'adulte à l'enfant pour qualifier cette schizophrénie infantile. Son histoire naturelle et ses expressions s'avèrent en effet largement comparables

531 Piggott/Gottlieb 1973.

aux processus schizophréniques chez l'adulte. Eggers pense même que le terme reste « utile pour décrire la manifestation chez l'enfant de caractéristiques spécifiques de la maladie chez l'adulte »<sup>532</sup>. La schizophrénie infantile aurait la même valeur scientifique que ce que le diabète infantile est au diabète de l'adulte. Il s'agit donc de nommer le début « extrêmement précoce » d'une même maladie, constituant un facteur de mauvais pronostic. La référence à Bleuler est obligatoire puisqu'il s'agit du même processus. En dehors de cette maladie, d'autres formes de psychoses de l'enfant devraient trouver leur place : autistique, symbiotique, organique, démence infantile, développement atypique, déviation ou fragmentation du moi (ego), état pseudopsychopathique ou pseudo-névrotique. Orientation particulière à Eggers, ses patients diagnostiqués « schizophrénie de l'enfant » n'ont pas de signe d'insuffisance mentale, de trouble du développement du langage, ni de pathologie cérébrale organique. Eggers s'oppose à Bender, qui ne retrouve pas de symptômes de schizophrénie chez les patients devenus adultes. Ceux-là, selon lui, ne l'ont jamais été, pas plus enfants qu'adultes. Un profil d'organicité au premier plan lui paraît contradictoire avec le diagnostic de schizophrénie.

Une symptomatologie abondante se décline selon l'âge des enfants considérés. Eggers fixe des limites d'âge : avant 10 ans, après 14 ans, et la période prépubertaire dans l'intervalle. Une sorte de loi régit les tableaux cliniques. Si tous partagent une perte de contact avec la réalité, les tableaux se rapprochent d'autant plus de ceux de l'adulte qu'ils concernent des enfants plus âgés<sup>533</sup>. La clinique est richement décrite à l'instar d'un tableau bleulérien : activité réduite, intérêts restreints ou en deçà de ceux attendus pour l'âge, indifférence aux jeux usuels sociaux et moteurs, mouvements perturbés (stéréotypie, hyperkinésie, maniérisme, postures bizarres), négativisme, troubles du contact, retrait dans un monde personnel autistique, troubles du langage (écholalie, phonographisme, néologisme) qui mènent

532 Eggers 1978, 22.

533 Eggers 1978, 25.

à la « désintégration »<sup>534</sup> du langage, et le plus souvent vers une modification de la personnalité jusqu'à la démence. De grands changements émotionnels peuvent se traduire par des variations de l'humeur, une forte anxiété, une méfiance excessive, une familiarité incongrue, mais aussi une froideur ou une brutalité du comportement. Cependant, toutes les situations ne compilent pas cette accumulation de symptômes caractéristiques. La spécificité de l'enfant à l'endroit de la schizophrénie résiderait dans des processus d'auto-régulation qui se mettraient en place durant l'enfance et qui donneraient des tableaux moins francs et par la suite à l'âge adulte des états non schizophréniques. Dans le fond, la période de développement complique la lecture des phénomènes plus facilement lisibles à l'âge adulte. Le diagnostic reste donc chez l'enfant un champ périlleux ; il ne peut être porté bien souvent qu'avec circonspection.

Psychose de l'enfant, schizophrénie de l'enfant, enfant atypique, autisme, sont autant de termes pour se référer à un trouble sévère de l'enfant. Alors que certains auteurs usent de ces termes de manière interchangeable, un tronc commun peut être ramassé en une ligne, un comportement tellement inhabituel qu'il est difficile à bien comprendre et un empêchement marqué à forger des relations sociales. Pour sortir du chaos, Rutter propose de découper, c'est-à-dire non seulement de distinguer mais d'éliminer carrément, le terme de schizophrénie de l'enfant qui n'est « plus d'aucune utilité »<sup>535</sup> selon lui. Dans son esprit, l'expression agglomère et mélange des situations différentes qui n'ont plus rien de commun si ce n'est tout de même de se trouver dans le champ des psychoses. Sur le plan de l'histoire de la médecine, il admet qu'un objectif a été atteint grâce à cet ensemble nosographique, à savoir faire reconnaître que « les psychoses peuvent se retrouver dans l'enfance »<sup>536</sup>. Mais la dénomination n'est plus qu'un « conglomérat » contenant un « fatras indistinct » de troubles<sup>537</sup>.

---

534 Eggers 1978, 24.

535 Rutter 1972, 315.

536 Rutter 1972, 315.

537 Rutter 1972, 332.

Néanmoins, la démarche de Rutter aboutit à garder le terme de schizophrénie, mais pour un nombre de cas restreints, à côté de la psychose désintégrative et de l'autisme infantile auquel il consacre de longs développements. La schizophrénie de l'enfant devient une psychose schizophrénique chez l'enfant, qui intéresse la schizophrénie de l'adulte comme éléments pré-curseurs. En outre, une autre catégorie de pathologies de l'enfant, minoritaire certes mais importante, ne correspond à aucune de ces principales catégories. Elle est notifiée « autres psychoses » et regroupe des situations très diverses, ce qui nous conduit à nouveau au problème de départ mais à une échelle quantitativement plus faible. Pour Rutter, la nosographie a ainsi progressé. Que contient grosso modo cette catégorie restante ? D'abord, des cas ressemblant point par point aux critères de l'autisme infantile mais qui surviennent après la limite des 30 mois. Il n'est cependant pas certain qu'il s'agisse simplement de cas d'autisme plus tardifs. Ensuite, des cas qui se développent relativement tardivement, vers 3 ou 4 ans, avec des troubles sévères mais sans véritable régression profonde. Enfin, de nombreux tableaux non spécifiques et « d'intensité psychotique »<sup>538</sup> se produisent chez des enfants avec des retards mentaux sévères ou des pathologies de l'encéphale. Si, là encore, le rapprochement avec l'autisme infantile peut selon Rutter être effectué, ils constituent des cas à part. Finalement ce groupe en reste permettrait de garder les trois groupes qu'il a individualisés de manière homogène.

Une ultime catégorie émerge dans la nosographie esquissée par Rutter, « un groupe de troubles définis comme pathologiques, pas clairement identifiables sur le plan clinique, qui sont des précurseurs non psychotiques de la schizophrénie »<sup>539</sup>. Ce dernier n'a pas renoncé à trouver chez l'enfant des signes annonçant la survenue ultérieure d'une schizophrénie. Mais le plus étonnant n'est-il pas que ces signes se situent hors du champ des psychoses ? Autrement dit, ce seraient des signes tellement précoces qu'ils n'ont rien de la nature de la maladie ultérieure. Nous trouvons ici un écho au débat classique de la différence de nature entre les psychoses de l'enfant et

---

538 Rutter 1972, 332.

539 Rutter 1972, 334.

les psychoses de l'adulte. Si les psychoses de l'enfant n'ont pas la même nature que les psychoses de l'adulte, sont-ce donc encore des psychoses ? Quand bien même des symptômes développés dans l'enfance ne seraient pas en eux-mêmes psychotiques, ils pourraient être liés au développement ultérieur d'une psychose de type schizophrénique. Dernier domaine d'étude, le délire qui, quand il survient, tient bonne place, à la manière de la littérature de psychiatrie de l'adulte. Les thématiques du délire, sa structure (systématisation) sont l'objet d'études de cas. La clinique de la prépuberté s'apparente à celle de l'adulte et la schizophrénie précoce ne mène pas à la « désintégration »<sup>540</sup> de la personnalité pour autant.

Avec ses auteurs privilégiés et les domaines de la pathologie qu'elle permet d'aborder, quelle place la schizophrénie de l'enfant tient-elle dans le JACS tout au long de la décennie 1970 ? Deux périodes doivent être distinguées. La première, celle des premières années de la revue, admet la schizophrénie de l'enfant dans ses liens avec la schizophrénie de l'adulte. Le concept global de schizophrénie y trouve matière à développement. Dans les pas de Bleuler, la clinique psychiatrique de l'enfant intègre des hypothèses psychopathologiques, aussi bien psychanalytiques que familiales ou adaptatives. Cependant, on ne cesse de se poser la question de savoir ce qu'est la schizophrénie de l'enfant, dès les premières années de la revue<sup>541</sup>. Fin 1972, Michael Rutter veut revoir le concept, non pas tellement pour le dépecer comme il l'annonce au départ, mais pour le réduire à une portion qui deviendra de plus en plus congrue<sup>542</sup>. Son étude critique sur le plan épistémologique tacle Eisenberg et sa classification étiologique de 1966 pour promouvoir à la place une approche multiaxiale proposée dès 1969 par un ensemble de cliniciens dont Lebovici<sup>543</sup>. En 1974, Bender définit la schizophrénie de l'enfant comme « une entité psychobiologique déterminée par une prédisposition héritée et précipitée par une

540 Stutte/Dauner 1971, 419.

541 Piggott/Gottlieb 1973.

542 Rutter 1972.

543 Rutter *et al.* 1969.

crise physiologique et organique »<sup>544</sup>. Persistant toute la vie, elle s'exprime par différentes caractéristiques cliniques et comportementales durant les différentes périodes de développement de l'individu ; elle est modifiée par des défenses qui ont valeur de compensations. Ce qu'il y a de spécifique à l'enfant tient à son développement. En résulte un défaut de différenciation de certains domaines de fonctionnement pris dans leurs interactions (motricité, perceptions, cognition, affect, socialité). L'anxiété, qui domine le tableau clinique, génère la mise en place de défenses particulièrement ancrées pour y faire face.

Fin de partie en 1978 : Eggers diagnostique une schizophrénie de l'enfant seulement si les symptômes de la schizophrénie adulte sont clairement présents – il faut comprendre ici le délire typique hallucinatoire et paranoïde, ainsi que des traits de personnalité de type hébéphrénique. Des antécédents familiaux de schizophrénie sont classiquement retrouvés. Le plus jeune patient a 7 ans. Avant cet âge, la schizophrénie est jugée extrêmement rare<sup>545</sup>. Quelques années plus tard, en 1982, la schizophrénie chez l'enfant sera considérée en deçà de 16 ans. Autant dire que l'enfance n'est plus véritablement là.

### La montée en puissance de l'autisme infantile

L'autisme de l'enfant est l'une des deux entités nosologiques présentes dans le titre de la revue lancée par Kanner en 1971, et c'est celle qui vient en premier. C'est également la seule qui survivra au remaniement de la revue en 1979.

Qui écrit sur l'autisme infantile durant les années 1970 ? Presque tout le monde, les anciens, précurseurs de la nouvelle discipline, comme les plus jeunes, qui deviendront les grands noms de la pédopsychiatrie de la fin du 20<sup>e</sup> siècle ; les psychanalystes qui ont encore droit de cité et les pédiatres très attachés au développement des facultés. Londres est particulièrement bien représentée. Rutter et Lawrence Bartak travaillent

544 Bender 1974, 280.

545 Eggers 1978, 22.

à l'Institut de psychiatrie de la ville que John Wing dirige, Frith à l'unité de psychologie du développement, Lorna Wing à celle de psychiatrie sociale. Rutter écrit sur l'autisme tout au long de la décennie, dans une perspective très souvent épistémologique. Il n'a pas attendu la parution du JACS pour ce faire. Dans son (très dense) article « *Concepts of autism: A review of research* », il expose ainsi toutes les conceptions de l'autisme formulées jusqu'à 1968, pour en retenir une idée forte, que l'autisme n'a rien à voir avec la schizophrénie<sup>546</sup>. Les difficultés perceptuelles et cognitives lui semblent au premier plan pour mieux comprendre la pathologie.

Parmi les auteurs américains, Kanner tient évidemment la première place. Il incarne l'auteur par excellence proposant des études de suivi à partir de ses fameux onze patients de 1943. Il tente d'écrire l'histoire subséquente de sa conception de l'autisme infantile précoce déjà vieille de trente ans, contribuant non seulement à l'histoire mais à l'historiographie de la psychiatrie de l'enfant<sup>547</sup>. Mais cette revue, pourtant nouvellement créée par ses soins, ne l'inspire pas particulièrement. Pour preuve, son article de 1971 n'est qu'une réimpression d'un article de 1968 paru dans *Acta paedopsychiatrica*. En revanche, il est plutôt surprenant que Despert, théoricienne de la schizophrénie de l'enfant, écrive sur l'autisme infantile précoce dès 1971. La New-yorkaise critique en fait vertement la diffusion trop large du terme, trop grand public selon elle alors qu'il s'agit d'une pathologie relativement rare, dont la prévalence atteindrait tout au plus 4 à 5 pour 10'000 enfants. Elle en retient l'intérêt de la description, à condition de bien vouloir la relier à la schizophrénie de l'enfant caractérisée par une perte de l'affect.

Des auteurs formés et inspirés par la psychanalyse écrivent au commencement de la revue, dans un souci d'éclectisme de la part de son rédacteur en chef Kanner. Des psychanalystes de premier plan publient des articles d'inspiration certes psychanalytique, mais à partir de points de vue nouveaux, plus proches de théories scientifiques classiques. Par exemple, Spitz propose

en 1971 un point de vue adaptatif sur l'autisme. Il reprend une théorie élaborée par Heinz Hartman, théoricien de l'égo-psychologie, la psychologie du Moi (1938), qu'il applique à l'autisme infantile. Il y défend la notion de maladies psychogéniques dans une version non exclusive, ouverte à d'autres déterminations : « En plus d'une prédisposition étiologique innée fondamentale, un facteur affectif, provenant de l'expérience, est également impliqué »<sup>548</sup>. Tout psychanalyste qu'il est, il se défend de soutenir l'idée qu'on attribue facilement aux psychanalystes, celle d'une pathogénicité parentale.

Un autre auteur aujourd'hui largement oublié est présent parmi la longue liste des auteurs traitant de l'autisme infantile, le Néerlandais Dirk Arnold van Krevelen, qui représente l'Europe dès le premier numéro de la revue. Il se targue d'avoir été le premier Européen à suivre les pas de Kanner : en 1960, il a publié un cas d'autisme infantile sous une appellation latine, *Autismus infantum*. Il faut noter tout de suite qu'il associe la découverte de l'Américain Kanner à l'expression de l'Autrichien Asperger, psychopathie autistique<sup>549</sup>. Les références de son article se réduisent à porter les noms de ces deux contributeurs historiques, et le sien. Van Krevelen est ainsi le premier auteur à confronter Kanner et Asperger. De manière plus étonnante, les psychiatres soviétiques Samuel Mnukhin et Dmitry Isaev contribuent au JACS en 1975 depuis l'Institut médical pédiatrique de Leningrad<sup>550</sup>. Bien qu'ils écrivent directement en anglais, le comité éditorial décide d'assortir leur article d'un commentaire qui tente de l'inscrire dans les recherches internationales. Il s'agit d'un plaidoyer pour une étiologie organique (lésion cérébrale ou autre), des psychoses de l'enfant dans leur ensemble, qui regroupent l'autistique et le schizoïde à partir du vocable psychopathe centré sur les troubles du comportement et la protection de la société.

Comme pour la schizophrénie de l'enfant, l'autisme de l'enfant est l'objet d'une interrogation sur sa définition, et

546 Rutter 1968.

547 Kanner 1973.

548 Spitz 1971, 239.

549 Van Krevelen 1971.

550 Mnukhin/Isaev 1975.

sur la classification nosographique dans laquelle elle s'inscrit. Pour reprendre l'exemple de l'association de patients américaine, la National Society of Autistic Children (NSAC), l'autisme se définit comme un syndrome comportemental dont les caractéristiques principales se manifestent avant 30 mois. Les troubles concernent le développement dans son ensemble, sur des plans synchronique et diachronique, les réponses aux stimuli sensoriels, les capacités cognitives et langagières, les capacités de liens avec les autres, les objets et les situations. Un domaine d'étude important concerne la question du rapport de l'autisme avec le retard mental. En 1976, Bartak et Rutter comparent les enfants autistiques avec et sans retard correspondant à un quotient intellectuel inférieur ou supérieur à 70<sup>551</sup>. Si les symptômes principaux sont identiques, en revanche la sévérité est plus importante quand il existe un retard avec des automutilations et des stéréotypies, à telle enseigne qu'une différence de nature est suspectée entre les deux groupes. Par la suite, l'autisme ne cessera de se dégager de la notion de retard mental au point d'en faire une simple comorbidité. Le syndrome d'Asperger sera le point culminant de cette approche de l'autisme.

Les grands domaines d'étude sont bien rassemblés par Despert dans ses réflexions de 1971<sup>552</sup>. La relation à autrui pose problème. Elle commence à la maison avec les parents et la fratrie, puis à l'école avec ses pairs et le groupe classe. Pour l'enfant autiste, l'autre est inexistant, ou du moins non fonctionnel. Les problèmes sensoriels questionnent dès le début de la vie de ces enfants. Despert s'interroge sur un lien entre ces troubles sensoriels primitifs et le manque de pulsion sexuelle observé par la suite, au point de suspecter quelque chose de physiologiquement manquant. « Quelque hormone peut-être, un ingrédient qui intervient dans le développement affectif précoce par son absence criante ? »<sup>553</sup> Les relations affectives entamées de l'autisme rappellent celles de la schizophrénie : manque ou immaturité affective d'un côté, perte ou émoussement de l'autre après une période de développement considérée comme normale.

551 Bartak/Rutter 1976.

552 Despert 1971.

553 Despert 1971, 367.

Enfin, des mécanismes cognitifs particuliers seraient à l'œuvre, notamment une forme de rigidité, qui s'exprime par un manque de flexibilité cognitive pour abandonner certaines règles et en acquérir de nouvelles.

Le point de vue anthropologique et éthologique est porté lorsque l'autisme est perçu avant tout comme un comportement caractéristique associant évitement, peur sociale et tentatives frustrées de socialisation. Une sorte de continuum est alors proposée, du normal au pathologique, par les époux Tinbergen, Nikolaas et Elisabeth, éthologues néerlandais. Le point de vue sociologique quant à la prise en charge de l'autisme est clairement porté par Lorna Wing. Les enfants autistiques sont handicapés au même titre que d'autres handicapés, ce qui doit leur permettre d'avoir accès à un certain nombre de compensations.

L'autisme de l'enfant fait également l'objet d'études de suivi. Vingt-huit ans après son article *princeps*, on l'a dit, Kanner publie le suivi de ses onze cas. La revue de la première parution, *The Nervous child*, n'existe plus. Les onze enfants avaient alors entre 2 et 8 ans dont le fameux cas n°1, Donald T., âgé de 5 ans en fait observé par les D<sup>rs</sup> Eugenia S. Cameron et Frankl. En 1971, Kanner peut donner des éléments d'évolution de ce premier patient de désormais 36 ans à partir d'une lettre de sa mère qui fait part de son insertion sociale et professionnelle. Donald n'a pas encore d'initiative dans les jeux, il se montre en retrait dans les conversations et ne porte aucun intérêt pour le sexe opposé. Alors que, pour sa mère, il n'est pas complètement normal, il a vraiment sa place dans la société, au-delà de ses espérances même. À partir de cet équilibre entre des difficultés et des capacités d'adaptation, relatives mais réelles et en tout cas suffisantes pour permettre une autonomie, sa mère pense que son fils pourra prendre soin de lui-même par la suite<sup>554</sup>. Parmi les onze cas, on compte trois filles dont la première, Barbara (cas n°5), âgée de 8 ans, est fille de médecin.

Du côté de la recherche étiologique, l'autisme infantile précoce correspond à un handicap inné à établir un contact habituel avec les gens. Si Kanner ne reconnaît pas en 1971

554 Kanner 1971b.

de « psychogénicité post-natale »<sup>555</sup>, il relève cependant un profil parental associé, à savoir une famille obsessionnelle, des parents extrêmement intelligents, intéressés par l'abstraction et le génie chez autrui. Précisant sa pensée sur la question de la genèse des troubles, Kanner récuse toute simplification du côté d'une causalité linéaire. L'isolement, présent dès le début de la vie, plaide pour ne pas attribuer l'ensemble du tableau clinique à une modalité relationnelle précoce entre parents et enfant. Dans le suivi des patients de Kanner, les deux premiers cas, Donald et Frederick, connaissent les évolutions les plus favorables. Le doyen de la pédopsychiatrie américaine concède que son étude de suivi n'apporte pas de progrès considérable à la connaissance par rapport à son premier article de 1943, tout au plus quelques raffinements cliniques dans les critères à retenir. Il brocarde le « salmigondis de théories, d'hypothèses et de spéculations »<sup>556</sup> entourant sa découverte.

Les auteurs soviétiques cités plus haut reprennent pour leur part l'expression de « psychopathie autistique » pour en faire un syndrome cérébral. Le rapprochement avec la schizophrénie est direct, à travers les formes schizoïdes de psychopathie. Rutter et Bartak, de leur côté, dès le premier numéro du JACS en 1971, tentent d'étudier les causes de l'autisme mais se retrouvent à en proposer autant de définitions<sup>557</sup>. L'autisme s'avère fondamentalement un défaut sévère et étendu de la compréhension du langage, des fonctions de contrôle associées au langage et au processus de traitement de l'information symbolique et séquencée. Ce défaut cognitif constitue le handicap premier de l'autisme, les anomalies sociales et comportementales venant secondairement. La participation de facteurs environnementaux n'est pas exclue mais reste incertaine. La cause de ce trouble cognitif n'est pas connue mais les auteurs suggèrent à la base une forme de trouble organique cérébral. Une distinction est faite entre les enfants autistiques intelligents et les autres. Les premiers présenteraient moins d'anomalies cérébrales structurales ;

---

555 Kanner 1971b, 141.

556 Kanner 1971b, 145.

557 Rutter/Bartak 1971, 30.

il s'agirait les concernant de troubles de la maturation et d'une cause à une échelle ni anatomique, ni fonctionnelle, mais moléculaire, sur le plan génétique. En tout cas, le trouble cognitif et langagier est le principal facteur impliqué dans la pathogenèse de l'autisme à cette époque.

Sur le plan terminologique, Kanner tient à préciser que son autisme n'est pas celui de Bleuler et, de fait, la description *princeps* du premier ne remplit pas les critères du second. « Pas de retrait relationnel au sens habituel de l'expression, et un type spécifique de contact avec le monde extérieur est une caractéristique cardinale de la maladie », écrit-il<sup>558</sup>. Pas de retrait autistique dans l'autisme ? On peut s'étonner. En fait, pour Kanner, le retrait implique un recul de quelqu'un à partir d'une participation préalable. Or ces enfants n'ont jamais participé. Ils ont commencé leur existence sans les signes habituels de la réactivité infantile. Mais alors, pourquoi donc utiliser le mot de Bleuler s'il ne correspond pas à l'emploi premier de son créateur ? Kanner se dit incapable de trouver un terme concis qui conviendrait autant voire mieux. Il se contente de préciser :

Après tout, ces enfants commencent leur vie dans un état qui d'une certaine façon s'apparente à l'aboutissement d'un retrait relationnel qui aurait duré toute la vie, et il y a finalement un éloignement de la présence humaine du monde extérieur. Une appellation qui évoque cela me semble définitivement plus souhaitable, comme le montrent des événements ultérieurs, il y aurait danger à disposer d'un syndrome distinct agrégé à un ensemble de catégories générales<sup>559</sup>.

Kanner choisit ainsi de garder le mot de Bleuler pour en faire autre chose, une pathologie psychiatrique à part entière. Le comportement symptomatique premier de l'autisme qu'il décrit renvoie à une grande difficulté à supporter le changement. Cette intolérance est bien rendue par le terme « immuabilité » en français, l'anglais préférant axer le regard sur le souci de rester dans la même disposition. Ce symptôme est étudié dans une

---

558 Kanner 1973c, 95.

559 Kanner 1973c.

perspective de distinction de l'autisme<sup>560</sup>. Or la *sameness* n'est pas spécifique à l'autisme ; elle concerne plus largement les psychoses de l'enfant telles qu'envisagées en 1973. Le point sera donc de caractériser cette immuabilité, à différencier de comportements simplement répétitifs ou obsessifs. L'intensité et un certain type d'immutabilité semblent associés à l'autisme. En retour, l'immutabilité des enfants autistiques concerne des enfants avec des niveaux de développement cognitif plus élevés.

Dans son antépénultième numéro qui paraît en 1978, le JACS, par l'intermédiaire de son rédacteur en chef en poste depuis quatre ans, souhaite sortir l'autisme de sa confusion. Schopler repère trois sources à ce brouillard diagnostique. C'est d'abord l'inexpérience clinique et l'ignorance de la littérature spécialisée sur le sujet -il faut être spécialiste du sujet pour avoir les idées claires et justes sur ce qu'est l'autisme. Ensuite, Schopler avoue la grande complexité de l'autisme comme concept clinique. Les facteurs à prendre en compte s'avèrent en effet multiples : comportemental, social, familial, biologique. Établir des critères nécessaires et suffisants semble périlleux pour ne pas exclure certains patients du diagnostic et, dans le même temps, ne pas créer un groupe trop hétérogène. Malgré tout, Schopler veut se montrer rassurant pour la nosographie à venir : « Cela ne signifie pas qu'une classification rationnelle ne puisse voir le jour. »<sup>561</sup> Enfin, la définition de l'autisme dépend du but qu'elle souhaite atteindre. Et de citer l'exemple de la définition du scientifique Rutter *versus* celle de l'association de patients.

Comme nous l'avons déjà souligné, les travaux d'Asperger sont mentionnés dès les débuts de la revue, avec le rappel formulé par van Krevelen en 1971. Sont-ce deux formes d'autisme ? En tout cas, « le syndrome de Kanner » prend le substantif à son compte en soulignant la précocité des troubles chez l'enfant, tandis que « le syndrome d'Asperger » n'emploie que l'adjectif (autistique) pour qualifier une forme de psychopathie, c'est-à-dire un trait de personnalité qui n'est pas inclus dans

560 Prior/Macmillan 1973.

561 Schopler 1978, 138.

un « processus psychotique »<sup>562</sup>. Enfin, la revue rend compte d'études scientifiques quantitatives, concernant des domaines particuliers du développement. Lorna Wing s'y intéresse dès le début des années 1970. Perception visuelle, profil et intégration sensoriels, développement du langage, capacité attentionnelle, réactivité à l'environnement sont autant d'abord pour percer les difficultés spécifiques et éventuellement premières, génétiques, des enfants autistiques<sup>563</sup>.

Avec ses auteurs variés et les domaines de la pathologie qu'il permet d'aborder, l'autisme de l'enfant tient une place considérable dans cette revue, une place qui ne cesse d'augmenter au fil des années 1970. D'un bout à l'autre de la revue, se consolide une pathologie lancée une trentaine d'années auparavant. En 1971, Lorna et John Wing soulignent la multiplicité des domaines atteints, une combinaison de troubles langagiers, perceptuels, moteurs et autonomiques sous-tend le comportement autistique. La formule varie selon l'intensité de chaque atteinte. L'utilisation et la compréhension du discours, l'utilisation et la compréhension des gestes, la perception visuelle et auditive, le contrôle des mouvements appris, certains aspects du développement physique, se trouvent tour à tour touchés à des degrés différents<sup>564</sup>. Nous ne sommes assurément pas dans l'hypothèse unitaire d'un trouble du développement du langage.

Déjà l'expression « autisme infantile » semble s'étendre à l'ensemble des pathologies se manifestant par des retards mentaux à partir du moment où un comportement un tant soit peu « bizarre » est observé. Malgré des critères établis - ceux de Creak par exemple qui, émanant d'un groupe de travail britannique, identifient en 1961 neuf points - l'autisme de l'enfant se dilue dans les psychoses de l'enfant.

Les Wing préféreraient alors la précision de l'observation de Kanner et donc appeler « syndrome de Kanner » cette pathologie circonscrite. Mais l'autisme de l'enfant semble déjà bien

562 Van Krevelen 1971.

563 Wing L. 1972.

564 Wing L./J. Wing 1971, 263.

implanté. Le mouvement favorisé est celui de l'approfondissement afin de percer le mystère de l'autisme infantile.

En 1971, Rutter passe en revue les points de vue sur l'autisme, l'accent étant mis sur tel ou tel symptôme, comportement ou hypothèse étiologique. Sont détaillés le retrait social, l'extrême introversion, un sous-type de schizophrénie, un trouble psychogénétique, un syndrome de déprivation, un trouble génétique, une autre forme de normalité, un trouble du langage et de la cognition, un trouble d'ordre neurologique, un trouble d'ordre développemental. Le trouble du langage et de la cognition lui semble le plus pertinent et « le principal facteur à être impliqué dans la pathogenèse de l'autisme »<sup>565</sup>. En 1978, Rutter propose un long papier dans le JACS reprenant un chapitre d'ouvrage codirigé avec Schopler sur le renouveau conceptuel à apporter à la notion d'autisme infantile<sup>566</sup>. La préparation du DSM-III est en cours, et une approche dite multiaxiale est promue. Il argumente en épistémologue. Une entité nosographique pour se justifier doit, d'un côté, associer un certain nombre de symptômes permettant le regroupement de différentes situations cliniques et, d'un autre côté, se distinguer des autres pathologies déjà répertoriées. Il détaille ainsi la spécificité de la symptomatologie avec ses trois groupes de symptômes : incapacité générale et profonde à nouer des relations sociales ; retard de langage avec incompréhension, écholalie et inversion pronominale ; phénomène de ritualisation et de compulsion (le fameux *sameness*). Ce syndrome autistique, Rutter le décrit avec précision. Il explique en parallèle les rapports entre l'autisme de Kanner et le retard mental, la schizophrénie, les névroses, les troubles du développement du langage. Son étude lui permet de conclure sur une définition de l'autisme à quatre critères : un démarrage avant 30 mois ; un développement social entravé qui n'est pas en rapport avec le retard mental éventuel ; un trouble du langage associant retard et déviation, qui n'est pas non plus en rapport avec un retard mental éventuel ;

565 Rutter/Bartak 1971, 30.

566 Rutter/Schopler 1978.

et l'immutabilité dans laquelle on place, au-delà de la résistance au changement, les différentes stéréotypies.

Si le terme d'autisme choisi par Kanner n'est sans doute pas le plus approprié pour Rutter<sup>567</sup>, le regroupement lui paraît pertinent et il le prouve par sa propre étude d'ordre épistémologique, au sens où il s'appuie sur un raisonnement logique pour synthétiser toutes les études publiées jusqu'alors et en retirer un nouveau savoir. Une autre appellation attendra une meilleure compréhension des causes, des mécanismes psychologiques à l'œuvre et, *in fine*, des symptômes primaires ou secondaires du regroupement syndromique. Nous ne sommes ici pas loin des critères opérationnels qui présideront à la confection du DSM-III. Cependant, dans le JACS, à côté de la revue systématique et de la définition scientifique de Rutter, a droit de cité une autre définition, émanant celle-là de l'association de patients, la NSAC. Les points communs sont importants, comme le relate Schopler : les difficultés de relations sociales, les troubles du langage et des capacités cognitives, le début des troubles avant 30 mois. Les deux définitions s'accordent sur leur caractère provisoire, en attendant des nouvelles données issues de la recherche, ainsi que sur la variabilité symptomatique interindividuelle. En quoi consistent leurs différences ? Ce sur quoi elles insistent : l'immutabilité, critère fort repris de Kanner par Rutter, n'est pas relevée en tant que telle par la NSAC ; inversement, l'association insiste sur les troubles de la sensorialité ainsi que sur les aires de développement atteintes, tandis que Rutter n'en fait pas des symptômes primaires de l'autisme.

Selon Schopler, les deux manières de définir l'autisme sont justes, au vu des connaissances disponibles ; elles servent simplement des buts différents<sup>568</sup>. Celle de la NSAC revendique une reconnaissance auprès des instances gouvernementales américaines afin d'attirer des financements de structures de soins idoines et de la recherche. Celle de Rutter est au plus proche de la démarche scientifique. Dans un souci pragmatique, et dans une volonté de soutenir la recherche dans le domaine,

567 Rutter 1978, 141.

568 Schopler 1978, 167-169.

la définition des patients est également soutenue par la revue scientifique. Finalement, Schopler élargit ce procédé épistémologique pour la recherche. Afin de constituer des sous-groupes pertinents, il devient permis de modifier la définition de l'autisme pourvu que les buts poursuivis soient clairement énoncés. En fait, l'histoire des psychoses de l'enfant montre que la définition énoncée par la NSAC va prévaloir avec la montée en puissance de la notion de développement et, plus tard, avec la reconnaissance du retentissement social comme handicap.

### La voix des parents

La mise en cause des parents est aussi ancienne que la pédopsychiatrie. On la retrouve en tout cas dès le début de la revue JACS. Kanner en fait même un leitmotiv du lancement de sa revue. Il a publié dès 1941 un ouvrage consacré à la défense des mères<sup>569</sup>, ce qui ne l'empêche pas de s'interroger sur la personnalité des parents et l'environnement global dans lequel évoluent les enfants dont il a la charge médicale. Une rubrique est dédiée aux parents dans la revue à partir de 1974, correspondant au départ de Kanner et à l'arrivée de Schopler. On peut se demander comment elle s'est imposée, avec quels objectifs, et comment les parents s'en sont saisis et au moyen de quelles thématiques.

À l'arrivée de Schopler en qualité de rédacteur en chef, la nouvelle mouture de la revue fait place à deux nouvelles rubriques, on l'a dit, dont une destinée aux parents. L'objectif annoncé est de « renforcer les liens entre recherche et application clinique ainsi que les relations entre parents et professionnels »<sup>570</sup>. La juxtaposition suggère un parallélisme : la recherche serait du côté de professionnels forcément éloignés de la réalité du terrain alors que les parents se trouveraient du côté des applications pratiques. À quoi le lecteur doit-il s'attendre quand les parents prennent la parole ? À des observations concernant un champ très large de questions pratiques, formulées par

569 Kanner 1941.

570 Schopler 1974a, 92.

des parents et d'autres personnes directement impliquées auprès d'enfants atteints, et bien sûr par leur représentant associatif, la NSAC. Il peut s'agir de communications traitant aussi bien de nouvelles descriptions de comportement susceptibles d'intéresser les chercheurs que d'une expérience profane qui aurait un quelconque intérêt pour la recherche, ou bien de partager une aspiration sociale ou bien encore une revendication, de valeurs à promouvoir par exemple afin de mieux faire comprendre et prendre en charge les troubles sévères de l'enfance.

Cette rubrique dédiée aux parents aurait pour tâche de rendre visibles des sujets importants auxquels les chercheurs n'ont pas encore de réponses, ou qu'ils n'étudient même pas encore faute de données ou d'hypothèses. Schopler soutient l'idée selon laquelle les efforts des chercheurs se construisent à partir de « valeurs personnelles »<sup>571</sup>, qui ne sont pas la propriété des seuls professionnels. Faire passer des sentiments et des valeurs à la communauté des chercheurs permettrait de les aider à agir de manière plus efficace sur le plan de la recherche comme de la thérapeutique. En retour, tous les acteurs vivant quotidiennement auprès des enfants (parents, enseignants) devraient mieux comprendre les buts et les résultats des recherches en cours. Cette rubrique perdurera après le changement de nom du JACS et, à partir de 1979, la *Parents' column* fournit un forum permettant un dialogue direct entre parents et professionnels. De nouveaux sujets de recherche d'importance vont surgir en conséquence alors que le débat scientifique les aurait laissés de côté. Les rédacteurs préviennent néanmoins que ce type de tribune « requiert une grande qualité d'argumentation et de présentation »<sup>572</sup>.

Il serait intéressant d'étudier dans le détail l'ensemble de ces prises de parole parentales. Qui prend position, joue le rôle de porte-parole de l'ensemble des parents de patients ? La NSAC se retrouve naturellement en position privilégiée. Mettant en avant sa représentativité, elle souligne la pertinence de ses objets d'analyse, qui échapperaient aux seuls

571 Schopler 1974a, 92.

572 Anonyme 1978.

professionnels. Les associations de patients sont aussi nombreuses et variées que les nations qui les abritent. L'association américaine, localisée dans l'État de New York, a tenu son premier congrès annuel en 1970. L'anglaise se constitue au début des années 1960, à partir de la National Society for Mentally Handicapped Children (l'Association des enfants handicapés mentaux). Elle commence par s'appeler Society for psychotic children, en 1962, avant d'adopter le nom de National Society of Autistic Children. Il est intéressant de noter que la première préoccupation de cette association fut d'ouvrir des écoles pour les enfants de ses membres, établissements qui se trouveront tantôt sous l'entière responsabilité de l'association, tantôt en direction partagée avec les autorités locales. Cela n'est pas sans poser problème, au niveau des méthodes pédagogiques employées. Ainsi, le secrétaire général de l'association anglaise pense en 1973 que ces écoliers patients n'ont cure « des temps libres prévus habituellement dans les écoles pour enfants normaux »<sup>573</sup>. Ils ne savent pas comment utiliser ce temps, ne sachant ni jouer ni comment cela fonctionne. Après une dizaine d'années d'existence, l'association britannique oriente désormais ses projets vers les adolescents autistiques, en ouvrant des collèges et des lycées spécialisés.

Un des thèmes majeurs abordés par cette section du journal concerne la relation médecin-malade, en l'occurrence entre les professionnels et les parents. Entre 1975 et 1976, une tribune est lancée par Mary S. Akerley, ancienne présidente de la NSAC, à laquelle répondront cinq éminents spécialistes pédopsychiatres, dont Eisenberg et Lorna Wing. Le constat de départ est le suivant : les familles n'ont pas vraiment confiance en leurs médecins, une sorte de méfiance se serait installée. Akerley met en cause le point de vue qui consiste à expliquer les troubles de l'enfant par des dysfonctionnements familiaux ou des difficultés rencontrées par les parents eux-mêmes. « N'importe quelle famille traumatisée par la naissance d'un enfant handicapé » présente des difficultés qui s'avèrent une conséquence et non une cause des troubles de l'enfant écrit-elle<sup>574</sup>. Elle transmet

573 Everard 1973, 280.

574 Akerley 1975, 373.

de véritables recommandations aux professionnels tant sur le plan du diagnostic que du traitement. Appelant à un diagnostic précis qui permette de répondre honnêtement à toutes les questions que les parents se posent, elle va jusqu'à proposer des phrases que les médecins pourraient prononcer pour être au plus près des attentes des familles. Ces derniers ont à « prouver leurs compétences auprès de leurs patients, dont ils ne doivent jamais douter »<sup>575</sup>.

Les recommandations en matière de traitement sont encore plus précises et directives, déroulées en huit points à l'adresse des médecins : « ne pas se prendre pour un sauveur », ce sont les parents qui décident en dernier ressort ; encourager l'ensemble de la famille à développer des compétences à travers des professionnels non médicaux ; apporter de l'aide à tous les membres de la famille sans les stigmatiser ; développer la reconnaissance des problèmes ; éviter toute interprétation subjective du comportement de l'enfant ; ne pas tout considérer à travers le prisme du handicap de l'enfant ; garder une certaine exigence envers l'enfant ; éviter tout corporatisme. Enfin, Akerley réclame un engagement des professionnels dans la cité, de défense des droits des patients auprès des autorités afin de faciliter leur éducation et leur intégration sociale. Qui pouvait mieux qu'une ancienne présidente d'association tancer à ce point la corporation médicale dédiée aux troubles relationnels sévères de l'enfant ? Qui aurait pu autrement se permettre à l'intérieur du champ médical une telle remise en cause ? Elle en appelle quoiqu'il en soit à une modification profonde de pratiques qu'elle juge traditionnelles.

Cinq médecins lui répondent avec des prises de position différentes les unes des autres. Irving Berlin, de l'Université de Californie à Sacramento, nuance son propos en complexifiant les données cliniques. Selon lui, enfants et parents sont pris dans un système interactif qui ne permet pas de désigner simplement une cause. Il évoque par ailleurs la maladie dépressive comme pathologie fréquente chez les parents qu'il faut traiter pour le bien de chacun des membres de la famille. Stella Chess, de l'Université de New York, souligne pour sa part l'importance

575 Akerley 1975, 375.

de s'occuper de l'ensemble de la famille et non simplement de l'enfant manifestement en grande difficulté. Elle reconnaît également l'importance du rôle que le psychiatre doit jouer dans la cité, au sein des institutions, pour aider à la reconnaissance et à l'intégration des enfants dont il s'occupe. Sans intention polémique, elle accepte d'abandonner le diagnostic pour la notion de « label »<sup>576</sup>.

Eisenberg, de Boston, se veut plus saillant : la tâche du professionnel n'est pas de savoir si l'enfant malade est la cause ou la conséquence dans une vaine recherche étiologique, mais d'aider de toute façon les parents « à devenir co-thérapeutes dans un processus de réhabilitation »<sup>577</sup>. L'effet de labellisation issu du diagnostic posé est équivoque, un même diagnostic culpabilise ou libère selon les positionnements parentaux. De même, donner aux patients tout pouvoir de décision peut être ressenti comme une démission et générer un immense désarroi au sein des familles. Par ailleurs, alors que les interprétations lui semblent nécessaires pour mieux comprendre les comportements des enfants, il retient que la critique sur-interprétative se trouve déjà présente parmi les professionnels, en particulier parmi les psychanalystes eux-mêmes. Il reste, selon lui, à suivre le rasoir d'Occam, principe qui veut que l'explication la plus simple soit vraisemblablement la meilleure. Goldfarb retient quant à lui la diversité des profils cliniques et demande de distinguer les situations particulièrement difficiles des enfants autistes. Pour améliorer la relation parents-professionnels, il convient de déterminer de manière commune des buts thérapeutiques. Pour finir, Lorna Wing se montre largement en accord avec les propos incendiaires d'Akerley, mais estime que ses critiques doivent s'adresser aux mauvais professionnels : « Le véritable problème est de savoir comment garantir que tout le monde bénéficie des mêmes normes élevées. »<sup>578</sup>

Face à cette rubrique dédiée aux parents, comment réagissent les professionnels sur la forme, c'est-à-dire sur l'existence

576 Chess 1976, 94.

577 Eisenberg 1976, 96.

578 Wing L. 1976, 100.

même de cette rubrique dans une publication professionnelle et scientifique ? Il se trouve que la première question posée dans la rubrique questions-réponses de la revue concerne justement la rubrique dédiée aux parents. James Anthony, un universitaire de St Louis (Missouri), s'inquiète de voir le niveau scientifique du périodique s'affaiblir. Schopler répond en souhaitant un dialogue raisonnable, dont il ne précise toutefois pas le mode de rationalité<sup>579</sup>. Autre avantage attendu : susciter l'intérêt des lecteurs et des auteurs pour publier. La rubrique connaîtra quelques dérapages du genre populiste ou sensationnaliste, en tout cas sans ambition scientifique. Pour exemple, Schopler se voit dans l'obligation d'intervenir pour commenter une tribune écrite par un couple évoquant l'amélioration miraculeuse de leur fils autiste une fois reconnue selon eux les « allergies cérébrales » dont souffrait, d'après les parents, leur enfant. Avec tact, Schopler se réjouit avec les parents de la bonne évolution symptomatologique du garçon, mais ouvre l'analyse de cette situation clinique à d'autres hypothèses étiologiques et d'autres bénéfices thérapeutiques plus rationnels. Cependant, la tribune des parents est publiée à côté d'articles scientifiques soucieux du sérieux et de l'objectivité de la démarche médicale. Une limite importante est atteinte avec ce type de rubrique dispensée de la rigueur dont s'était pourtant dotée la revue dès son lancement en 1971.

La rubrique promeut certaines formes d'interventions à mi-chemin entre une approche éducative, scolaire et psychothérapique. Les époux Park, David et Clara Claiborne, relatent leur expérience de parentalité concernant leur fille Jessica, atteinte d'autisme infantile. En 1967, Clara écrit un livre intitulé *The Siege*, relatant le développement de sa fille (prénomée Elly dans l'ouvrage) jusque l'âge de 8 ans. Son succès est tel que l'ouvrage est réédité en 1972 et traduit en français et en allemand<sup>580</sup>. M<sup>me</sup> Park publie dès 1972 dans le JACS des comptes-rendus de lecture d'ouvrages écrits par des parents<sup>581</sup>, avant même la création de la rubrique qui leur est réservée – on peut ainsi

579 Schopler 1974b, 94.

580 Park C. 1972a.

581 Park C. 1972b.

penser qu'elle en est l'une des instigatrices. En 1974, David Park, alors professeur de sciences physiques au Williams College de Williamstown (Massachusetts), partage pour sa part dans la rubrique des parents son expérience, en tant que parent, d'une technique comportementaliste utilisée auprès de sa fille, appelée « conditionnement opérant »<sup>582</sup>. Plus loin dans le numéro, il publie cette fois un article de nature scientifique<sup>583</sup>, consacré au fonctionnement cognitif de l'enfant autiste en prenant appui sur des tests réalisés sur une jeune fille âgée de 12 ans prénommée... Elly. Le dialogue avancé entre parents et professionnels s'avère parfois un curieux mélange d'opinions et d'analyses dont il n'est pas toujours facile de faire le départ<sup>584</sup>.

Une analyse précise de la revue JACS montre les particularités des années 1970 dans l'histoire de la psychiatrie de l'enfant, révélant une coexistence relativement équilibrée entre les trois entités que sont les psychoses de l'enfant, la schizophrénie de l'enfant et l'autisme de l'enfant. Les psychoses de l'enfant sont présentées comme le premier objet d'étude de la revue, cette appellation qui ne fait pas débat et englobe de manière consensuelle l'ensemble des troubles sévères. La pertinence de la schizophrénie de l'enfant est interrogée dès les premières années ; elle n'est de ce fait plus l'entité majoritaire pour décrire les troubles sévères de la relation comme chez l'adulte. L'autisme de l'enfant gagne en intérêt : il devient entièrement et unanimement admis une trentaine d'années après sa première occurrence chez Kanner. Comme le titre de la revue l'indique, autisme et schizophrénie restent dans un certain équilibre qui n'est jamais une symétrie. De ces deux entités l'une cherche incessamment à se différencier de l'autre, que ce soit au sein même de l'enfance ou dans une distinction entre l'enfant et l'adulte – l'autisme étant marqué du côté de l'enfant quand la schizophrénie se voit marquée du côté de l'adulte. Mais durant cette décennie, les psychoses les réunissent encore. Ces huit années d'existence ne se valent pas au sens où le changement de nom de la revue

582 Park D. 1974.

583 Park/Youderian 1974.

584 Voir sur ce point l'analyse d'Ian Hacking sur l'activisme des scientifiques dans le domaine de l'autisme (Hacking 2015).

en 1979 marquerait une métamorphose soudaine, la schizophrénie se voyant évincée par le développement troublé. Dans la réalité des faits, le changement est amorcé dès 1974, avec l'arrivée de Schopler comme rédacteur en chef, bientôt rejoint par Rutter. Les patients, présents dès l'origine de la revue comme destinataires et interlocuteurs des auteurs-chercheurs, prennent une place grandissante dans la confection de la revue à partir de cette même année.

Finalement, les mouvements épistémologiques qui animent les psychoses de l'enfant concernent également les deux autres entités – schizophrénie et autisme. Et l'on peut ajouter que cette analyse est valable pour chacune d'entre elles. En somme, chacune anime les deux autres dans une sorte de *solidarité épistémologique*. Celle-ci ne tient pas au fait que l'une se définirait simplement à partir des deux autres, mais réside dans la profondeur de leurs liens, aussi bien historiques que conceptuels. Elles seront ainsi, à chaque époque, à considérer ensemble, chacune et dans leurs rapports.

Ce sont donc un peu plus de trois décennies, de 1943 à 1978, qui marquent l'émergence de la psychiatrie de l'enfant avec la naissance de l'autisme infantile, le développement de la schizophrénie chez l'enfant, le plein développement conceptuel des psychoses de l'enfant, pour aboutir finalement à la coexistence des trois entités sus-décrites dans les années 1970. Concernant l'autisme infantile, il est habituel de dater la naissance de la spécialité médicale « pédopsychiatrie ». Il est fort probablement plus juste de dater l'émergence d'une spécialité qui émane originellement de la psychiatrie générale, telle une émancipation. L'expansion de la schizophrénie fait le lit du plein développement conceptuel des psychoses de l'enfant. Les auteurs qui traitent de psychoses refusent l'extension jugée trop importante de la schizophrénie mais s'autorisent par là-même à développer un champ psychotique de l'enfance. Durant cette deuxième période, le triangle formé par ces

trois entités est équilatéral, le nouage est particulièrement équilibré. La schizophrénie de l'enfant a porté, de manière différente, le développement épistémologique des deux autres : l'autisme sans doute parce qu'il lui était enchâssé, les psychoses dans un élan à la fois similaire et différencié.

En 1977, le psychiatre français Garrabé produit pour le 75<sup>e</sup> Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française un rapport monumental sur « le concept de psychose »<sup>585</sup> dont les intitulés des différentes parties témoignent de l'ampleur de la tâche selon l'auteur. Après une introduction historique incontournable, il ne s'agit rien de moins que de traiter du rapport des psychoses avec l'ontogenèse, l'ontologie et enfin le matérialisme. Le moment auquel cette étude foisonnante est proposée indique probablement qu'il s'agit d'une période de questionnements sur son utilisation et son utilité. Sur les 140 pages du rapport, 3 sont dédiées au concept de psychose infantile. Elles commencent avec la conception restrictive de la psychanalyste Klein qui applique à l'enfant nombre de conceptions issues de l'adulte et finissent par la nette distinction entre psychose de l'enfant et psychose de l'adulte. La discussion du rapport donne à penser la difficulté pour s'entendre sur le sujet.

---

585 Garrabé 1977.

# Partie III

## Psychoses et autisme de l'enfant, 1979 - 2020

*Seule mérite d'être portée dans un jour à dessein  
indifférent la structure parlée du perçu, cet espace plein  
au creux duquel le langage prend son volume  
et sa mesure. Il faut se placer, et, une fois pour toutes,  
se maintenir au niveau de la spatialisation  
et de la verbalisation fondamentales du pathologique,  
là où prend naissance et se recueille le regard loquace  
que le médecin pose sur le cœur vénéneux des choses.*

Foucault 2005 [1963], 7-8

### **L'autisme mis en avant, les psychoses délaissées**

La fin des années 1970 signe la mise à l'écart de la schizophrénie pour penser les pathologies mentales graves de l'enfant. Cet effacement laisse dans un premier temps la place à la notion de développement et à ses troubles. À partir des années 2000, un nouveau concept oriente les choix nosographiques des concepteurs de la classification états-unienne, le *spectre*. Son application à l'autisme de l'enfant a un effet considérable sur l'équilibre du triptyque psychose-schizophrénie-autisme. Sur un plan chronologique, l'expansion de la schizophrénie de l'enfant est suivie par une forme d'effacement tandis que l'autisme de l'enfant s'étend largement lorsque lui est appliqué le concept de spectre plus d'un demi-siècle après sa naissance. Sur un plan conceptuel, les théories du développement auront fait voler en éclat l'équilibre atteint durant les années 1970 entre les trois entités décrivant les troubles relationnels graves de l'enfant.

## Chapitre 8

### L'effacement de la schizophrénie de l'enfant

À partir de 1979, la revue lancée par Kanner en 1971 remplace dans son titre « schizophrénie » par « troubles du développement ». Exit la schizophrénie, reste l'autisme, bien que ces termes trouvent des significations différentes, étant pris dans un jeu de sens triangulaire avec la psychose. La schizophrénie de l'enfant ne figure pas dans le DSM-III paru en 1980, alors qu'elle tenait bonne place dans la deuxième édition de 1968 qui ne faisait aucun cas de l'autisme décrit par Kanner. Cet effacement diffère de part et d'autre de l'Atlantique. En effet, la situation antérieure de la schizophrénie de l'enfant n'est pas la même aux États-Unis et en Europe, la France constituant un point de référence éloquent. Nous avons ainsi constaté à quel point la schizophrénie était utilisée *largam manu* pour diagnostiquer les enfants américains souffrant de graves troubles de la relation. En France, une grande prudence à cet emploi se justifie d'un vocable issu de la psychiatrie de l'adulte et l'on préfère le terme de psychoses de l'enfant pour commencer à développer une approche compréhensive et psychopathologique des troubles spécifiques aux plus jeunes. L'effacement est donc surtout perceptible côté anglo-saxon, et par extension à l'international.

Comment expliquer cet effacement ? La schizophrénie est-elle, en fin de compte, inexorablement marquée du côté de l'adulte, sceau dont elle ne saurait se démarquer pour construire un concept propre à l'enfant ? Est-ce par manque de symptômes décrits classiquement dans la schizophrénie de Bleuler ? Et pourquoi le modèle de la schizophrénie ne serait-il pas adéquat pour l'enfant ? Grande spécialiste américaine de la schizophrénie infantile, Juliette Louise Despert

publie en 1968 un recueil collectant ses principaux articles sur ce thème écrits depuis 1938<sup>586</sup>. Comme le note son préfacier, Kanner en personne, il s'agit tout autant d'un objet historique que d'un manuel médical sur la schizophrénie infantile<sup>587</sup>. Professeur émérite et consultant honoraire à l'Université Johns Hopkins, celui-ci évoque les « changements majeurs [qui] se sont produits dans l'attitude des spécialistes envers la schizophrénie infantile », au profit d'une reconnaissance. Objet historique, l'ouvrage de Despert l'est d'autant plus dans sa traduction française publiée en 1978, soit dix ans après l'original, au moment où la schizophrénie de l'enfant s'éteint.

### Des symptômes rares chez l'enfant

La schizophrénie produit des symptômes multiples, parmi lesquels des délires et hallucinations qui se manifestent de manière la plus effervescente. Certes, ce ne sont pas des signes strictement pathognomoniques de la maladie. Leur présence conduit cependant le plus souvent au diagnostic, nonobstant certains raffinements nosographiques<sup>588</sup>. Leur absence pour un cas n'écarte pas la schizophrénie qui connaît des formes simples ou frustes, sans production délirante. Leur absence en général chez l'enfant constituerait en revanche un argument pour contester la légitimité de la schizophrénie de l'enfant.

La question du délire chez l'enfant est l'objet de l'un des chapitres du *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, référence francophone dirigée par Lebovici, Diatkine et Michel Soulé<sup>589</sup>. Pour le pédopsychiatre Paul Bizouard, son auteur, il s'agit avant tout de se départir du regard habituellement porté par la psychiatrie de l'adulte sur le délire, et sur l'enfant.

586 Le premier article de 1938 correspond à une communication au premier Congrès international de psychiatrie infantile qui a lieu à Paris en 1937 (voir chapitre 2).

587 Despert 1978, 7.

588 Délires et hallucinations marquent le champ des psychoses en psychiatrie de l'adulte, champ qui tend à se réduire au fur et à mesure au « spectre de la schizophrénie » selon le DSM-5 de 2013.

589 Lebovici/Diatkine/Soulé 1999. Le traité commence à être publié dès 1985.

Des « présupposés concernant le délire chez l'adulte » risqueraient de « négliger la sémiologie spécifique de la pathologie de l'imaginaire chez l'enfant malade »<sup>590</sup>. D'emblée, la question du délire chez l'enfant s'étend donc vers l'étude de sa vie imaginaire et également de sa vie fantasmatique. Et Bizouard de citer le grand maître allemand Wilhelm Griesinger comme exemple du préjugé péremptoire : « La mobilité de l'enfance est telle qu'un ordre déterminé d'idées délirantes ne peut à cet âge s'emparer de l'esprit et se systématiser comme cela se voit à une époque avancée de la vie. »<sup>591</sup> La durée, la permanence, la conviction inébranlable et incroyable ne seraient pas présentes chez l'enfant. Mais alors, si spécifique soit-elle, quelle est donc cette sémiologie réservée à l'enfance ?

Heuyer est souvent cité en référence pour sa description d'un délire de rêverie, publiée en 1922 dans la revue *L'Encéphale*. Un enfant vivant un rêve continu, automatique et involontaire, soutenu par une conviction délirante, cite notamment Bizouard. En fait, le cas rapporté par Heuyer et Adrien Borel en 1922 concerne une femme adulte, laquelle a déclaré un délire à la faveur de sa ménopause. Ce délire chronique n'a rien d'original. Il est décrit classiquement selon ses thèmes et ses mécanismes (« un délire imaginatif mégalomane et érotique, à contenu incohérent et absurde, sans aucun affaiblissement intellectuel »<sup>592</sup>) ainsi que des interprétations à thème de persécution et de préjudice. Ce qui apparaît particulier aux auteurs concerne les antécédents de la patiente et, partant, la genèse supposée du délire qui « n'est que la prolongation d'une rêverie imaginative datant de l'enfance », « la rêverie infantile s'[étant] enrichie d'éléments romanesques au cours des lectures ; à la ménopause, l'évasion de la réalité fut complète et la rêverie est devenue un délire. »<sup>593</sup> Ainsi, le caractère délirant de l'enfant est inféré à partir d'un délire de l'adulte et de son anamnèse.

590 Bizouard 1999, 1315.

591 Bizouard 1999, 1316.

592 Heuyer/Borel 1922, 456.

593 Heuyer/Borel 1922, 456.

Si le document vaut pour l'histoire de la psychiatrie de l'enfant, c'est dans la mesure où la psychiatrie de l'adulte se penche sur l'histoire des patients et jette un pont de l'adulte vers l'enfant, dans une perspective rétrograde (voir chapitre 9).

Le délire affecte toute la vie de la personne. Son envahissement est total, indépendant des personnes présentes. La disparition des repères de temps et d'espace, l'indistinction des limites corporelles et psychiques, le retentissement sur le sommeil, le repas, et l'intégration scolaire, sont autant d'éléments à observer pour le diagnostic. La dimension développementale, et plus largement historique, est importante à prendre compte, du fait qu'« en dessous d'un certain âge (4 à 6 ans [...]), il est difficile d'apprécier le caractère pathologique ou non de certaines productions imaginatives »<sup>594</sup>. Selon Bizouard, de nombreux contextes cliniques sont susceptibles de générer des phénomènes délirants tels que des conditions organiques, des troubles de l'humeur, une déficience mentale ou encore plusieurs tableaux névrotiques (phobie, obsession, conversion, simulation). Le délire n'est donc pas l'apanage des psychoses, ni chez l'enfant ni chez l'adulte.

Michaux, successeur d'Heuyer à la Salpêtrière souligne d'emblée l'« extrême rareté » du délire chez l'enfant, au cours d'une synthèse de l'état de l'art sur le sujet publiée en 1956 dans les *Annales de pédiatrie*, une revue généraliste de pédiatrie<sup>595</sup>. Cette rareté, Michaux essaie de l'expliquer par deux corrélations liées à l'âge qu'il érige en loi. La première correspond tout simplement au développement de l'enfant. Le développement de la motricité précéderait celui de l'intelligence, et plus globalement du psychisme. Le délire étant placé du côté des manifestations psychiques, il n'apparaîtrait que dans un second temps par rapport aux symptômes psychomoteurs. La seconde loi procède de la différenciation cellulaire cérébrale mise en avant en son temps par Clérambault. En résulte la massivité des atteintes organiques au plus jeune âge avec des tableaux cliniques considérables et neurologiques, tandis que les atteintes plus tardives seraient

594 Bizouard 1999, 1318.

595 Michaux/Lepage 1956.

plus circonscrites et donneraient par exemple des délires. Traditionnellement, Michaux déroule les différents types de délire selon leurs circonstances de survenue ; aigu, accès maniaques et dépressifs, épilepsie, bouffées délirantes, psychopathies chroniques comprenant notamment la démence précoce juvénile et la démence précocissime de De Sanctis. Et même dans cette dernière forme, « le délire et les hallucinations sont exceptionnels »<sup>596</sup>. Michaux ajoute les délires systématisés chroniques, selon une dénomination bien française<sup>597</sup>, dont l'étude lui permet de rendre mieux raison de la rareté du délire chez l'enfant. Pourtant, l'universitaire ne cesse de s'étonner. Alors que l'intuition représente la forme de la pensée pré-logique, « l'enfant, riche en processus intuitifs, ne fait guère de délires intuitifs »<sup>598</sup>. Les hallucinations sont rares hormis les états aigus. En revanche, l'extraordinaire rareté du délire interprétatif se conçoit bien si l'on considère que l'enfant n'a pas de jugement suffisant et d'aptitude à construire des raisonnements poussés. À l'inverse, l'imagination est dévolue abondamment à l'enfant. En conséquence, le délire imaginatif est la seule variété de délire chronique qu'on rencontre avec quelque fréquence chez l'enfant<sup>599</sup>.

Michaux conclut son article sur les « raisons apparentes de la rareté du délire chez l'enfant »<sup>600</sup>. Préside à son explication une véritable recette pour obtenir un délire. D'une part, le délire requiert des matériaux. L'imagination commande sa vie psychique et peut être délirante. D'autre part, un travail d'élaboration est nécessaire pour construire le délire. Chez l'enfant, pas d'interprétation ni d'hallucination, seul le processus imaginatif est à sa portée. Sans persévérance thématique, sans concentration idéique, ni conviction inébranlable, l'enfant présenterait une « inaptitude à la construction délirante », « son instabilité le préserve du délire »<sup>601</sup>. Michaux conçoit alors la schizophrénie de l'enfant comme neutralisant cette mobilité psychique

596 Michaux/Lepage 1956, 392.

597 Voir Craus 2013.

598 Michaux/Lepage 1956, 393.

599 Voir Lebovici 1989.

600 Michaux/Lepage 1956, 395.

601 Michaux/Lepage 1956, 396.

contraire au délire. Cette inaptitude s'atténue avec l'âge et nous pourrions y lire une sorte de troisième loi de l'âge, à côté de celle qu'il rappelle en début d'article.

À l'autre bout de la reconnaissance de l'institution médicale, le jeune psychiatre Jacques Laroche présente à la fin des années 1950 sa thèse d'exercice sur les idées délirantes de l'enfant et en publie une synthèse en 1961 dans *La psychiatrie de l'enfant*. Il défend la thèse selon laquelle les délires chroniques infantiles ne sont pas si exceptionnels et se distinguent des délires chroniques de l'adulte. Leur rareté tiendrait ainsi en partie à leur méconnaissance. Quelles en sont leurs caractéristiques ? C'est d'abord la finesse de leurs manifestations, « aux frontières du jeu et de la réalité »<sup>602</sup>. Le trouble de la distinction de soi vient ensuite, puis les phobies. Liées à l'âge, des thématiques de délire sont rapportées dans l'étude de Laroche : empoisonnement à partir de 9-10 ans, persécution à partir de 11-12 ans. De son côté, Despert retrouve des phénomènes délirants chez de grands enfants de 10 et 11 ans sous la forme d'idées de persécution et de délires somatiques<sup>603</sup>.

Nous retrouvons ces délires de l'enfant, à valence essentiellement imaginative, au sein d'un ensemble de pathologies de l'imagination comprenant également les mensonges et les mythomanies dans un article écrit par le même Michaux dans *La Revue du praticien*, destination médicale non spécialisée<sup>604</sup>. Comme point de départ, l'enfance est le temps où prédomine la fiction sur la réalité et lors duquel le jugement par manque de connaissances reste d'une construction fragile. « À cette carence du jugement l'enfant va suppléer, en fait, par l'exubérance de l'imagination. »<sup>605</sup> Le délire imaginatif tend vers une forme de systématisation, bien que partielle à la différence de la paranoïa, et une sorte de robustesse dans la conviction délirante. Les thèmes sont mobiles et d'une richesse inépuisable. En outre, Michaux décrit, avec son interne Charles Juredieu, des délires aigus qui surviennent dans deux circonstances. La première concerne des patients avec retard mental (débilité)

602 Laroche 1961, 7.

603 Despert 1978, 12.

604 Michaux/Juredieu 1953.

605 Michaux/Juredieu 1953, 1179.

et correspond au délire polymorphe de Magnan<sup>606</sup>. L'exemple type en est l'adolescent souffrant d'un voyage pathologique en montant à la capitale. La seconde concerne au contraire des patients sans retard mental. Le délire imaginatif peut alors appartenir à un tableau symptomatique d'une pathologie classique de la psychiatrie : troubles de l'humeur, du côté de l'excitation maniaque ou de la dépression mélancolique, mais aussi schizophrénie. Ici les auteurs emploient encore en 1953 les termes de « démence précoce » et de « démence précocissime ». Le clinicien doit rechercher des signes débutants de cette lignée tels que la discordance, un affaiblissement intellectuel, un automatisme mental. Autrement, le délire imaginatif peut se résoudre en quelques semaines, sous la forme d'un délire de rêverie. Il est réversible, « ne dépassant pas le degré d'un jeu »<sup>607</sup> auquel se prête l'enfant pour compenser une situation vécue comme un manque profond.

En outre, le délire chez l'enfant intervient dans la différence qui se creuse progressivement entre schizophrénie et autisme. D'abord Despert présente la pensée autistique comme une perte de contact avec le monde externe de la réalité, contrairement au fantasme ; « par ses fantasmes, l'enfant s'habitue aux situations de sa vie future »<sup>608</sup>. Despert reprend ici l'inventeur de la schizophrénie, Bleuler lui-même. L'enfant formule son manque de croyance véritable dans le fantasme qui porte une valeur et une fonction particulières. Le fantasme de l'enfant détient le « caractère volitionnel de son imagination »<sup>609</sup> ; il est fabriqué volontairement et reste une invention qui met en jeu un faire-semblant. Despert fait la part du normal et du pathologique : « Il n'est pas possible de trouver, chez l'enfant normal, les vrais délires et les vraies hallucinations qui caractérisent la pensée du schizophrène. »<sup>610</sup> Au pire, une confusion entre réalité et fantasme peut survenir quand s'immisce un facteur émotionnel massif.

606 Valentin Magnan (1835-1916) médecin aliéniste fait l'ensemble de sa carrière à l'asile Sainte-Anne (Paris) où il invente plusieurs concepts cliniques dont la bouffée délirante aigüe polymorphe.

607 Michaux/Juredieu 1953, 1185.

608 Despert 1978, 43-44.

609 Despert 1978, 45.

610 Despert 1978, 46.

Hallucinations et perceptions constituent en quelque sorte le pendant des délires et fantasmes du côté de la sensorialité. Cette dernière est prégnante chez l'enfant dont le développement psychomoteur précède classiquement le développement intellectuel. Là aussi on s'interroge sur la normalité potentielle de certaines hallucinations. Le symptôme en lui-même n'est pas signifiant sur le plan psychopathologique. Dans la schizophrénie infantile de Despert, les hallucinations visuelles et auditives ont tout à fait leur place bien que « seuls les plus âgés (plus de 6 ans) en parlent, on peut néanmoins observer des réactions à ce qui semble être des hallucinations chez les enfants plus jeunes »<sup>611</sup>. Ce qui leur ressemble tiendrait plus à l'affectivité qu'à l'imagination ; « les pseudo-hallucinations dépendent de la nature et de l'intensité des émotions éprouvées par l'enfant plutôt que de caractéristiques spécifiques de la pensée infantile »<sup>612</sup>. La verbalisation des hallucinations chez les enfants psychotiques donne aux tableaux cliniques un caractère impressionnant. En-deçà, des comportements peuvent les traduire et parmi eux une attitude d'écoute, l'espionnage, un regard à l'affût, geste à l'appui.

Selon un triptyque classique – normal, névrose, psychose – Despert compare les expériences hallucinatoires des enfants. Chez les enfants dits normaux, elle ne retrouve pas de preuve d'hallucinations véritables, tout au plus des hallucinations hypnagogiques liées à des phobies. Ces dernières correspondent par définition à ce moment particulier de passage de l'état de veille au sommeil. Elles témoignent volontiers d'un conflit, ou d'une immaturité affective. Parmi les névrosés, les hallucinations sont rares, toujours simples, souvent uniques, avec préservation de la personnalité. Elles révèlent bien souvent un conflit entre « les exigences instinctuelles et les tabous »<sup>613</sup>. Parmi les enfants psychotiques, les hallucinations, comme les délires d'ailleurs, se rencontrent surtout à partir de 10 ou 11 ans, sont semblables aux symptômes des adultes mais en étant plus simples et moins organisées ou systématisées. Des identifications

611 Despert 1978, 12.

612 Despert 1978, 43.

613 Despert 1978, 157.

à des animaux, et des expressions très primitives, émaillent ces phénomènes cliniques.

Dans une analyse de cas de 1941<sup>614</sup>, Despert décrit les troubles de la pensée et de la motilité chez une enfant schizophrène. La petite fille de 8 ans, d'une pensée bizarre, présente des troubles perceptifs. Délire et hallucination participent du tableau de schizophrénie infantile, mais pas seulement. Détérioration mentale, perturbations de la parole et du langage, dissociations des affects y ont également une grande part. Selon Despert, la dissociation des affects marque la schizophrénie : « En l'absence de dissociation affective, on ne peut poser un diagnostic de schizophrénie, si sévères que soient par ailleurs les troubles du comportement. »<sup>615</sup>

Les expériences délirantes et hallucinatoires se retrouvent chez les enfants psychotiques à partir de l'âge de 10 ans selon des modalités qui diffèrent par rapport à l'adulte. Elles sont moins florides, relativement plus simples dans leurs thèmes et leurs expressions, tout en étant moins organisées ou systématisées. Les délires correspondent à des identifications irréelles à des animaux, ou des idées très primitives de tonalité régressive au sens où elles font écho à un monde imaginaire d'enfants plus jeunes<sup>616</sup>. Ceci mis à part, la forme des délires s'apparente à partir de 10 ou 11 ans à ce qui est retrouvé chez l'adulte. Eggers souligne la corrélation entre les caractéristiques cliniques et l'âge de l'enfant. En quelque sorte, on délire selon son état de développement. Dans sa cohorte, Eggers repère des états délirants dès l'âge de 7 ans. Une forme spécifique de délire dans la schizophrénie de l'enfant à cet âge est la perte d'identité. Les petits patients s'identifient alors à d'autres personnes, à des animaux ou à des objets inanimés de leur environnement ; ils peuvent être convaincus d'avoir été transformés en ces éléments. Une grande irrationalité domine dans ces délires avec des angoisses diffuses et parfois des craintes de type cosmique – « le soleil est en train de tomber du ciel »<sup>617</sup>.

614 Despert 1978, 49-66.

615 Despert 1978, 65.

616 Despert 1948, 536.

617 Eggers 1978, 24.

Délire et hallucination ont-ils une place essentielle dans la schizophrénie de l'enfant ? Vu leur faible fréquence, on peut penser que non. Cela étant dit, leur présence signe d'autant plus la schizophrénie chez l'enfant. En effet, s'il est difficile à l'enfant pour des raisons qui tiendraient à son propre développement de délirer, alors la présence du délire montre de manière encore plus criante la pathologie schizophrénique. La rareté devient un argument pour le signe clinique pathognomonique. Délire et hallucination n'ont-ils qu'une place partielle ? On les retrouve peu, d'autant moins que l'enfant est jeune. Mais leur absence peut renvoyer à deux phénomènes différents. Soit, ils n'existent véritablement pas chez l'enfant jeune et alors ils n'appartiennent pas au tableau authentique de la schizophrénie de l'enfant. Soit, ils ne s'expriment pas ou peu ou d'une manière singulière chez l'enfant et il s'agira alors de rechercher avec plus d'acuité les signes moins bruyants de cette activité délirante. On pourra également rencontrer des moments particuliers à relever pour en tirer le fameux diagnostic.

Globalement absents, nonobstant le diagnostic de schizophrénie de l'enfant, quels effets pouvons-nous attendre du délire et de l'hallucination chez l'enfant pour le modèle de la schizophrénie ? Nous retrouvons ici la notion de schizophrénie sans délire, que l'on nomme dans les classifications traditionnelles « schizophrénie résiduelle »<sup>618</sup>, ou schizophrénie simple dès Bleuler<sup>619</sup> qu'il appelle encore « schizophrénie latente ». Cette manière de considérer la maladie oriente vers une ouverture large du diagnostic, à partir du moment où sont considérés nombre de tableaux cliniques comme des formes « à l'état d'ébauche »<sup>620</sup>, susceptibles d'éclorre en des exacerbations cliniques manifestes. Cette manière d'envisager la pathologie non seulement élargit le spectre diagnostique mais fait de cette forme simple la plus fréquente, autrement dit la *norme* au sens statistique. Si l'on va jusque-là, la schizophrénie se passe donc du délire et de l'hallucination pour exister sur le plan épistémologique. Leur

618 Voir les différentes versions du DSM à partir du DSM-III.

619 Bleuler 1993 [1911], 306-310.

620 Bleuler 1993 [1911], 309.

présence respective ne vient donc que manifester un processus schizophrénique sous-jacent, déjà là. Une autre conséquence de cette rareté du délire et de l'hallucination est d'expliquer à bon compte les pathologies majoritairement déficitaires. De son côté, Bleuler nomme « hétérophrénie » la forme essentiellement déficitaire de la schizophrénie. Il est facile et tentant de placer les pathologies manifestement déficitaires de l'enfant, sans délire ni hallucination, du côté de la schizophrénie hétérophrénique. La schizophrénie de l'enfant peut ainsi s'étendre au vaste ensemble des arriérations mentales.

Si nous restons sur le rapport entre délire et schizophrénie, la tradition psychiatrique française apporte un point de vue très intéressant, en refusant d'intégrer l'ensemble des délires au vaste ensemble des schizophrénies. Les délires chroniques tiennent en effet une place distincte dans la nosographie psychiatrique française. Le champ des psychoses figure d'ailleurs un plus grand chapeau encore capable de les rassembler sous la plume d'Ey en 1955<sup>621</sup>. Bien qu'elle ne le revendique pas, on peut penser que la psychiatrie de l'enfant française, selon cette tradition clinique française, ne rabat pas non plus toutes les psychoses sans délire chez l'enfant à une schizophrénie de forme particulière.

Diatkine tente de penser le délire chez l'enfant à partir d'autres phénomènes psychiques en dehors de la réalité tels que le rêve, la rêverie diurne et le jeu. Il observe que, chez l'enfant, les hallucinations auditives sont assez proches de l'automatisme mental décrit par Clérambault<sup>622</sup>, lorsque des voix font des commentaires moraux sévères ou donnent des ordres. L'observation chez l'adulte renvoie pour lui à un fonctionnement chez l'enfant : « Savoir qu'on délire et ne pas pouvoir faire autrement que délirer est beaucoup plus proche du mode habituel de penser de l'enfant qu'on ne le crut longtemps »<sup>623</sup>. Dans les fantasmagories, la dramatisation consciente diurne est l'autre versant de la satisfaction hallucinatoire du rêve. Dans le jeu, la situation est vécue avec une étonnante réalité pour celui qui s'y prête, l'enfant étant le héros

621 Ey 1955.

622 Clérambault de 1992.

623 Diatkine 1999, 1311.

de l'histoire qu'il se raconte. Il existerait un clivage du moi normal, qui s'avère endommagé dans certaines psychoses de l'enfant. « Dans les jeux considérés comme psychotiques, la voix du narrateur est recouverte par le fracas de l'histoire du héros et le jeu perd ses règles. (...) Ce qui est pathologique, ce n'est pas d'avoir des rêveries mégalomaniaques, c'est d'oublier qu'on n'en doit pas parler. »<sup>624</sup> Une forme de contenance ne fait plus office de refoulement. Ainsi, la rareté des délires et hallucinations chez l'enfant ne fait pas débat. Sa conséquence épistémologique, en revanche, n'est pas tranchée, à la fois pour des raisons propres aux spécificités de l'enfant et pour des questions déjà posées du côté de la psychiatrie de l'adulte.

### Rapports entre schizophrénie et psychose chez l'adulte et chez l'enfant

Nous proposons ici une analyse logique permettant de déduire la schizophrénie de l'enfant de la schizophrénie de l'adulte et du lien entre maladies mentales chez l'adulte et chez l'enfant. La justification d'un tel raisonnement vient du fait que la schizophrénie de l'enfant n'est pas une entité inventée par un auteur à une époque donnée, à la différence de la schizophrénie décrite par Bleuler. Elle pourrait apparaître comme un simple décalque chez l'enfant d'une pathologie décrite pour l'adulte. Un facteur semble cependant intervenir dans sa conceptualisation, le terme précisément de psychose. De l'enfant à l'adulte, Michaux espère en étudiant le délire chez l'enfant dans les années 1950 des découvertes chez l'adulte. « C'est peut-être en connaissant les facteurs qui manquent à l'enfant pour construire un délire que l'on soupçonnera le mécanisme du délire, et du même coup, les raisons qui font, devant celui-ci, l'inégale prédisposition des sujets d'âge mûr » écrit-il<sup>625</sup>.

624 Diatkine 1999, 1312.

625 Michaux/Lepage 1956, 389.

Au début des années 1970, Eisenberg entend revoir la classification des psychoses de l'enfant<sup>626</sup>. En fait, l'ensemble de son argumentaire consiste à remettre en cause l'usage selon lui inconsideré ou excessif de la schizophrénie de l'enfant. Ces deux glissements, de la schizophrénie aux psychoses, de l'enfant à l'adulte, nous conduisent à les faire jouer ensemble pour mieux appréhender le concept de schizophrénie de l'enfant. Partons de cette assertion simple que la schizophrénie est une psychose parmi d'autres. Dans ce cas, il s'agit d'un simple rapport d'inclusion. Parmi les psychoses, à côté de la schizophrénie, il faut compter notamment la psychose maniaco-dépressive, la paranoïa, la psychose hallucinatoire chronique. Leur différenciation s'appuie sur des critères cliniques et évolutifs. Ces entités sont décrites et précisées dans les traités par un certain nombre d'auteurs à différentes époques, sans que cette histoire descriptive ne constitue pour autant un progrès continu dans l'évolution des connaissances. Revues, remaniées ou contestées, elles demeurent des repères pour appréhender la clinique psychiatrique aujourd'hui. L'histoire critique des classifications montre que la schizophrénie devient au cours du 20<sup>e</sup> siècle une forme épistémologique centrale des psychoses. Si elle sert de référence pour penser les autres psychoses, c'est qu'elle donne un nom scientifique à la folie en général. Comme le relève le psychiatre historien Garrabé

Le 20<sup>e</sup> siècle est, du point de vue de l'histoire culturelle de la folie, le siècle de la schizophrénie. Née avec lui sous le nom de « dementia praecox », elle prendra son essor dès que Bleuler aura forgé pour la désigner ce néologisme évocateur d'un redoutable mystère qui va devenir petit à petit synonyme de folie<sup>627</sup>.

Autre assertion qui résumerait cette évolution conceptuelle : toute psychose se rapporte à la schizophrénie. En fait, ce rapport complexe entre psychose et schizophrénie trouve des racines dans l'histoire de l'ancêtre de la schizophrénie, la démence précoce, qui s'est elle-même construite progressivement comme appartenant au registre des psychoses. L'argument

626 Eisenberg 1972.

627 Garrabé 1992, 8.

généalogique n'est pas seul à considérer, la schizophrénie prenant la place de la démence précoce. La première aurait, selon Jérémie Sinzelle, gagné la bataille terminologique quand la seconde se serait tout de même maintenue :

En suivant la vie de la démence précoce comme signifiant de la clinique, nous retraçons comment elle a finalement été remplacée (à la fin des années cinquante dans la littérature) par celui de schizophrénie de Bleuler, alors que la conception alternative de celui-ci, alliant une hiérarchisation et une interprétation, n'a pas été adoptée dans les grandes lignes. La conception que nous avons en France doit ainsi son nom à Bleuler mais, en retirant le contenu 'littéral' (selon le terme de Freud), la description reste toujours, en toile de fond et de manière occultée, celle de la démence précoce de Kraepelin<sup>628</sup>.

Deux questions, prises ensemble, excluent tout rapport d'identité entre psychose et schizophrénie. Existe-t-il une psychose sans schizophrénie ? Existe-t-il une schizophrénie sans psychose ? La liste des formes de psychose non schizophréniques permet de répondre affirmativement à la première. Mais reconnaître la schizophrénie comme noyau de l'ensemble des psychoses nuancerait la réponse. À la seconde, nous serions d'abord amené à répondre de manière indubitable par la négative. Mais nous serions mis en difficulté en considérant la forme de schizophrénie dite simple, dans laquelle les symptômes psychotiques sont absents jusqu'à ce qu'une décompensation survienne<sup>629</sup>.

Notre analyse logique se poursuit par les rapports qu'entretiennent la psychose chez adulte et la psychose chez l'enfant. Ces rapports sont rarement étudiés comme tels, chacune représentant une maladie mentale grave chez l'adulte ou l'enfant. Leurs spécificités, et par là l'autonomie des spécialités qui les étudient, tendent à une connaissance largement séparée. Cependant, historiquement, les psychoses de l'enfant sont observées en référence aux psychoses décrites chez l'adulte. Ce sont d'ailleurs des psychiatres d'adultes qui officient dans un premier temps auprès des enfants, que ce soit dans les hôpitaux dès la fin

628 Sinzelle 2008, 301.

629 Nous retrouvons cette forme dans le DSM-II, citée en exemple dans le propos introductif explicitant le terme de psychose (APA 1968, 23).

du 19<sup>e</sup> siècle ou dans les dispensaires qui reçoivent en consultation au début du 20<sup>e</sup> siècle. Le regard médical s'apparente là encore à un décalque de la psychiatrie de l'adulte sur l'enfant. Mais très vite on remarque que l'application ne fonctionne pas. Les symptômes principaux diffèrent, l'évolution n'est pas la même. Pourquoi donc s'entêter à garder le terme de psychose dans ces conditions ? Il nous faut avancer l'hypothèse qu'un lien fort demeure malgré tout entre psychose chez l'adulte et psychose chez l'enfant.

Ces rapports persistants peuvent être identifiés selon trois niveaux. Les deux premiers se repèrent selon l'axe du temps, que l'on a appelé diachronique dans les années 1970-1980<sup>630</sup>, puis développemental depuis les années 2000. Le troisième relève davantage d'un registre psychopathologique en un sens que l'on pourrait qualifier de synchronique. Un premier niveau correspond au regard porté par la psychiatrie de l'adulte dans sa recherche des causes génétiques des pathologies qu'elle observe et traite. Selon la tradition médicale, l'interrogatoire du patient contient la liste des antécédents médicaux, à savoir l'ensemble des pathologies que le sujet a développées par le passé, que ces pathologies soient résolues sous la forme d'une guérison ou qu'elles perdurent sous une forme chronique. Le psychiatre de l'adulte est tenté de rechercher dans l'histoire du patient des signes cliniques qui vaudraient comme antécédence des psychoses de l'adulte. Dans son enfance, tel patient présentant aujourd'hui adulte une psychose en souffrait-il déjà ? La frontière entre psychose de l'enfant et psychose de l'adulte se trouverait de ce point de vue sérieusement remise en cause. De manière plus subtile, l'intérêt pour l'enfance des patients psychotiques adultes peut relever des signes *a minima* qui constituent non pas en somme un diagnostic de psychose de l'enfant, mais des prodromes que l'on peut identifier à des facteurs de risque sur un plan biostatistique ou rassembler sous la forme d'un terrain de vulnérabilité. D'autres éléments de causalité seront alors nécessaires pour se représenter un modèle explicatif des troubles mais là encore l'enfance aura apporté sa contribution à la pathogenèse àprement recherchée.

630 Lantéri-Laura fait régulièrement référence à cet adjectif dans le couple d'opposés diachronique-synchronique (Lantéri-Laura 1991).

Un deuxième niveau, à l'inverse du premier, correspond au regard porté par la psychiatrie de l'enfant dans son souci pronostique. Comment va évoluer la pathologie psychotique de l'enfant pour lequel un grand nombre de soins sont classiquement mis en œuvre ? Cette curiosité pronostique renvoie à plusieurs préoccupations pour le médecin. D'abord le savoir pronostique peut s'attacher à mieux cerner le génie évolutif propre à la maladie, c'est-à-dire la manière dont évolue sans action extérieure à visée thérapeutique la pathologie diagnostiquée, ce qui permet en soi de mieux la connaître. La nosographie psychiatrique reste d'ailleurs très marquée par la démarche de Kraepelin qui, pour classer et identifier les pathologies, a eu recours à des observations extrêmement longues permises par l'unité de lieu que constituait l'asile au 19<sup>e</sup> siècle, afin de décrire l'évolutivité des symptômes. Ensuite, le pronostic associé à des tentatives thérapeutiques correspond en fait à l'évaluation de ces thérapeutiques. Une juste prédiction sur l'évolution symptomatique à la suite de l'administration de tel traitement valide bien entendu son efficacité thérapeutique. La pertinence pronostique prend ici valeur de scientificité pour la médecine. Enfin, au-delà d'un intérêt proprement pédopsychiatrique, le devenir adulte des enfants constitue une préoccupation naturelle de tout professionnel s'occupant d'enfant quel que soit son domaine d'intervention – pédagogique, éducatif, thérapeutique. Qu'est-il devenu ? Toute la vie ultérieure n'est certes pas contenue en germe dans la vie passée. Question qui cependant intéresse toujours, la vie adulte étant une des finalités de la vie infantile et adolescente.

Le troisième niveau que nous retenons ne part pas de l'une ou l'autre psychose selon l'âge de la vie. Il les confronte dans une unité de temps sur un mode relationnel. Psychose de l'enfant et psychose de l'adulte ont-elles partie liée quand un enfant psychotique vit au milieu d'adultes psychotiques ? Nous retrouvons ici la question de la genèse des troubles et vice versa celle des effets de parents psychotiques sur leurs enfants. C'est aussi une situation particulière du vaste et traditionnel thème des délires induits<sup>631</sup>.

631 La folie à deux est un thème classique de la psychiatrie depuis les travaux *princeps* de Charles Laségue et de Jules Falret en France.

Ces trois niveaux établissent bien les rapports qu'entretiennent psychose de l'adulte et psychose de l'enfant. Bien que la recherche des antécédents ne soit pas à coup sûr fructueuse, il n'est pas rare de retrouver des particularités dans l'enfance des psychoses de l'adulte. Le devenir des psychoses de l'enfant tient là aussi souvent à des particularités à l'âge adulte. On peut également penser que la psychose de l'enfant ne s'arrête pas sans conséquence à l'âge adulte et que la psychose de l'adulte a des ramifications dans l'enfance. Le terme de psychose pour l'une et l'autre de ces pathologies semble ainsi encore justifié, afin de témoigner de leurs rapports complexes, pertinents à étudier, bien qu'encore largement énigmatiques.

Ainsi, les rapports qu'entretiennent psychoses de l'enfant et de l'adulte sont les mêmes que ceux qu'entretiennent schizophrénies de l'enfant et de l'adulte si l'on considère toute psychose comme une schizophrénie. À l'inverse, si la schizophrénie est *seulement* une psychose, rien ne peut être déduit concernant la schizophrénie de l'enfant en considérant toujours les rapports entre psychoses de l'adulte et de l'enfant. La grande difficulté logique tient sans doute à une ambiguïté première concernant l'attribution « de l'adulte » aux psychoses et à la schizophrénie. En effet, lorsque ces pathologies concernent l'adulte, elles tendent à une circonscription en fait générale, c'est-à-dire quel que soit au fond l'âge du patient. Rapidement l'attribution « de l'adulte » disparaît et sous-entend que l'on évoque les concepts hors de l'âge considéré. Il s'agit là d'ailleurs d'une contribution majeure de la pédopsychiatrie, que l'on retrouve avec la perspective développementale<sup>632</sup>, d'orienter le regard épistémologique selon l'âge du patient.

Suite à cette tentative d'éclaircissement par transitivité, il apparaît nécessaire de considérer schizophrénie et psychose de l'enfant dans des rapports originaux, leur originalité étant à identifier par rapport aux liens entre schizophrénie et psychose chez l'adulte. Nous avons montré dans quelles mesures, chez l'adulte, schizophrénie et psychose nouent des liens étroits sans

632 Nous qualifierons au chapitre 9 cette perspective, à travers le prisme du développement, de développementaliste, lorsqu'elle gagne l'ensemble de la psychiatrie.

pour autant ne pouvoir s'assimiler l'une à l'autre. Du côté de l'enfant, les liens s'avèrent différents. D'une part, la schizophrénie de l'enfant reste marquée par le concept de schizophrénie généré à partir de l'adulte, selon l'invention de Bleuler. D'autre part, la psychose de l'enfant n'a pas tellement partie liée avec la psychose de l'adulte ; elle a réussi à prendre une certaine autonomie. Les raisons en sont encore confuses. Nous pourrions avancer le fait d'une histoire plus longue, mais aussi l'idée d'un concept moins circonscrit, sans auteur principal ni ouvrage *princeps* susceptibles de servir de point de référence.

L'inclusion de la schizophrénie de l'enfant au sein des psychoses de l'enfant semble une évidence. Cependant, si l'on considère la schizophrénie de l'enfant avant tout comme une schizophrénie en général, la voilà rapidement prise du côté de la pathologie de l'adulte, en préparation. Or, la psychose de l'enfant se différencie nettement de la psychose de l'adulte sur ce point. Pour la plupart des auteurs, il n'y a pas d'évolution de l'une à l'autre. Ainsi la schizophrénie de l'enfant peut-elle être perçue davantage comme une psychose de l'adulte en devenir, plutôt qu'une psychose de l'enfant actuelle. Mais entre-t-elle dans le champ de la schizophrénie de l'enfant ? La réponse est ici simple, et négative. On peut même affirmer que, la plupart du temps, les psychoses de l'enfant ne sont pas des schizophrénies. Ces dernières ne peuvent donc en aucun cas en constituer le noyau sur le plan conceptuel, contrairement à l'adulte. À l'inverse, elles en constitueraient le repoussoir. Nous voyons ainsi dans l'étude des rapports originaux entre schizophrénie et psychose de l'enfant des liens bien sûr importants mais distendus. À s'y pencher, la schizophrénie de l'enfant et les psychoses de l'enfant s'éloignent de plus en plus l'une des autres.

Finalement, la schizophrénie de l'enfant n'est-elle pas très différente de la schizophrénie de l'adulte, puisqu'elle n'entretient pas du tout les mêmes rapports avec la psychose de son âge ? Ce serait en quelque sorte un paradoxe dans la mesure où la schizophrénie de l'enfant est à l'origine un concept de l'adulte appliqué à l'enfant. C'est peut-être la raison pour laquelle ce concept s'efface au profit de la psychose de l'enfant, concept moins marqué du côté de l'adulte. La greffe conceptuelle de l'adulte à l'enfant

n'aura pas pris. Si l'analyse transitive ne fonctionne pas tout à fait pour faire advenir une définition logique de la schizophrénie de l'enfant, elle en donne toutefois les ressorts qui ne cessent de resurgir : la schizophrénie de l'enfant est un concentré des liens complexes entre enfant et adulte, et entre schizophrénie et psychose. Son effacement semble mettre de côté avantageusement ces difficultés qui ne manquent pas de réapparaître périodiquement.

### Un effacement mais des résurgences périodiques

Sur un plan épistémologique, l'effacement de la schizophrénie de l'enfant est authentifié par l'histoire des classifications nosographiques en psychiatrie. Si nous relevons une disparition, il faudra traquer les formes de présence plus subtiles qui persistent malgré tout pour continuer à rendre compte de la réalité clinique qui, elle, n'évolue pas parallèlement au regard qu'on lui porte. Ces persistances ténues peuvent aller jusqu'à prendre la forme de résurgences, en particulier dans la littérature médicale. On peut se demander quel compromis épistémologique pourrait en résulter.

Les premières classifications américaines des DSM I et II font place à une forme particulière de schizophrénie spécifique de l'enfance, au sein du chapitre d'ensemble consacré à la maladie schizophrénique. Le DSM-I, en 1952, évoque une réaction schizophrénique de type infantile, tandis que le DSM-II, en 1968, individualise directement une schizophrénie de type infantile. Quelques lignes tiennent lieu de définition :

Cette catégorie correspond aux cas pour lesquels les symptômes schizophréniques apparaissent avant la puberté. Cette condition<sup>633</sup> peut s'exprimer par un comportement autistique, atypique et de retrait, une impossibilité de développer une identité séparée de celle de la mère, irrégularité générale du développement, grande immaturité, inadéquation développementale. Ces déficits de développement peuvent entraîner un retard mental qui devrait être diagnostiqué par ailleurs<sup>634</sup>.

633 Nous choisissons ici une traduction littérale du terme anglais qui n'a pas véritablement d'équivalent en français.

634 APA 1968, 35.

Il s'agit d'un sous-type de schizophrénie, codé 295.8 et défini comme un vaste ensemble de troubles caractérisés par des troubles de la pensée (délires, hallucinations, « altération de la formation du concept »<sup>635</sup>), de l'humeur (émotions inappropriées, perte d'empathie) et du comportement (retrait, régression, bizarrerie). Rappelons que la schizophrénie appartient ici au champ des psychoses sans substrat organique par opposition aux psychoses dans lesquelles une cause somatique est retrouvée.

Il est intéressant de situer ce sous-type par rapport aux autres sous-types individualisés. Nous retrouvons les trois formes classiquement décrites par Bleuler : hétéroforme, catatonique, paranoïde. À leurs côtés, une forme aiguë correspond à un épisode de quelques semaines mais qui est susceptible de perdurer ; c'est l'acuité du début de l'épisode qui le caractérise. À l'opposé, une forme chronique, dite indifférenciée, correspond à un tableau associant des symptômes appartenant aux trois formes classiquement décrites. Une catégorie résiduelle retient par ailleurs le diagnostic de schizophrénie qui ne validerait pas complètement une des formes classiques. Un autre sous-type rend compte des tableaux cliniques où des symptômes thymiques tiennent une place aussi importante que les symptômes schizophréniques eux-mêmes, qu'ils soient maniaques ou dépressifs. C'est le type schizo-affectif. Enfin, trois autres tentent de rendre compte de colorations cliniques particulières, à distance de symptômes psychotiques, à savoir simple, latent et résiduel. La schizophrénie simple est une forme atténuée, qui évolue lentement et insidieusement. Apathie et indifférence mènent à un appauvrissement des relations interpersonnelles et à une détérioration mentale. La schizophrénie latente est une forme sans épisode aigu. La forme résiduelle – à ne pas confondre avec la catégorie résiduelle précédemment évoquée – est lestée de symptômes psychotiques à la suite d'un épisode qui en aura été largement pourvoyeur.

Relevons que psychose et schizophrénie ne sont pas ici synonymes, notamment pas en ce qui concerne les trois dernières formes reprises. La schizophrénie de l'enfant se définit avant tout par son âge biologique d'apparition, avant la puberté,

635 APA 1968, 33.

et comprend sans difficulté l'autisme infantile. Dans les années 1960-1970, une schizophrénie en général, de concept élargi, entraîne donc dans son maillage une schizophrénie de l'enfant de concept élargi. En 1980, le DSM-III n'inscrit plus la schizophrénie infantile comme entité nosographique – et c'est dès 1972 qu'un numéro de JACS remettait en cause la classification des psychoses concernant l'enfant. Eisenberg, en soutien à Rutter, justifie l'abandon de la schizophrénie infantile, terme qu'il rabat à l'ensemble des psychoses de l'enfant, par une distinction de cet ensemble nosographique en trois pathologies. Le découpage délimite l'autisme infantile, la psychose désintégrative et la schizophrénie. Il pourrait sembler étonnant de retrouver le terme de schizophrénie à l'issue d'un découpage de la schizophrénie elle-même<sup>636</sup>. C'est qu'elle aura subi un recentrage, obtenant ici une description plus en lien sans doute avec celle classique que lui a donné la psychiatrie de l'adulte. Dans le même temps, le qualificatif « infantile » disparaît subrepticement et sans justification explicitée, comme si elle n'avait plus de spécificité chez l'enfant.

Au sein du DSM-III, un premier chapitre dédié à la nosographie pédopsychiatrique contient une dizaine de groupements nosologiques thématiques. Parmi eux, on ne retrouve pas de schizophrénie infantile. Au sein des TED, groupement qui en serait a priori le plus proche puisqu'il englobe l'autisme infantile, il n'y en a pas non plus trace. Néanmoins, la notion de trouble schizoïde est soulignée au sein d'un groupement annexe, et quelque peu fourre-tout, celui « d'autres troubles ». Définie comme une incapacité à nouer des relations sociales en dehors de toute autre pathologie psychiatrique et notamment la schizophrénie, elle décrit des enfants indifférents à leurs pairs qui ne semblent pas en souffrir. Circonscrit à l'enfance, ce trouble schizoïde peut aussi déboucher vers un trouble de la personnalité schizoïde, ou une schizophrénie à l'âge adulte<sup>637</sup>. Voilà le seul vestige de la disparition de la schizophrénie infantile dans le DSM-III. Dans la section consacrée à la schizophrénie, cinq sous-types restent distincts – désorganisé, catatonique, paranoïde, indifférencié, résiduel. Exit un sous-type infantile qui disposerait

636 Eisenberg 1972, 338.

637 APA 1980, 61.

de caractéristiques propres. Finalement, la schizophrénie qui se déclarerait chez l'enfant n'aurait d'infantile que l'âge de survenue, les critères diagnostiques ne tenant pas compte de l'âge.

Le DSM-IV, paru en 1994, ne laisse aucune place de près ou de loin à la notion de schizophrénie au sein de la section consacrée à la pédopsychiatrie. En particulier, on n'y trouve plus de trouble schizoïde de l'enfance. De l'autre côté, la section consacrée à la schizophrénie et aux autres troubles psychotiques n'évoque pas la situation particulière des enfants. En 2013, le DSM-5 introduit le concept de spectre pour l'autisme infantile et la schizophrénie à l'intérieur d'une section neuro-développementale pour le premier, et en correspondance à une section spécifique pour le second. La notion de schizophrénie infantile ne réapparaît pas directement, mais peut se détecter à partir de ces deux spectres à l'intérieur de certaines précisions. Le spectre de la schizophrénie fait place à la situation particulière des enfants dont la clinique se différencie.

Chez les enfants, les idées délirantes et les hallucinations peuvent être moins élaborées que chez les adultes et les hallucinations visuelles sont plus communes, devant être différenciées de jeux imaginatifs normaux<sup>638</sup>.

De plus, des formes de désorganisation du discours ou des comportements désorganisés qui débutent dans l'enfance doivent alerter, mais pas forcément du côté de la schizophrénie, puisque les troubles du spectre de l'autisme et le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité peuvent générer ce type de symptômes. Quoiqu'il en soit, les cas débutant dans l'enfance tendent à ressembler à ceux qui ont une évolution défavorable chez l'adulte, avec un début progressif et des symptômes négatifs prédominants.

Malgré la parution du DSM-III qui marque la disparition de la schizophrénie infantile dans la nosographie internationale, des publications sur le sujet vont continuer d'apparaître sporadiquement dans de grandes revues. Citons pour exemple les résultats d'une étude néo-zélandaise de 1982 intitulée « *Schizophrenia in children under 16 years* » parue dans le JADD, article dans lequel

638 APA 2015, 217.

les auteurs reconnaissent la rareté des cas et en font un sujet d'étude encore très énigmatique. Ils en proposent une étude épidémiologique au sein d'une unité durant une dizaine d'années. Les critères du DSM-III sont pris en compte ; le prisme choisi est donc celui de la schizophrénie de l'adulte et l'analyse s'avère très partielle, avec peu de données en nombre alors que seuls 15 cas de 6 à 15 ans sont répertoriés<sup>639</sup>. Depuis les années 2000 se repose régulièrement la question de la pertinence du concept de schizophrénie chez l'enfant. À la suite de l'association américaine de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, des auteurs français tentent de remettre l'ouvrage sur le métier à partir de la littérature récente. Existe-t-il des particularités de la schizophrénie liées à l'âge ? En fin de compte, « doit-on parler de schizophrénie de l'enfance ou de schizophrénie *dès* l'enfance ? »<sup>640</sup> Des contours demeurent flous avec les formes frontières de l'autisme, mais aussi avec les troubles de la personnalité, notamment schizoïde et schizotypique.

Le terme même de schizophrénie infantile n'est plus utilisé dans la littérature. On lui préfère la schizophrénie à début précoce, définie avant l'âge de 18 ans, et la schizophrénie à début très précoce ou prépubertaire, dont la limite d'âge reste débattue, à 13 ans en général, voire 12 ou même 10 pour certains auteurs. La difficulté diagnostique vient de la distinction à faire entre psychose très précoce de développement insidieux et pensées, perceptions idiosyncrasiques avec développement retardé. Les repères de développement peuvent s'en trouver brouillés et nous revenons à la question de la singularité de l'enfant contrecarrant des normes instaurées. D'autres diagnostics ne manquent pas tels ceux de trouble de l'humeur, trouble de la personnalité, « autre trouble du développement ». Il revient alors au clinicien d'« être prudent »<sup>641</sup>.

Selon Jean-Louis Goëb, un critère diagnostique de schizophrénie infantile reste important : le trouble du cours de la pensée avec relâchement des associations d'idées, en somme une forme d'illogisme après l'âge de 6-7 ans. Est-ce la rareté avancée

639 Kydd/Werry 1982.

640 Goëb 2004, 511.

641 Goëb 2004, 513.

qui expliquerait le peu de place faite à cette entité ? Le quotient 1/10'000 est noté pour la prévalence chez l'enfant, 1/1'000 pour le pourcentage des schizophrénies avant l'âge de 10 ans, 4 % avant 15 ans. Est-ce si négligeable ? Alors que le tableau clinique est différemment coloré chez l'enfant, l'association américaine soutient qu'il n'y a pas d'argument pour individualiser la schizophrénie à début précoce au sein des schizophrénies. Est-ce parce que les tableaux cliniques chez l'adulte sont eux-mêmes très variés ? Une pré-morbidité – avant la maladie déclarée donc – peut s'exprimer par un retard de langage et des symptômes transitoires de troubles envahissants du développement. On peut aussi retrouver des antécédents familiaux de schizophrénie. Le retard intellectuel reste une question classique au côté de la schizophrénie, et sans doute plus encore chez l'enfant : comme facteur de risque, comme comorbidité, comme conséquence, au sens d'une détérioration. Il peut également voiler et ainsi retarder le diagnostic.

Une autre question classique est abordée par Goëb, celle de la continuité. Pour lui, il y a bien continuité entre formes très précoces et formes précoces, et entre formes infantiles et formes adultes. Cependant, l'auteur reste sur une ligne inspirée par la prudence (« [c]onclure sur la pertinence du concept [de schizophrénie infantile] semble difficile ») et en appelle à poursuivre les études « autour des continuités et discontinuités de la pathologie schizophrénique »<sup>642</sup>. En 2009, il aborde avec Pierre Delion les schizophrénies à début très précoce, définies avant 12 ans, dans leurs liens avec les TED et les schizophrénies de l'adulte. Les auteurs tentent ainsi de décloisonner les champs de la schizophrénie et de l'autisme : « pas de schizophrénie avant l'âge de 9 ans sans signe antérieur d'autisme »<sup>643</sup>.

Dans un article de 2006, « Approche psychopathologique et développementale de la schizophrénie infantile », Mario Speranza tente pour sa part une définition critique de la schizophrénie infantile, dans un premier temps à partir du DSM alors en vigueur, le DSM-IV, en évoquant des signes psychotiques associés à un dysfonctionnement social, durant au

moins six mois, sans trouble de l'humeur ni TED. La précocité des troubles laisse supposer un facteur génétique important. Mais les limites du DSM-IV tiennent à une présentation de la schizophrénie comme étant très adultomorphe. À distance, Speranza défend une approche multifactorielle, « intégrée »<sup>644</sup>, de la schizophrénie infantile. Pour ce faire, il faut au clinicien savoir distinguer de la clinique psychotique les phénomènes d'allure psychotique qui sont en fait des expériences normales, ainsi que les symptômes d'allure psychotique qui s'expriment lors d'autres troubles, sans désorganisation ni dissociation prolongée. L'auteur revendique même une « prudence diagnostique européenne » par rapport à un diagnostic qui ne serait porté « que devant des symptômes décontextualisés »<sup>645</sup>. Ici, la clinique psychiatrique de l'enfant ne peut se lire que dans un lien d'interdépendance avec son développement.

Nous trouvons alors naturellement la référence à une tradition française associant développement et psychopathologie, avec les notions de dysharmonie, ou d'anomalies développementales susceptibles d'apparaître avant la phase caractérisée de la maladie schizophrénique, sans toutefois avoir le statut de véritable prodrome. Speranza s'appuie bien évidemment sur Misès qui a d'ailleurs participé à la relecture de son article. Lui aussi tranche en faveur d'une forme de continuité forte entre enfant et adulte, en particulier pour les schizophrénies infantiles avec début insidieux et expressions déficitaires. Sur le plan thérapeutique, la schizophrénie de l'enfant resurgit à la faveur des théories neurodéveloppementales et des techniques d'investigation en imagerie cérébrale. À partir de l'idée selon laquelle les symptômes de la maladie auraient en eux-mêmes des effets délétères sur le plan neurologique – et sur différents plans psychologique, physiologique, structural – certains auteurs proposent de traiter ces symptômes de manière « agressive »<sup>646</sup>, afin de les annihiler. Nous sommes ici bien loin de l'identité que ces symptômes pourraient construire pour ces patients.

642 Goëb 2004, 513.

643 Goëb/Delion 2009, 2.

644 Speranza 2006, 47.

645 Speranza 2006, 48.

646 Driver/Gogtay/Rapoport 2013, 549.

Entre disparition des classifications et résurgences au sein de la littérature médicale, il semble possible de penser la schizophrénie infantile dans un certain équilibre constamment conservé. Elle peut bien changer de nom et s'appeler schizophrénie à début précoce pour ne plus laisser paraître le qualificatif de l'enfance, sa présence reste malgré tout en filigrane, ce qui questionne sa place épistémologique au sein de la psychiatrie de l'enfant. L'âge de début de la schizophrénie qui marque son appellation distingue en fait les différents âges de la vie. Un début précoce correspond à un âge adolescent, en deçà de 17 ans. Un début très précoce correspond à l'enfance ou à la période prépubertaire, avant 12 ans. On peut s'interroger sur les conséquences de cette appellation centrée sur l'âge de début et, en première analyse, avancer qu'une fois évacuée la notion d'infantile, la schizophrénie reste une pathologie de l'adulte qui connaît simplement des formes prématurées. La précocité figure alors une rareté, voire une exception. Il est vrai que parmi l'ensemble des pathologies schizophréniques, celles qui se manifestent dès l'enfance représentent un très faible pourcentage. Dans un second temps, cette appellation focalise l'attention sur le point de départ. Dans la mesure où il s'agit d'une maladie chronique, ne pas connaître de fin incline à déterminer précisément le début. Cette quête de l'origine est sans doute à mettre au compte d'un objectif itératif de prévention et d'intervention précoce, la chronicité plaçant la médecin devant une forme d'impuissance. La schizophrénie à début précoce, ou très précoce, montre qu'on peut y entrer très tôt, mais laisse entendre aussi que le début de la maladie n'est pas forcément celui que l'on croit. Et nous retrouvons ici toute la question des prodromes, des signes précurseurs, des facteurs de risque, qui peuvent être l'objet d'intervention thérapeutique, à visée préventive. Il s'agit alors d'un sujet d'intérêt commun entre psychiatre d'adulte et psychiatre d'enfant.

Malgré sa disparition en qualité d'entité nosographique dans les classifications, la schizophrénie infantile, on l'a dit, persiste dans une présence en filigrane. Du DSM-II au DSM-III, le chapitre consacré à la pédopsychiatrie laisse en place un trouble schizoïde de l'enfance ou de l'adolescence. Rien

n'obligeait les auteurs à ce maintien. Nous aurions pu retrouver ce trouble au sein du chapitre des troubles de la personnalité par exemple, ou encore au sein du chapitre consacré aux schizophrénies et troubles apparentés parmi les diagnostics qui s'approchent de la schizophrénie sans en remplir toutefois les critères selon cette première classification axiale et critériologique. Durant les années 1980, il n'y a pas d'interruption nette des publications concernant la schizophrénie infantile, et les années 1990 puis 2000 multiplient les études sous l'influence du nouveau développement des neurosciences. Depuis les années 2000, un autre élément est sans doute à prendre en compte : l'utilisation beaucoup plus importante, et large, des médicaments psychotropes par les pédopsychiatres. En particulier, les médicaments dits antipsychotiques de deuxième génération, réputés pour leur meilleure tolérance, sont plus facilement administrés à des enfants présentant des troubles psychotiques que les produits employés dans les décennies précédentes. Nous pourrions avancer l'hypothèse qui veut qu'un traitement pour l'enfant doive passer par un traitement pour l'adulte à partir du moment où il aurait fait la preuve de son efficacité et de sa bonne tolérance pour une pathologie similaire. Les traitements utilisés pour la schizophrénie de l'adulte pouvant être utilisés chez l'enfant, la schizophrénie de l'enfant redevient un diagnostic pertinent.

Dans ce cadre de réflexion, la schizophrénie de l'enfant semble tenir une place épistémologique importante. Bien que détrônée comme entité à part entière, elle n'est pas abandonnée pour autant. Elle existe au regard de la psychiatrie de l'adulte pour laquelle le champ des schizophrénies reste l'objet de soins principal, l'image même de la folie, mais aussi l'os de la psychiatrie, maladies dont les connaissances sont encore limitées et fragmentaires. Le modèle médical qui s'attache à la recherche des causes, et du traitement efficace, incline la psychiatrie de l'adulte à s'intéresser à des formes précoces comme éventuel modèle de formes pré-morbides pour l'adulte et moment d'action thérapeutique précoce. D'une certaine manière, la chronicité de la maladie au pronostic incertain pousse à une course à l'anticipation. Avec des arguments d'ordre neuroanatomique,

les symptômes sont envisagés dans leur potentiel pathologique propre. Ainsi la maladie s'aggrave naturellement. La traiter au plus tôt devient alors un objectif médical. Mais que signifie ici « au plus tôt » ? Nous retrouvons les problèmes bien connus de la prévention, avant que la maladie ne soit déclarée (prévention primaire), dès que la maladie est déclarée (prévention secondaire), et une fois que la maladie est installée (prévention tertiaire). L'appellation « à début précoce » montre que ce sont les psychiatres de l'adulte qui sont allés rechercher la schizophrénie infantile.

### La question de la maladie mentale de l'adolescent

Nous avons relevé la persistance sous-jacente de la schizophrénie en pédopsychiatrie à travers des appellations qui varient selon l'âge de début. Selon l'ampleur de la précocité d'apparition de la maladie se distinguent une maladie de l'enfant et une maladie de l'adolescent. Si la rareté est évoquée pour les schizophrénies précoces en général, elle concerne encore plus l'enfant que l'adolescent. La schizophrénie est en fait réputée commencer avec prédilection chez les jeunes adultes, période de contiguïté, voire de chevauchement avec l'adolescence. C'est avec la question de la maladie mentale de l'adolescent que l'on peut aussi entendre l'effacement de la schizophrénie de l'enfant.

Les analyses livrées par l'historienne Agnès Thiercé dans son *Histoire de l'adolescence*<sup>647</sup>, qui s'étend sur la période 1850-1914, s'avèrent très éclairantes pour comprendre les rapports entre psychiatrie et adolescence. Le regard contemporain sur cet âge est très largement hérité des conceptions développées du milieu du 19<sup>e</sup> siècle à la Première Guerre mondiale par les pédagogues, les moralistes, les hommes d'Église, les hygiénistes, les criminologues et autres observateurs sociaux puis par les politiques et les psychologues », écrit-elle<sup>648</sup>. Thiercé dresse le portrait des grands acteurs de la période contribuant à développer l'intérêt et la pertinence de cette période de la vie :

647 Thiercé 1999.

648 Thiercé 1999, 263.

La reconnaissance de l'adolescence indéniablement réussie s'impose au-delà de ses frontières – c'est autour de lui que s'organisent de nouveaux découpages (pré-adolescence, post-adolescence). Le succès de la notion est tel qu'elle peut exister et s'incarner aujourd'hui indépendamment, en dépit même, de ses limites d'âge et hors de cadres institutionnels spécifiques<sup>649</sup>.

La constitution d'une psychiatrie de l'adolescence témoigne sans aucun doute également de ce succès. Thiercé montre bien que le groupe social correspondant à l'adolescence sur l'intervalle de temps étudié est sélectif. Elle concerne d'abord une minorité d'individus, l'élite masculine des collèges et des lycées, à l'exclusion des autres catégories sociales et sexuelles. Puis elle s'étend progressivement et enfin largement à la fin du 20<sup>e</sup> siècle. L'historienne fournit une formule marquante : de l'âge de classe (celle de la bourgeoisie masculine) à la classe d'âge (l'élargissement à tous). Liés à l'instruction, les premiers penseurs en sont les pédagogues. Pour autant, le 19<sup>e</sup> siècle a-t-il inventé l'adolescence ? Quelle est la part de construction sociale et de réalité anthropologique ? La définition se confronte aux difficultés inhérentes à toute limite d'âge. Il existe cependant le point d'appui de la biologie, à savoir le repère de la puberté, événement physiologique qui peut être qualifié d'universel et d'ahistorique et qui ouvre sur une « période de transition » vers l'âge adulte. L'adolescence s'imbrique bien entendu à l'enfance et à la jeunesse ; les limites d'âge sont approximatives et les savants de toutes les époques se sont risqués à donner des intervalles. Hippocrate évoque l'*adolescencia* entre 14 et 21 ans. Le 19<sup>e</sup> siècle n'a donc pas inventé en tant que telle l'adolescence mais il aurait créé le « modèle » adolescent. En effet, « le concept d'adolescence se fige à cette période, tend vers davantage de cohésion et acquiert assez de force pour s'étendre à tous les pubères »<sup>650</sup>.

Sur le plan social, la mise en place de politiques d'encadrement à vocation universelle prend en compte une classe d'âge adolescente. Mais c'est sur le plan conceptuel que l'évolution est la plus forte. L'image de l'adolescence évolue alors dans

649 Thiercé 1999, 264.

650 Thiercé 1999, 7.

le sens d'une valorisation et d'une dramatisation ; l'âge est crucial, décisif. L'adolescence n'existe pas sans crise, c'est-à-dire qu'elle n'apparaît pas sans la conscience d'un danger ou d'un enjeu. C'est une des conditions de l'adolescence »<sup>651</sup>. De la dramatisation à une forme de lyrisme, le psychopédagogue français Pierre Mendousse publie *L'âme de l'adolescent* en 1909. Thiércé en reprend le vertige :

Combien de tempête, d'orage, de volcan, de révolution, d'explosion pour désigner l'âge adolescent ? Combien de bouillonnement, de fermentation, de surabondance des passions, du sang, de sève ou de vie ? Combien de mugissement, de fougue, de fureur, d'ivresse ? Le terme de crise est plus incontournable encore. Sans doute, le romantisme a-t-il en la matière imposé sa marque<sup>652</sup>.

Thiércé consacre le dernier chapitre de son livre à l'émergence des sciences de l'adolescence qui associent la psychologie et une pédagogie innovante. De manière contemporaine apparaît une psychologie nouvelle ou expérimentale qui s'oppose à une psychologie philosophique dans les années 1890. 1885 voit la création de la Société de psychologie physiologique ; son premier congrès international se tient à Paris en 1889. Cette contribution nouvelle de la physiologie à la genèse de la psychologie explique l'intérêt précoce des psychologues pour l'adolescence. De même, une prédilection pour l'anormal, le pathologique, le déviant ou le conflictuel oriente vers un rapprochement avec l'adolescence. Théodule Ribot à la Sorbonne et Janet à la Salpêtrière dirigent chacun un laboratoire de psychologie expérimentale. Mais le grand nom français de la période est Gabriel Compayré, spécialisé en psychologie et pédagogie de l'adolescence. Outre-Atlantique, Granville Stanley Hall publie une encyclopédie de l'adolescence dès 1904.

L'adolescence figure une période de la vie constituant une naissance sociale. S'y développent l'altruisme, les intérêts sociaux, l'aspiration groupale et l'amitié. Des capacités d'introspection trouvent à s'exprimer pour aller vers la découverte de soi,

651 Thiércé 1999, 9.

652 Thiércé 1999, 31.

la compréhension de ses propres changements intérieurs, d'états psychiques nouveaux, d'états affectifs à organiser. C'est le temps du culte des idées et de la dialectique. La percussion de ce plein développement à la fois tourné vers les autres et les profondeurs de soi par la pathologie mentale aura nécessairement des implications cliniques bruyantes avec un retentissement social considérable, que se propose de traiter la psychiatrie de l'adolescent. Donnons à lire ce que le psychiatre Peter Giovacchini écrit de manière générale sur son sujet dans *Psychanalyse, adolescence et psychose* :

Lorsque nous faisons référence au processus de l'adolescence, les cliniciens ont l'habitude d'y voir la formation du caractère, ainsi que la structuration et la consolidation de la personnalité. L'adolescence est supposée être une période chronologique pendant laquelle des changements intrapsychiques ont lieu, permettant la mise en place de la vie adulte. Celle-ci comprend l'acquisition de la génitalité en tant que dernier stade du développement psychosexuel, ainsi que la structuration de plusieurs sous-systèmes du Moi, en particulier la représentation de soi qui fonde le sentiment d'identité<sup>653</sup>.

Chez les adolescents psychotiques se retrouvent des relations objectales et des mécanismes d'adaptation perturbés. Des difficultés de représentation de soi vont amoindrir l'épreuve de réalité à un âge où ces représentations se trouvent en pleine construction. Comme médecine, la psychiatrie de l'adolescent intéresse une période de transformation radicale sur le plan physique, avec l'avènement de la puberté. Les changements hormonaux induisent un « ensemble de modifications qui se produisent chez les filles au moment où s'établit la menstruation et chez les garçons dès que les testicules produisent des spermatozoïdes »<sup>654</sup>. Comme abord psychologique, la psychiatrie de l'adolescent est marquée par le début d'une sexualité génitale potentiellement agie ainsi qu'un intérêt pour le groupe de pairs avec son cortège de recherche de modèle identificatoire. Comme état psychique avec toutes ses variations du normal au pathologique, l'adolescence est marquée par différentes formes

653 Giovacchini 1986, 86.

654 Garnier Delamare 2002, 688.

de labilité émotionnelle, de remaniements psychiques, de crises comportementales ou existentielles, de structuration en cours. Ainsi, ce qui est appelé sur le plan pathologique le fonctionnement limite fait-il référence à des éléments psychologiques propres à l'adolescent en général, dans une forme de normalité mouvante spécifique à cette période de transition<sup>655</sup>.

Dans le champ des pathologies psychotiques, l'hypothèse d'une relation de causalité entre les premiers signes de psychose et la période de l'adolescence constitue un enjeu important de la psychiatrie contemporaine : comment interpréter l'irruption de comportements atypiques chez les adolescents ? Il s'agira d'évaluer un risque de schizophrénie. À chaque époque, cette question se posera d'une manière ou d'une autre. Le psychiatre Jacques Arveiller s'interroge :

Peut-on légitimement parler d'une pratique psychiatrique des adolescents au 19<sup>e</sup> siècle ? Certes oui. Mais d'une psychiatrie de l'adolescence en tant que telle ? C'est beaucoup moins patent avant la fin du siècle. Car la psychiatrie du 19<sup>e</sup> siècle aura pensé l'adolescence dans le sillage de la médecine. Elle aura d'abord plus et mieux pensé la puberté physiologique comme seuil, scansion, passage ou encore crise, que l'adolescence comme âge de la vie, relativement homogène pendant le temps de son déroulement. (...) S'il existe en 1900 une pathologie mentale de l'adolescence, cette pathologie, finalement, n'est que l'amorce ou le début de celle que l'on connaît chez l'adulte. Il n'y a plus de folie de la jeunesse, comme on avait pu le croire avec l'hébéphrénie ; il n'y aura plus que des formes d'entrée dans la schizophrénie<sup>656</sup>.

N'est-ce pas pour se dégager de cet enjeu permanent de l'adolescence comme moment à risque d'entrée dans la schizophrénie, qu'a été ouvert le champ des pathologies limites de l'adolescent – une maladie propre à cet âge, objet consacré d'une discipline en pleine construction ? C'est peut-être pour éviter cet écueil que les spécialistes des psychoses ont remis

655 Sur le plan épistémologique, il est probable que le diagnostic d'état-limite, ou de fonctionnement limite, soit une création de la psychiatrie de l'adolescent qui aurait utilisé sa connaissance du fonctionnement normal de l'adolescent pour en faire la matière de descriptions cliniques dans l'ensemble de la psychiatrie. Cette hypothèse reste à démontrer.

656 Arveiller 2006, 218.

la question de la psychose en lien avec l'adolescence en adoptant un terme opportunément commun, celui de *transition*.

Les pathologies schizophréniques ont partie liée avec une période particulière de la vie, l'adolescence, qui représente à elle seule un moment charnière, de bascule, de développement. Ce passage de l'enfance à l'âge adulte se concentre dans la notion de transition. Ce n'est pas un point de vue récent si l'on suit de près au milieu du 19<sup>e</sup> siècle la définition de démence précoce,

un concept créé presque par hasard en France par Morel en 1852, pour désigner d'après ses observations cliniques, une aliénation juvénile grave se développant sur des adolescents en bonne santé, qu'il formalisera ensuite comme voie finale de la dégénérescence<sup>657</sup>.

En Allemagne, la psychiatrie développe des représentations caractéristiques de la folie de la jeunesse (*Jugendirrese*). L'une d'entre elles est centrale : on doit à Ewald Hecker la description de l'hébéphrénie (1871), une maladie mentale précoce, grave et déficitaire. Fortement inspirée par l'évolutionnisme ambiant, l'hébéphrénie est pensée sous la forme d'un développement pathologique, par phases, sur le modèle de la paralysie générale, une démence progressive causée par la syphilis. À la fin du 19<sup>e</sup> siècle, Kraepelin rattache définitivement l'hébéphrénie à la démence précoce ; il désigne sous ce nom une maladie mentale juvénile, qui regroupe plusieurs tableaux symptomatiques typiques décrits par ses prédécesseurs – hébéphrénie, catatonie et démence paranoïde – et qui s'achève dans la démence. L'hébéphrénie n'est alors plus qu'un syndrome parmi d'autres de la démence précoce.

Si l'on considère, d'un côté, l'adolescence comme une transition et, de l'autre, la schizophrénie comme une pathologie de l'adolescence, il n'est pas étonnant de caractériser la schizophrénie comme une pathologie de type transitionnel, c'est-à-dire de la transition. Ainsi parle-t-on de transition psychotique comme manifestations premières de la psychose pour un patient. Emmanuel Delille attribue à Heuyer, en citant une référence de 1952, la vision de la schizophrénie comme

657 Sinzelle 2008, 300.

pathologie de l'adolescence<sup>658</sup>. Or, Heuyer écrit un livre sur la schizophrénie à la fin de sa carrière en 1974<sup>659</sup>. Nous y voyons plutôt une manière d'étendre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'ensemble de la psychiatrie. Et d'ailleurs Heuyer place dès 1956 la jeunesse adulte, définie entre 18 et 25 ans, du côté des adolescents<sup>660</sup>.

### Constitution, caractère et personnalité

La notion de constitution organise une manière de penser l'origine de la maladie mentale. Ses théorisations marquent l'entre-deux-guerres. En 1932, Ey et Minkowski proposent des études critiques de cette notion au sein de *L'Évolution psychiatrique*. Ey avance ainsi :

Chacun de nous a une individualité physique et morale. Cette individualité est l'ensemble des modes de réactions originaux par lesquels chaque organisme répond aux excitations et aux modifications exogènes. Un organisme est un [être] total unique et singulier dont tous les caractères empruntent leur originalité propre à sa structure interne, constante et originelle. Les variations originelles sont données ab ovo sous peine d'être de pures différences superficielles. En psychopathologie, le caractère, la physionomie psychique d'un malade sont conditionnés par ses tendances innées, la structure même de son organisme irréductible aux variations du milieu – inexplicable pour lui. L'hérédité de nos dispositions est non seulement un fait, mais la cause des causes comme le prouve surabondamment l'incapacité où l'on se trouve de rendre compte sans elle des variations psychiques individuelles<sup>661</sup>.

La thèse d'Ey consiste à reconnaître la valeur descriptive de la constitution comme une totalité de caractères relativement fixes et de dénigrer sa prétention explicative de l'individualité et de la personnalité humaine. À cette fin, il distingue constitution biologique, psychologique et psychopathologique.

658 Delille 2017b, 598.

659 Heuyer 1974.

660 Heuyer 1956.

661 Ey 1932, 26.

La constitution biologique est définie par l'hérédité, la congénitalité et la prédisposition. Au sein de l'hérédité, des caractères semblables peuvent se retrouver au cours des générations successives. Cependant, la similitude manque et la tradition psychiatrique a eu recours à une notion telle que la dégénérescence pour rappeler cette hérédité dissemblable faite de tares très variées. Et Ey de citer l'affrontement<sup>662</sup> de l'école des généticiens contre celle des épigénéticiens :

Ainsi donc, à moins d'admettre une hérédité, principe absolu de création et d'indétermination, dire qu'une constitution est héréditaire, c'est se borner à exprimer un fait qui n'a ni plus ni moins de dignité et de valeur explicative que de dire que c'est un état relativement permanent, basal même, mais qui requiert lui-même une explication et peut être modifié par les conditions de milieu comme l'analyse l'indique et l'expérience le prouve<sup>663</sup>.

La prédisposition n'est pas plus satisfaisante en termes explicatifs ; elle traduit au mieux un truisme lorsque l'étiologie reste vague, incertaine ou incomplète.

Minkowski défend à la suite une tout autre position. « J'appelle constitution l'ensemble des caractères préformés dans un individu dès le début de son existence biologique et transmissibles comme tels héréditairement », déclare-t-il<sup>664</sup>. Il en exclut donc la congénitalité, et tout facteur de nature exogène. Sa caractéristique est son immuabilité. Sur le plan épistémologique, il met en parallèle la description des différentes constitutions psychopathiques avec l'édification des grandes entités nosographiques « en reléguant au second plan les symptômes éclatants de l'aliénation mentale, tous plus ou moins contingents dans le décours d'une psychose »<sup>665</sup>. Ainsi, les constitutions schizoïde et syntone décrivent le relief psychologique de la schizophrénie et de la psychose maniaco-dépressive. Ce sont les bases sur lesquelles ces entités reposent. Selon lui, toute constitution doit pouvoir se ramener à un certain type de « contact vital avec la réalité »<sup>666</sup>

662 On notera l'historicité de certains débats actuels.

663 Ey 1932, 40.

664 Minkowski 1932, 83.

665 Minkowski 1932, 84.

666 Minkowski 1932, 85.

et correspondre à une psychose bien déterminée. La constitution n'est pas accessible à la thérapeutique mais elle « ne fait pas à elle seule la vie d'un sujet. C'est au contraire, la vie, vie extérieure, vie intérieure, qui vient brocher sur la constitution les événements de cette vie. »<sup>667</sup> La psychothérapie tient à ce que le thérapeute pourra modifier dans l'ambiance du sujet. L'idée de constitution, selon ces exemples des années 1930, engage ainsi une conception de la maladie mentale et des possibilités de son traitement. Heuyer a, quant à lui, retenu de ses lectures du psychiatre allemand Ernst Kretschmer que « la constitution est l'ensemble de toutes les qualités individuelles reposant sur l'hérédité, c'est-à-dire ayant des racines génotypiques. La notion de constitution est psychophysique, biologique, et s'applique à l'ensemble du corporel et du psychique. »<sup>668</sup> C'est une lame de fond exprimée dès l'enfance pour le patient adulte.

La notion de caractère utilisée en psychiatrie pourrait assurément faire l'objet d'une véritable encyclopédie. Il s'agit pour nous simplement ici de souligner que la clinique pédopsychiatrique utilise dès ses débuts cette notion de caractère chez l'enfant, dans une opposition à l'intelligence. Citons pour exemple les travaux de Mâle, d'Heuyer et même de Lacan dans les années 1930 : la formation du caractère chez l'enfant (Mâle), l'importance des troubles du caractère dans l'orientation professionnelle (Heuyer et Lacan)<sup>669</sup>. Tout au long de sa carrière, Heuyer écrit sur le caractère. Dans les années 1950, nous retrouvons une définition synthétique dans un extrait de cours de pédiatrie sociale : « L'ensemble des tendances affectives qui dirigent les réactions de l'individu aux conditions du milieu dans lequel il vit »<sup>670</sup>. Il apparaît logique que l'intérêt pour les troubles du caractère soit en lien avec la recherche de signes de début de pathologie psychotique, dans une optique de prévention et d'intervention précoce, chère à Heuyer<sup>671</sup>.

667 Minkowski 1932, 85.

668 FGH, Heuyer s.d. feuillet 13.

669 Mâle 1936 ; Heuyer/Lacan 1935.

670 FGH, Heuyer s.d. « Les troubles du caractère », dans *Extraits de cours de pédiatrie sociale*, Paris, Flammarion, s.d.

671 Heuyer/Serin 1930.

La notion de personnalité, bien qu'elle fasse également l'objet de nombreuses controverses, va gagner l'ensemble de la psychiatrie à partir des années 1980, à travers l'édification classificatoire des maladies dans les manuels américains. On y trouve en effet différents types de personnalité ainsi que les troubles de la personnalité dont une typologie est aussi proposée. Une grande question revient : un trouble de la personnalité est-il déjà une pathologie ? Il figure en tout cas un état pré-morbide qui favorise le développement d'une pathologie. En ce sens, il constitue un facteur de risque sérieux. C'est un argument diagnostique supplémentaire. Concernant à proprement parler la schizophrénie, on distingue les personnalités schizoïdes et schizotypiques. Reprenons les définitions qu'en donne la nosographie américaine. Dans le DSM-5, elles se trouvent aux côtés de la personnalité paranoïaque dans le groupe A qui renvoie à l'approche clinique traditionnelle des personnalités « psychotiques ». Les sujets ont en commun d'être bizarres et excentriques.

Le « trouble de la personnalité schizotypique » sert à caractériser des individus aux pensées et aux comportements « bizarres », mais sans qu'ils puissent être diagnostiqués schizophrènes. Reprenons ce que précise le DSM-5 :

La caractéristique essentielle de la personnalité schizotypique est un mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques. Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers<sup>672</sup>.

Il est intéressant de relever les commentaires associés au diagnostic différentiel des troubles du spectre de l'autisme :

Il peut être très difficile de distinguer les enfants qui ont une personnalité schizotypique du groupe hétérogène d'enfants qui sont solitaires ou bizarres et dont le comportement est caractérisé par un isolement social marqué, des excentricités ou des singularités du langage et qui présentent probablement des formes légères de trouble du spectre de l'autisme ou des troubles de la communication orale. Les troubles

672 APA 2015, 1086.

de la communication peuvent être distingués par le côté prédominant et sévère du trouble du langage et par les signes caractéristiques d'un langage altéré qui sont décelés par des examens spécialisés. Les formes légères de trouble du spectre de l'autisme sont différenciées par un déficit encore plus grave de la relation sociale et de la réciprocité émotionnelle, et par la stéréotypie des comportements et des intérêts<sup>673</sup>.

Concernant le trouble de la personnalité schizoïde, il peut être très difficile de distinguer les personnes qui ont une personnalité schizoïde de celles qui ont des formes légères de trouble du spectre de l'autisme. Les formes légères du trouble du spectre de l'autisme se distinguent par une perturbation plus sévère des interactions sociales et par une stéréotypie des comportements et des intérêts<sup>674</sup>.

Sa caractéristique essentielle est un mode général de détachement des relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui. Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et se présente dans des contextes divers. Apparemment, les individus schizoïdes n'ont pas de désir d'intimité ; ils semblent indifférents aux possibilités de développer des relations proches et ne tirent pas beaucoup de plaisir de la participation à un groupe social ou familial<sup>675</sup>.

C'est un diagnostic d'exclusion.

On ne doit pas porter un diagnostic de personnalité schizoïde si ce type de comportement survient exclusivement au cours de l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou dépressif avec caractéristiques psychotiques, d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble du spectre de l'autisme, ou s'il est imputable aux effets physiologiques d'une affection neurologique (p. ex. une épilepsie temporale) ou d'une autre affection médicale<sup>676</sup>.

La question de la personnalité et ses troubles concentre de nombreux débats à la charnière du normal et du pathologique

673 APA 2015, 1089.

674 APA 2015, 1084.

675 APA 2015, 1082.

676 APA 2015, 1082.

en psychiatrie. Ces troubles se trouvent sur l'axe II des entités nosographiques, on va le voir au prochain chapitre, mais ne s'y retrouvent pas seuls. En effet, les TED du DSM-III y figurent également, ce qui démontre bien leur valeur épistémologique également limite entre normal et pathologique.

L'effacement de la schizophrénie de l'enfant se produit à la fin des années 1970, après vingt ans d'expansion. Un argument clinique est d'abord avancé : peu de délires et d'hallucinations chez l'enfant alors qu'ils constituent les symptômes les plus bruyants de la schizophrénie en psychiatrie générale. L'argument est souvent discuté sur ses deux versants. D'une part la schizophrénie peut se passer de délires et d'hallucinations, et d'autre part délire et hallucination pourraient avoir d'autres définitions ou tout du moins d'autres modalités d'appréhension clinique. Mais, en fin de compte, la schizophrénie apparaît trop marquée historiquement du côté de la psychiatrie générale pour offrir aux cliniciens pédopsychiatres un espace d'observation suffisant et une créativité donnant les outils conceptuels permettant de décrire et de penser la pathologie. La schizophrénie de l'enfant concentre les liens complexes entre schizophrénie et psychose, clinique de l'adulte et clinique de l'enfant. Son effacement camoufle peut-être ces difficultés épistémologiques qui résistent. Ainsi peut-on expliquer qu'elle resurgit périodiquement sous la plume des chercheurs. En outre, cet effacement est contemporain de l'individualisation d'une psychiatrie dédiée à l'adolescence et aux jeunes adultes, période de la vie classiquement réputée de début de la maladie. Il y aurait donc moins d'intérêt à utiliser la schizophrénie chez l'enfant, si elle se distingue nettement de la période intermédiaire entre enfance et vie adulte. Enfin, d'autres caractérisations cliniques permettent de décrire la pathologie sans recourir à la notion de schizophrénie. Depuis les constitutions jusqu'aux troubles de la personnalité en passant par les troubles du caractère, une description clinique par-devers le diagnostic est possible pour l'enfant et l'adolescent.

Curieusement, l'effacement de la schizophrénie de l'enfant va précipiter celui des psychoses de l'enfant, au moment même où la confusion des deux est critiquée. On aurait pu penser que l'une allait laisser la place aux autres. Simplement, on ne veut plus que la schizophrénie recouvre tout le champ des psychoses. Ce mouvement est sans doute à penser comme une contestation de la démarche unifiante (le *lumping* d'Eisenberg) au profit d'une distinction (son *splitting*)<sup>677</sup> au bout de laquelle la schizophrénie garde une place, réduite dans l'étendue diagnostique mais conséquente dans le soubassement épistémologique du champ des psychoses. En revanche, les psychoses de l'enfant elles-mêmes vont en déperir, gagnées par l'abord développemental de la pathologie.

---

677 Eisenberg 1972, 338.

## Chapitre 9

### Le développement de l'enfant et ses troubles envahissants

Spécialiste du développement : c'est ainsi que le psychiatre de l'enfant est parfois perçu par ses confrères, en particulier pédiatres. Le syntagme « Trouble envahissant du développement » (*Pervasive development disorder*, PDD) apparaît à partir des années 1980 dans la nosographie psychiatrique et recouvre alors sans reste le champ des psychoses de l'enfant. Pour notre enquête historique et conceptuelle, il s'avère crucial de comprendre ce changement de point de vue. Ce dernier est strictement contemporain du tournant nosographique américain en psychiatrie avec la publication du DSM-III. En fait, quatre éditions successives du DSM (1980, 1987, 1994, 2000) feront place aux TED. L'expression mérite une étude distincte de chacun des deux termes significatifs qui la constituent.

#### Le développement au cœur de la pathologie de l'enfant

S'intéresser à l'histoire de la notion de développement en sciences et médecine dépasse largement le cadre de notre étude. Cependant, le développement en tant que tel est surtout l'objet d'une spécialisation de la psychologie. En témoigne un ouvrage généraliste paru dans les années 1990 sous la direction de trois psychologues français – Jacqueline Bideaud, Olivier Houdé et Jean-Louis Pedinielli – qui exposent ce qu'il faut entendre et viser rechercher par l'expression *L'homme en développement*<sup>678</sup>. À la fois contemporain de l'avènement d'une psychologie

---

678 Bideaud/Houdé/Pedinielli 1994.

expérimentale avec Ribot en France et Wilhelm Wundt en Prusse, et du moment où l'enfant attire l'attention de la psychologie, le développement est considéré comme un objet d'étude propre.

Deux psychologues américains sont souvent cités en pionniers de la psychologie de l'enfant. Granville Stanley Hall, élève de Wundt, est professeur de psychologie et de pédagogie à la Clarke University (Iowa) dont il deviendra président. En 1909, il accueille Freud pour un cycle de conférences qui marque l'histoire de la psychanalyse et dont il assurera la traduction anglaise des 28 leçons d'une introduction à la psychanalyse en 1920<sup>679</sup>. Plus tard, le psychologue et pédiatre Arnold Gesell fonde à l'Université de Yale une clinique du développement de l'enfant qui reste encore aujourd'hui une référence. Ses ouvrages qui traitent spécifiquement des périodes de la vie de l'enfant seront largement traduits, publiés et réédités après la Deuxième Guerre mondiale, aux Presses universitaires de France.

Pour considérer l'enfant comme un être en développement, encore faut-il le considérer tout simplement. L'historien Philippe Ariès a montré l'émergence d'une enfance reconnue à partir du 17<sup>e</sup> siècle en étudiant les représentations fournies par l'art pictural et religieux<sup>680</sup>. Trois aspects peuvent caractériser l'enfant comme être en développement, à savoir son immaturité, son devenir et ses potentialités. Néoténie : le terme n'est pas présent sous la plume d'Ajuriaguerra lors de sa leçon inaugurale au Collège de France à la chaire de neuropsychologie du développement en 1976. Cette caractéristique humaine est cependant l'objet de tout un paragraphe. « L'homme a un caractère particulier dans le règne animal : il naît immature. Seuls certains mécanismes sont présents dès la naissance ; les autres se révéleront plus tard à leur heure respective », déclare-t-il<sup>681</sup>. Le spécialiste du développement définit les grandes fonctions vitales dans leur temporalité et leur rythmicité.

679 Les conférences de 1909 sont reconnues comme étant le point de départ de l'internationalisation du mouvement psychanalytique. Voir Freud 2014a [1920].

680 Ariès 1973, 70.

681 De Ajuriaguerra 1976, 22.

Il existe dès la naissance des organisations qui fonctionnent de manière régulière et automatique – respiration, circulation – et qui sont autocontrôlées, d'autres qui se manifestent régulièrement à des périodes définies – rythmes biologiques tels que la veille et le sommeil – d'autres qui apparaissent en même temps que les besoins se font sentir et qui diminuent lorsque le besoin est satisfait – alimentation – d'autres enfin dans lesquelles on ne trouve pas de relation entre l'activité et son effet – il en est ainsi de la motilité plus ou moins coordonnée du nouveau-né<sup>682</sup>.

Le rapport de l'inné et de l'acquis prend sous cet angle une autre dimension. « La nature nous offre une forme et une mécanique des fonctions vitales ainsi que la trajectoire d'autres fonctions. Cela n'est possible que grâce à un fond de fonctionnement intrinsèque actif et autorégulateur sur lequel vont se détacher des figures fonctionnelles qui se modifient au cours de la maturation et qui se confirment dans leur réalisation » développe Ajuriaguerra<sup>683</sup>. La néoténie a partie liée avec la théorie de l'évolution : « Nous avons évolué par conservation des caractéristiques de la jeunesse de nos ancêtres, procédé dont le nom technique est néoténie – littéralement : rétention de la jeunesse. »<sup>684</sup>

Une autre caractéristique du développement tient à sa propension vers l'avenir. L'objet de la psychologie du développement est « l'homme en son devenir » ; elle tend à « expliquer le devenir humain, ses mécanismes et ses jalons »<sup>685</sup>. Pris par la flèche du temps qui instaure, met en place, structure, l'homme évolue au cours de sa propre vie. En ce sens, le développement serait à l'individu ce que l'évolution est à l'espèce. Ce rapport au temps ne laisse jamais en place une situation donnée. Le bébé porte en puissance l'enfant qui lui-même porte en puissance l'adolescent qui lui-même ... jusqu'à l'adulte. Une première manière est de s'intéresser de manière discrète à différents âges de la vie. Les bébés ont été l'objet de ce point de vue d'une attention toute particulière, et les pionniers unanimement reconnus de la psychologie du développement – dont Piaget, Freud et Wallon – ont proposé, chacun selon son abord – intelligence

682 De Ajuriaguerra 1976, 22.

683 De Ajuriaguerra 1976, 23.

684 Gould 1997, 53.

685 Bideaud/Houdé/Pedinielli 1994, 1.

logique, affectivité, personnalité – mais avec profit, des découpages en étapes ou stades de développement avec toujours la consigne scrupuleuse de ne pas être enfermé par ces repères de temps évolutifs. Une seconde manière est de considérer les intervalles entre deux états stables. Le développement peut être alors vu comme un « système complexe d'états stables et instables intermédiaires »<sup>686</sup>. Cognition, affectivité et socialisation en constituent les trois grands domaines clefs. Mais comment définir un état stable chez l'homme ? Autrement dit, l'état dit stable de l'adulte l'est-il vraiment ? Illusion, idéalisation ou artéfact sont autant de termes exprimant différemment le point de vue du développement qui tend à considérer l'évolutivité constante à l'échelle individuelle de la vie humaine entière en son développement.

Une autre dénomination du processus temporel affectant le petit être humain est la croissance. Gesell axe son traité de « l'enfant de 5 à 10 ans »<sup>687</sup> sur cette notion avant de détailler année par année les niveaux de développement attendus dans les différents domaines de son existence. Une fois précisée cette force propulsive, il s'agit pour l'auteur de reconnaître l'existence de certaines tendances du développement. Gesell est connu pour avoir fondé une théorie du développement raffinée associant schéma général et respect des particularités individuelles : chaque enfant évolue à son propre rythme mais une étape ou une séquence reste prévisible, car identique d'une personne à l'autre malgré des temporalités quelque peu différentes. Pour figurer le développement, il emploie l'image de la spirale cyclique et des tours de spire dont le rayon augmente au cours de la vie. Immature et emporté dans son devenir, l'enfant tend à acquérir progressivement une maturité en développant des potentialités, telles des capacités en germe.

L'enfance est un réservoir de potentialités. Et c'est à l'environnement social, éducatif et culturel, c'est à la recherche théorique et pratique, de travailler à une meilleure connaissance de ces possibles qui sont l'avenir de l'Homme en Développement<sup>688</sup>.

686 Bideaud/Houdé/Pedinielli 1994, 1.

687 Gesell/Ilg 1999 [1949].

688 Bideaud/Houdé/Pedinielli 1994, 470.

Occupant de 1952 à 1963 la chaire de psychologie de l'enfant à la Sorbonne, Jean Piaget enseigne aussi bien la psychologie génétique (à savoir une psychologie du développement concernant en particulier la logique chez l'enfant) que l'histoire de la pensée scientifique. Sa manière d'aborder le développement de l'enfant fait appel à la construction du savoir. Construction du savoir et construction des savoirs se trouvent ainsi reliées. Une épistémologie génétique est proposée au sein du centre international éponyme fondé en 1955 à Genève. Le constructivisme de Piaget tient à un triple ancrage : épistémologique, biologique et logico-mathématique.

Pour Ajuriaguerra, ces potentialités sont au départ des préformes d'organisation qui développent des liens complexes, d'importance variable avec l'environnement. Elles

prennent forme lors de la réalisation fonctionnelle à partir des échanges entre le sujet et l'environnement, tout en admettant que certaines fonctions se développent pour une part indépendamment de l'impact extérieur et qu'elles restent plus ou moins stables<sup>689</sup>.

Réfléchissant dans ce contexte ainsi posé à la place du libre arbitre, il avertit que

le psychologue doit tenir compte de cette contrainte et de cette liberté. Il va sans dire que le rapport contrainte-liberté se modifie diachroniquement de la naissance à l'âge adulte et synchroniquement au cours des étapes<sup>690</sup>.

La contrainte est placée ici du côté de la préforme, la liberté du côté de l'environnement susceptible de développer les capacités en germe. Nous pourrions à l'inverse considérer les potentialités comme une liberté donnée et l'environnement pris lui-même dans un jeu de contraintes, dont le sujet ne peut que difficilement se soustraire : déterminants sociologiques, aspects familiaux notamment. Toutefois, tout un pan de la thérapeutique fait de l'action extérieure sur les potentialités un levier

689 De Ajuriaguerra 1976, 25.

690 De Ajuriaguerra 1976, 27.

de première importance. L'influence de cette action n'est pas constante entre deux individus et au sein du développement d'un même individu. En effet, comme le souligne Ajuriaguerra, « les stimulations sont des besoins primaires, et l'intégration fonctionnelle se produit à des moments sensibles du développement, lorsque l'organisme est réceptif à une stimulation »<sup>691</sup>. Il y a des moments propices, de fenêtres d'actions potentiellement significatives. Les potentialités tiennent donc également à des intervalles de temps.

Une fois l'enfant considéré comme un être en développement, toute pathologie de l'enfant est susceptible d'être considérée comme une pathologie du développement. La pédiatrie s'est constituée comme spécialité médicale d'une certaine période de la vie, au contraire d'un certain organe. Son objet est certes l'enfant malade, mais il tend à se préciser à travers un concept traversant l'enfance, en dehors d'un organe spécifique et qui caractérise l'enfance : le développement. Il n'existe à notre étonnement aucune histoire générale de la pédiatrie<sup>692</sup>. Adopter une perspective historique nécessiterait une étude de différents traités de pédiatrie sur une longue période. Nous nous limiterons ici à une photographie contemporaine de la place du développement en pédiatrie en prenant l'exemple de l'*Encyclopédie médico-chirurgicale* et plus particulièrement de son « traité de pédiatrie »<sup>693</sup>.

Le traité commence par des articles généraux abordant les spécificités de l'exercice clinique : les particularités de l'examen clinique d'un enfant, les vaccinations, le carnet de santé, l'épidémiologie du nouveau-né. Le développement est l'objet d'une rubrique dédiée qui propose des articles détaillant le développement normal du petit d'homme, depuis la période fœtale jusqu'à l'adolescence. Quelques titres peuvent illustrer l'état d'esprit de cette rubrique tournée vers la physiologie du développement : dépistage néonatal, croissance staturo-pondérale,

691 De Ajuriaguerra 1976, 23.

692 On retrouve simplement quelques récits retraçant le développement technique de certains champs spécifiques de la pédiatrie, comme la cardiologie pédiatrique – la spécialité d'organe est ici conjuguée à la chirurgie – ou la radiologie pédiatrique.

693 [Pédiatrie - Maladies infectieuses - Table des matières - EM consulte](#) (accès restreint).

puberté, développement du langage oral, développement neurologique, développement psychologique. Les actions de prévention concernant notamment la grossesse et le nouveau-né à venir s'inscrivent évidemment dans une perspective développementale. Autrement dit, le développement est une donnée essentielle pour comprendre le fonctionnement physiologique de l'enfant normal avant que d'appréhender ses différentes pathologies. Cela étant dit, toutes les pathologies de l'enfant n'y sont pas vues à travers le prisme du développement.

Toutes les spécialités d'organe sont représentées dans les nombreux articles du « traité de pédiatrie » qui compte huit volumes. La déclinaison des spécialités d'organe ou d'appareils donne le vertige et rappelle celui de l'étudiant en médecine qui, découvrant la pédiatrie, s'aperçoit qu'il doit réapprendre toutes les spécialités déjà ingurgitées jusqu'alors et les aborder à l'aune de l'enfant. Une grande caractéristique de la pédiatrie est son lien étroit avec une autre spécialité, l'inféctiologie. Ceci s'explique par la fréquence des infections infantiles et leurs possibles caractères de gravité à connaître et donc à traiter pour prévenir les complications et la mortalité qui a longtemps orienté le regard sur l'enfance. En découlent plus d'une trentaine d'articles consacrés aux grands syndromes infectieux. À côté de cette spécialité médicale non spécifique d'organe, le traité aborde les généralités de la médecine de l'enfant, comme la question de la douleur infantile ou la pédiatrie sociale (l'adoption, la procréation médicalement assistée), ainsi que l'autre spécialité non spécifique d'organe, à savoir la psychiatrie. Sans doute peu significatifs, puisque seuls trois articles sont consacrés à la pédopsychiatrie, les thèmes choisis donnent à réfléchir à la place du développement : troubles psychomoteurs chez l'enfant, psychoses à l'adolescence, soins et éducation des jeunes enfants handicapés. Avec les troubles psychomoteurs, les troubles du développement apparaissent dans leur inscription physique, corporelle. Il est remarquable que le terme de psychose ait pu se maintenir<sup>694</sup> ; l'attention portée à la période de l'adolescence comme moment de passage, développemental par excellence, y est sans doute pour beaucoup.

694 Botbol/Barrère 2005.

Au moment où la notion de développement prend une place de première importance dans la pathologie pédopsychiatrique, au cours des années 1970, une loi américaine qui relie handicap et développement inscrit de fait celle-ci du côté du handicap. Les témoignages de parents dans le JACS permettent de retracer une partie de cette évolution politique et sociétale, fortement influencée par le monde associatif. En 1970 est promulguée la loi sur le handicap développemental aux États-Unis<sup>695</sup>. Le texte comprend trois catégories de handicaps développementaux : l'épilepsie, l'infirmité motrice cérébrale et le retard mental. L'autisme, n'étant pas considéré comme étant neurologique, en était exclu. Cinq années de lobbying associatif plus tard, en novembre 1975, le président Gerald R. Ford signait un nouveau décret incluant l'autisme dans le Developmental Disabilities Act, permettant le versement de moyens financiers et humains conséquents et spécifiques pour les enfants autistes américains. Cette nouvelle donne vient à l'initiative totalement assumée des parents, non des professionnels. Mary S. Akerley est à la tête de ce combat qui se mène d'abord dans « la politique des définitions »<sup>696</sup>. Elle défend une certaine logique et une équité de la loi sur les handicaps développementaux, tant dans ses aspects philosophiques que politiques. Le rôle de l'association nationale américaine de l'autisme infantile, la NSAC, aura été considérable dans le façonnement du texte comme dans sa promulgation en loi. Sur le plan épistémologique, l'incapacité (*disability*) développementale renvoie à un déficit (*impairment*) sévère. L'enfant n'a pas connu d'expérience développementale normale, il nécessite donc une habilitation, non une réhabilitation. Cette incapacité développementale prévalente se définit par un début précoce dans la vie du sujet (pendant la période dite développementale), par une chronicité et par son caractère substantiel. Les besoins de l'enfant autiste sont extrêmement divers et réclament une approche créative, une multitude de services, délivrés de manière coordonnée tout au long de sa vie.

695 Avant les années 1970, la loi américaine définissait des handicaps et des services correspondants spécifiques.

696 Sullivan 1979.

Sur le plan politique, afin de faire reconnaître l'autisme comme un handicap développemental comme les autres, avec tous les subsides qui s'y rattachent, les groupes de pression ont fait reconnaître l'autisme en trouble neurologique.

Les troubles du développement de l'enfant ont été complètement pris au compte de la psychiatrie de l'enfant. Le traité généraliste francophone de psychiatrie de l'enfant dirigé par l'équipe strasbourgeoise d'Anne Danion-Grilliat et Bursztejn publié en 2011, *Psychiatrie de l'enfant*, révèle la place du développement en pédopsychiatrie<sup>697</sup>. Un chapitre complet de 40 pages est consacré aux bases du développement normal, abordé par domaine – psychomoteur, cognitif, affectif, social – ainsi que sur le plan neurologique. Un autre, d'une centaine de pages, le plus long de l'ouvrage, traite plus loin du développement pathologique, qu'il soit retardé ou troublé. On y retrouve notamment les troubles autistiques. De manière tout à fait attendue, le *Manuel de psychiatrie de l'enfant* d'Ajuriaguerra fait du développement un des problèmes généraux les plus importants de la pédopsychiatrie, qu'il soit envisagé selon la psychologie génétique ou dans ses rapports avec la vie sociale. L'auteur propose d'en étudier les bases morpho-fonctionnelles (phylo-, histo-, morpho-, électro-génèses), et met en avant l'équipement maturatif qui rencontre l'influence du milieu. Le développement permet finalement de circonscrire une véritable organisation fonctionnelle. La pathologie en sera donc une désorganisation tout aussi fonctionnelle d'ordre « psychobiologique »<sup>698</sup>.

Dans la nosographie américaine, la notion de développement occupe une place mouvante. Le DSM-III place les troubles développementaux à côté des troubles intellectuels, comportementaux, émotionnels et physiques. Ceux-ci comportent deux grandes catégories : les TED et les troubles spécifiques du développement, distinction sur laquelle nous reviendrons. La version suivante, le DSM-III-R (1987), élargit les troubles du développement au retard mental et les placent sur le deuxième axe classificatoire, ce qui signifie qu'ils ne constituent plus à proprement parler un syndrome clinique. Les perturbations

697 Danion-Grilliat/Bursztejn 2011.

698 De Ajuriaguerra 1970a.

concernent l'acquisition des compétences cognitives, langagières, motrices ou sociales. Différentes évolutions sont possibles. La plus répandue est chronique, certains signes persistant dans une forme stable jusqu'à l'âge adulte. D'autres cas, plus modérés, peuvent se rétablir complètement ou trouver quelque compensation. Dans les deux versions suivantes, le DSM-IV (1994) et le DSM-IV-TR (2000), les troubles du développement n'existent plus en tant que tels – seuls persistent les TED. Ils resurgiront toutefois en 2013 avec le DSM-5 sous le vocable muni d'un préfixe : les troubles du neurodéveloppement.

La notion de développement s'est associée, pour décrire la pathologie, à celle de *trajectoire*. De deux articles d'un volumineux traité américain de 2011, *Autism spectrum disorders*, consacrés à l'étude des trajectoires des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme, nous soulèverons les principaux points<sup>699</sup>. Les premières années de vie, en particulier les deux premières, sont l'objet d'une attention particulière : les études anamnestiques retrouvent des anomalies dès cette période, même si l'ensemble du tableau symptomatique n'est pas présent. Ces signes précoces seraient le témoin d'anomalies qui s'exprimeront avec plus de force plus tard. Vu qu'il s'agit d'une période de développement fondamentale en raison du nombre et de la densité des structures qui se mettent en place tant sur le plan morphologique que fonctionnel, les chercheurs font l'hypothèse d'anomalies à une période précoce et cruciale du développement. Leur détection est dès lors un enjeu majeur, à visée pronostique et surtout thérapeutique, l'idée étant qu'une action thérapeutique dès les signes avant-coureurs pourrait influencer sur le cours évolutif de la trajectoire développementale.

La notion de trajectoire autorise la multiplicité des cas cliniques. Chacun sa trajectoire, ce qui retient l'attention du clinicien pour un même enfant et afin de constituer des profils de situations comparables, c'est l'évolution au cours du temps, sa dynamique :

Certains enfants manifestent des signes suffisamment robustes de déficits si bien qu'un expert peut diagnostiquer, dès l'âge d'un an, un trouble du spectre de l'autisme (TSA). D'autres enfants

699 Landa 2011 ; Charman 2011.

avec TSA en revanche ne montrent de symptomatologie claire parfois jusqu'à leurs trois ans<sup>700</sup>.

Une trajectoire de développement peut être variée, faite de ralentissement, stagnation ou véritable régression. L'hétérogénéité clinique est frappante parmi les enfants reconnus avec un TSA, aussi bien sur le plan synchronique, que l'on pourrait définir comme l'ensemble des domaines affectés à un même moment, que sur le plan diachronique (l'évolution d'un même domaine perturbé). En prenant en compte ces deux plans, il est bien difficile de déterminer des trajectoires types en recherche comme en pratique clinique. L'entrée dans les apprentissages élémentaires pourrait constituer un marqueur pronostique<sup>701</sup>, au risque cependant de se confondre avec le vaste domaine des troubles des apprentissages.

Le développement du langage est très étudié durant les années 1970. Ses troubles dans le champ de l'autisme infantile sont analysés comme étant reliés aux difficultés relationnelles et de socialisation. Les théories développementales y retrouvent un terrain d'application et de renouvellement. Ainsi Simon Baron-Cohen, dans un article de 1988<sup>702</sup>, propose-t-il de relier une théorie affective (incapacité à interagir émotionnellement avec autrui) à une théorie cognitive (difficulté à se représenter les intentions et les pensées des autres) pour rendre compte de difficultés à manier le langage (pragmatique). Le développement offre une vision globale des troubles affectant l'enfant. En effet, plusieurs pathologies développementales bien définies peuvent coexister chez un même patient. La fréquence de leur cooccurrence est sans doute un argument pour les regrouper sous un même chapeau, d'ordre développemental. Retard mental, épilepsie, anomalies cérébrales ne sont pas rares dans les cohortes d'enfants suivis pour une forme d'autisme en 1982. Autant il s'agit de différencier les tableaux cliniques, autant la notion de trouble du développement permet de réunir dans un pot commun de « nombreuses autres situations handicapantes »<sup>703</sup>.

700 Landa 2011, 221.

701 Charman 2011, 237.

702 Baron-Cohen 1988.

703 Ferrari 1982, 87.

Le développement tend ainsi à se superposer à l'état de santé normal de l'enfant. La pathologie de l'enfant sera alors la pathologie de son développement. À partir de là, comment ce développement est-il atteint dans les psychoses de l'enfant ? Il sera envahi.

### La notion d'envahissement

Les pathologies psychiatriques de l'enfant sont subsumées à partir des années 1980 par le syntagme *trouble envahissant du développement*, du syntagme anglo-saxon PDD dont la juxtaposition des adjectifs et leur ordre seraient mieux traduits par « Trouble du développement envahissant ». C'est bien le trouble du développement qui est envahissant. Mais qu'est-ce à dire ? Qu'est-ce qui est envahi ? Par quoi se traduit cet envahissement ? Pour mieux appréhender cette notion d'envahissement qui constitue à de 1980 à 2013 l'appellation centrale des psychoses de l'enfant, nous reviendrons sur quelques définitions à l'origine de la notion de troubles envahissants en médecine, puis nous démarquons la place prise par les TED dans les différentes versions de la nosographie américaine. L'envahissement s'éteint avec l'avènement nosographique du neurodéveloppement ; nous allons par conséquent étudier le passage de l'un à l'autre.

Comment caractériser l'envahissement et/ou le caractère envahissant des troubles du développement visés par l'expression TED qui apparaît en 1980 avec le DSM-III ? À quelles références le terme renvoie-t-il ? Le lecteur attentif qui souhaiterait s'en informer ne trouvera aucun élément de définition dans le glossaire des traités et des classifications. Il ne s'agit pas d'un terme proprement médical utilisé dans une autre spécialité qui serait employé métaphoriquement en psychiatrie. La psychiatrie ne l'emploie pas non plus de manière traditionnelle. Nous retrouvons son occurrence en psychiatrie sous sa forme adjectivée dans un éditorial de *l'American journal of psychiatry* en 1968, pour qualifier un type d'anxiété diffuse liée à la situation sociale<sup>704</sup>. Cette notion d'anxiété envahissante

704 Braceland 1968.

existe alors depuis peu dans les revues professionnelles, par le biais d'articles orientés vers des méthodes thérapeutiques de type comportemental<sup>705</sup>.

Dans le champ des psychoses de l'enfant, le terme est très rare avant 1980. Nous l'avons retrouvé sous la plume de Misès, dans une publication datant également de 1968<sup>706</sup>, pour qualifier un type de processus psychopathologique potentiellement incriminé, à défaut de pouvoir présenter un tableau typique des psychoses. Cela concerne les enfants de 4 ou 5 ans qui présentent des symptômes qui ne correspondent pas aux descriptions classiques de psychoses. Les ranger néanmoins dans les psychoses nécessite de qualifier de superficielle leur symptomatologie et de nommer ces psychoses à expression névrotique ou caractérielle. Comment expliquer cette gymnastique conceptuelle selon Misès ? Les symptômes ne sont que l'expression non proprement pathologique d'une lutte contre le phénomène proprement pathologique que recouvre l'expression « processus dissociatif envahissant »<sup>707</sup>. Laissons ici de côté le caractère dissociatif qui renvoie aux travaux de Bleuler. Le processus pathologique fondamental en cause est un envahissement.

Une autre occurrence est également intéressante à noter dans le champ lexical de l'envahissement, la forme adverbiale anglaise *pervasively* que l'on pourrait simplement traduire par « de manière envahissante ». Elle se retrouve sous la plume de l'équipe de Donald Cohen (Yale) et de Rimland (Institut du développement de l'enfant de San Diego) en 1978 dans l'expression « enfants perturbés de manière envahissante » (*pervasively disturbed children*) dans une étude de recherche clinique comparant plusieurs méthodes d'évaluations diagnostiques<sup>708</sup>. Le caractère envahissant recouvre ici aussi bien des formes d'autisme typique selon la description de Kanner que des formes d'aphasie, de retard mental et de psychoses. Toutes correspondent à des perturbations sévères du développement ayant débuté avant l'âge de 2 ans. Terme générique donc, qui témoigne

705 Voir notamment Badri 1967.

706 Misès 1968.

707 Misès 1968, 506.

708 Cohen *et al.* 1978.

de la gravité du trouble dans une étude qui cherche des critères opérationnels permettant de distinguer au sein d'un magma clinique des entités différentes à l'aide d'échelles diagnostiques.

Une autre entité clinique classique de la pédopsychiatrie, en dehors du champ des psychoses de l'enfant, a pu accueillir dans ses descriptions le terme d'envahissement. Russell Schachar et Rutter ont repris en 1981 l'étude du syndrome hyperkinétique, plus trivialement appelé aujourd'hui hyperactivité, en prolongeant une bipartition entre hyperactif de situation et hyperactif d'envahissement<sup>709</sup>. L'envahissant renvoie ici au caractère généralisé du trouble, à son ubiquité, à la constance face aux différents adultes auprès desquels l'enfant évolue. Cette permanence dans le temps et l'espace est associée à des problèmes de comportements importants et à des déficits intellectuels qui grèvent l'intégration sociale et scolaire. Le même Rutter propose en 1973 une communication au Collège royal des médecins britannique qui synthétise trente années de recherches sur l'autisme infantile depuis la description *princeps* de Kanner. S'appuyant sur une accumulation linéaire des travaux de recherche tout en faisant part des controverses, il confirme la spécificité du tableau clinique – et notamment ses caractéristiques vis-à-vis de la schizophrénie et du retard mental – comme un trouble cognitif relié à des troubles du langage dont la nature reste encore à établir. La place de l'autisme à attribuer sur le plan épistémologique n'est certes pas encore assurée, entité pathologique distincte, syndrome de déficit biologique ou collection de symptômes dus à un regroupement hétérogène de facteurs à la fois biologiques et psychosociaux. Toutefois, l'optimisme de Rutter devant ses collègues médecins est affiché dans le titre de l'article publié à la suite, « *The development of infantile autism* ». L'autisme infantile n'est pas encore un TED en 1973 mais il se développe comme entité pathologique pertinente sur le plan médical<sup>710</sup>.

Les TED font leur apparition dans les classifications internationales en 1980, avec la parution de la troisième version du DSM. Leur identité et leur place vont bouger jusqu'à la sortie du DSM 5, en 2013. Dans le DSM-III, évoqués dans le premier

709 Schachar/Rutter/Smith 1981.

710 Rutter 1974.

chapitre dédié à la pédopsychiatrie<sup>711</sup>, les troubles occupent un des cinq sous-chapitres, aux côtés des troubles intellectuels, comportementaux, émotionnels et somatiques. Ils se divisent alors en deux catégories, les TED et les troubles spécifiques du développement. Cette division dichotomique entraîne *a fortiori* une caractérisation par contraste. Cependant, le choix de l'expression TED est justifié dans le texte. Elle a pour ambition de rassembler différentes appellations anciennes telles que enfants atypiques, psychose symbiotique, schizophrénie de l'enfant. De plus, l'exclusion du terme de psychose (substantif ou adjectif) est justifiée par le fait que « ces troubles semblent avoir peu de liens avec les troubles psychotiques de l'âge adulte »<sup>712</sup>. Cependant, le terme TED se veut un choix positif qui décrit précisément la perturbation clinique centrale : « De nombreux domaines fondamentaux de la psychologie du développement sont affectés en même temps et à des degrés sévères ». Les troubles sont qualifiés de « distorsions » et les domaines concernent aussi bien le langage, les compétences sociales, l'attention, la perception que l'épreuve de réalité ou le développement moteur par exemple.

Les TED s'opposent aux troubles spécifiques du développement. En ce sens, ils s'avancent comme des troubles *non spécifiques* du développement. Mais que faut-il entendre par troubles spécifiques dans ce champ du développement pathologique ? Une seule fonction est atteinte et cette atteinte survient généralement après une période normale de développement. Fondamentalement, la perturbation est un retard de développement. À l'inverse, la multiplicité des fonctions atteintes caractérise le TED, les anomalies sont qualitatives et sévères à chaque étape du développement. Fondamentalement, la perturbation est une distorsion du développement. Un code chiffré est associé à chaque entité clinique décrite. Les TED portent le 299. Trois sous-types (chacun étant affublé d'un quatrième chiffre) sont différenciés : l'autisme infantile, le TED débutant dans l'enfance

711 Le chapitre est intitulé « Troubles qui apparaissent habituellement et sont manifestes durant l'enfance ou l'adolescence ».

712 APA 1980, 86.

(entre 30 mois et 12 ans) et le TED atypique. Un cinquième chiffre en 0 ou 1 autorise les diagnostics malgré des tableaux cliniques incomplets : on parle alors de formes complètes *versus* des formes résiduelles, utilisation qui peut sembler étonnante lorsqu'il s'agit de développement. Le diagnostic résiduel est en ce sens une forme de diagnostic rétrospectif.

L'autonomie de l'autisme infantile vis-à-vis de la schizophrénie est bien spécifiée dans le cadre des débats scientifiques de l'époque. L'épidémiologie retrouve 70 % de retard mental pour l'autisme infantile, qui se définit pour des troubles débutant avant l'âge de 30 mois, contrairement au TED débutant dans l'enfance, c'est-à-dire après l'âge de 2 ans et demi. La dernière sous-catégorie des TED atypiques débutant dans l'enfance permet le diagnostic de TED sans remplir les critères de la première ou de la seconde sous-catégorie.

Le DSM-III instaure une manière originale de classer les troubles mentaux selon différents axes et critères<sup>713</sup>. Ce système multiaxial distingue cinq axes qui permettent de renseigner différents diagnostics, l'influence des facteurs psycho-sociaux ainsi que le retentissement sur la vie du patient. Les trois premiers suffisent au diagnostic. Les deux premiers correspondent aux diagnostics psychiatriques, selon deux lignes distinctes, le troisième étant dédié aux pathologies strictement somatiques. Pourquoi deux axes et selon quelle distinction ? L'axe II est motivé par l'intérêt de mettre en valeur des diagnostics qui sinon passeraient inaperçus, comme écrasés par le diagnostic principal (axe I). Ce sera la ligne constante des troubles de la personnalité au cours des différentes versions du DSM, comme l'a bien noté le philosophe des sciences Steeve Demazeux – lequel aura cependant négligé dans son analyse l'autre regroupement nosographique de cet axe II qui, lui, varie selon les versions. Pour le DSM-III, seuls les troubles spécifiques du développement appartiennent à cet axe, aux côtés des troubles de la personnalité. Ces troubles ne sont pas des troubles de la personnalité qui seraient consacrés à l'enfant, contrairement à ce qu'englobe par approximation Demazeux.

713 Pour une présentation générale des innovations du DSM-III, voir Demazeux 2011, 87-99.

Cette approximation sera sans doute plus juste pour le DSM-III-R (1987) qui présente un axe II différent.

Du DSM-II au DSM-III, les TED prennent la place de la schizophrénie de type infantile<sup>714</sup>. La création de ce groupe nosographique tient à un argument de distinction entre psychiatrie de l'enfant et psychiatrie de l'adulte à la fois sur le plan synchronique – les deux pathologies sont de nature différente – et sur le plan diachronique – la forme de l'enfant ne donne pas nécessairement la forme de l'adulte. Cette dernière autonomisation n'est toutefois pas tout à fait claire. D'abord, elle est encore l'objet de débats au sein de la communauté médicale, encore davantage pour la sous-catégorie TED débutant dans l'enfance que pour l'autisme infantile qui apparaît d'ores et déjà bien distincte. En outre, le passage vers une forme adulte de schizophrénie, s'il n'est pas prévisible, est cependant reconnu comme possible. Enfin et surtout, un arbre décisionnel diagnostique à partir de caractéristiques psychotiques place les TED en bout d'arbre<sup>715</sup>. Les TED sont donc loin d'être en dehors du champ des psychoses même s'ils n'en portent plus le nom. L'adjectif « psychotique » est d'ailleurs l'objet d'une définition dans le glossaire : atteinte grave du rapport à la réalité. Les troubles psychotiques nommément cités comprennent les TED.

Dans le DSM-III-R qui paraît en 1987 les principes de classification sont inchangés mais les regroupements et les appellations changent pour les TED. Ceux-ci appartiennent toujours à un ensemble appelé « troubles du développement » mais qui s'est élargi. Outre les TED et les troubles spécifiques du développement, l'ensemble comprend désormais le retard mental, ainsi qu'une catégorie résiduelle annexe. Évolution notable, l'entière des TED passent de l'axe I du DSM-III à l'axe II du DSM-III-R. Sont-ils pour autant devenus l'équivalent épistémologique pour l'enfant des troubles de la personnalité pour l'adulte ? Cette question mériterait que l'on s'y attarde dans un autre travail qui y serait consacré, tant les implications et les enjeux apparaissent profonds. Par ce mouvement nosographique, les TED

714 APA 1980, 375.

715 APA 1980, 340-341.

se définissent comme un trouble quantitatif et qualitatif du développement, aux côtés du retard mental, trouble quantitatif généralisé, et des troubles spécifiques du développement, trouble quantitatif singulier (un seul domaine d'acquisition touché). Différents domaines sont atteints. On commence à voir apparaître les notions d'interactions sociales réciproques, de communications verbales et non-verbales, d'activités et d'intérêts restreints, stéréotypés et répétitifs. « La sévérité et l'expression de ces troubles sont très variables d'un enfant à un autre. »<sup>716</sup> Distorsions et retards se mêlent dans différentes fonctions du développement : la sphère intellectuelle, la compréhension du sens du langage, la production du discours, le développement psychomoteur, les fonctions élémentaires (manger, boire, dormir), les réponses aux stimulations sensorielles.

Les mêmes raisons sont invoquées pour disqualifier les psychoses de l'enfant et choisir l'expression TED à partir de la perturbation clinique centrale du développement. Un seul sous-groupe est reconnu, confirmant une place de choix donnée à l'autisme ; le trouble autistique est la forme la plus sévère et la plus prototypique des TED. L'âge de début des troubles n'est plus un critère d'exclusion de l'autisme. Il convient simplement de le préciser, débutant durant l'enfance. Ce glissement peut être lu comme un gain de l'autisme sur le terrain des psychoses de l'enfant. Le triptyque commence à apparaître clairement : anomalie qualitative des interactions sociales réciproques, troubles de la communication, répertoire restreint d'activités et d'intérêts. À noter que les difficultés de communication s'accompagnent dans cette description de 1987 de troubles de l'activité imaginaire. Si les critères d'un trouble autistique ne sont pas remplis, il reste la catégorie des TED « non autrement spécifiés ». Il est remarquable que cette catégorie ne soit pas simplement proposée à défaut du trouble autistique au sein des TED, mais également à défaut d'un certain nombre de troubles de la personnalité, schizoïde et schizotypique, en plus de la schizophrénie elle-même, bien sûr. Nous pouvons interpréter cette manière d'envisager les TED à partir d'un nouvel axe autisme-schizophrénie. Au sein de cet axe aux deux extrémités desquelles autisme et

716 APA 1987, 33.

schizophrénie n'ont plus grand-chose en commun, le diagnostic de trouble autistique prévaut sur celui de troubles de la personnalité schizoïde ou schizotypique qui, eux-mêmes, prévalent<sup>717</sup> sur celui de TED non autrement spécifiés (NAS ou NOS)<sup>718</sup>. Les remaniements du DSM-III-R semblent largement inspirés par les travaux et articles de synthèse des rédacteurs en chef de la revue créée par Kanner, le JADD. Rutter et Schopler appartiennent au comité du DSM chargé de réviser la section des TED. Ils en sont les maîtres à penser à partir d'une réflexion à large épistémologique<sup>719</sup>. Leur revue trimestrielle connaît un tel succès qu'ils en augmentent le nombre de pages à partir de 1987, et en conséquence le prix<sup>720</sup>.

En 1994, le DSM-IV marque un nouveau changement important pour les TED. *Exeunt* les troubles du développement. Les TED constituent une grande entité aux côtés du retard mental, des troubles des apprentissages, des troubles des capacités motrices, des troubles de la communication, des troubles du comportement disruptif et de l'attention, des troubles alimentaires, des tics, des troubles excrétoires, etc. Ainsi, les remaniements sont complets et concernent l'ensemble du chapitre dédié à la pédopsychiatrie renommé « Troubles d'abord diagnostiqués habituellement durant l'enfance ou l'adolescence ». Les TED comprennent désormais cinq diagnostics possibles : trouble autistique, trouble de Rett, trouble désintégratif de l'enfance, trouble d'Asperger, TED NOS. Il s'agit de manière générale de déficits sévères et de difficultés envahissantes dans différents domaines du développement<sup>721</sup>. Le triptyque autistique du DSM-III-R se retrouve dans la définition générale des TED pour évoquer les différents domaines atteints ainsi que la nature de cette atteinte. À noter que l'activité imaginaire n'est plus associée à la communication verbale et non verbale.

717 APA 1987, 37.

718 L'usage français est d'employer oralement les sigles juxtaposant les deux langues TED (français) et NOS (anglais). La rigueur linguistique imposerait PDD NOS en anglais et TED NAS en français. L'usage français pourrait faire écho à l'idée d'un diagnostic problématique à propos duquel le clinicien tomberait sur un os.

719 Rutter/Schopler 1987.

720 Anonyme 1987, 1.

721 APA 1994, 38.

D'une certaine façon, seuls persistent les symptômes visibles, objectivables, *via* le comportement. Le maniement des critères se spécialise avec une démultiplication d'un côté, et de l'autre un nombre seuil de critères à valider pour obtenir le diagnostic. L'introduction du syndrome d'Asperger, outre les raisons historiographiques que nous avons développées en chapitre 4, témoigne sans doute d'un intérêt persistant pour les liens entre autisme et troubles du langage. Dans le DSM-IV, une nouvelle modification de l'axe II survient. Outre les troubles de la personnalité, il ne concerne plus que le retard mental. Les TED sont donc repassés de l'axe II du DSM-III-R à l'axe I du DSM-IV. Ce retour mériterait probablement d'être analysé à l'aune de l'évolution épistémologique des troubles de la personnalité, et plus largement des rapports entre psychiatrie de l'enfant et psychiatrie de l'adulte. Une fois encore, le tandem Rutter et Schopler a largement inspiré les choix nosographiques du DSM en 1994 concernant les TED. Une revue d'ordre épistémologique de la question par ces auteurs dresse bien les enjeux entre les deux tendances concurrentes, regrouper (*lumping*) ou découper (*splitting*), et oriente en 1992 le DSM vers des découpages privilégiant la recherche et les interfaces neuropsychiatriques<sup>722</sup>.

La version suivante, le DSM-IV-TR, n'apporte pas de grands changements concernant les TED. Les descriptions se sont toutefois étoffées. Une attention particulière est apportée à la pragmatique du langage dans les troubles autistiques dont la prévalence est réévaluée à la hausse. La précocité des troubles est revue, une proportion importante (un cinquième) des cas ne surviendrait pas avant 2 ans selon l'anamnèse des parents. Par ailleurs, une mutation génétique spécifique a été retrouvée pour certains cas de syndrome de Rett. Le syndrome d'Asperger est l'objet d'une étude beaucoup plus fournie, ce qui aboutira à une utilisation très élargie du diagnostic. Enfin, les TED NOS voient leur périmètre restreint. Il faut désormais deux domaines touchés sur les trois du triptyque autistique pour prétendre au diagnostic.

722 Rutter/Schopler 1992.

En 2013, le DSM-5 propose une révolution terminologique qui dépasse largement le champ des psychoses de l'enfant et des TED, ou plutôt qui, à travers les changements concernant les TED, touche toute la psychiatrie de l'enfant. Alors que les troubles du développement avaient disparu depuis 1994 et le DSM-IV, l'appellation quelque peu laborieuse du premier chapitre du manuel américain traitant de la pédopsychiatrie, qui situait chronologiquement les troubles, est remplacée par la notion prééminente de neurodéveloppement : les troubles neurodéveloppementaux, définis simplement comme un « ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement »<sup>723</sup> qui impactent le fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel. Ils sont regroupés de manière hétérogène comme des symptômes d'excès, de déficits ou de retard dans le cours du développement. L'ensemble des troubles de l'enfant s'y retrouvent avec de nouvelles appellations sur lesquelles nous reviendrons : handicaps intellectuels, troubles de la communication, troubles du spectre de l'autisme, déficit de l'attention-hyperactivité, trouble spécifique des apprentissages, troubles moteurs, tics, etc.

Une des caractéristiques de ce mouvement nosographique est de mettre l'ensemble des pathologies de l'enfance sur un même niveau et de permettre de nombreuses comorbidités. En effet, une pathologie n'exclut pas l'autre, elles coexistent même sans difficulté dans ce schéma épistémologique. L'exemple de TED associé à une hyperactivité est le plus frappant. Selon les termes du DSM-5, un trouble du spectre de l'autisme peut être associé à un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Des cas avaient déjà été rapportés ou suggérés dans la littérature<sup>724</sup>, mais les classifications ne permettaient pas cette comorbidité qui pose de fait la question de la persistance de l'idée d'entité nosologique. Cette dernière n'est-elle pas en effet entamée ? La cohérence d'un ensemble symptomatologique ne vole-t-il pas alors en éclats ? Nous tenterons de répondre à ces questions à travers l'étude du concept de spectre dans le chapitre suivant.

723 APA 2015, 105.

724 Geller/Guttmacher/Bleeg 1981.

L'introduction du préfixe « neuro- » traduit l'implantation des recherches neuroscientifiques en psychiatrie. L'étude du cerveau est de toute façon consubstantielle aux recherches menées en psychiatrie. Dès l'avènement de l'imagerie cérébrale, des études scanographiques concernant les psychoses de l'enfant ont été menées<sup>725</sup>. Les signes cliniques neurologiques ont toujours été recherchés et sont toujours scrutés, afin de tenter d'établir des corrélations<sup>726</sup> ou de détecter des signes *a minima*<sup>727</sup>. Un traité consacré aux TSA de 2011 aborde successivement les résultats obtenus en neurobiologie développementale et en neuroimagerie fonctionnelle. Il est également tout à fait significatif que l'introduction de ce traité ait été confiée à une neurologue new-yorkaise, Isabelle Rapin, qui définit l'autisme comme une « conséquence comportementale d'une multitude de troubles développementaux du cerveau immature »<sup>728</sup>. Avec le DSM-5, les TED disparaissent et laissent la place aux TSA. Dans le même temps, la notion de développement occupe tout le champ, déterminant l'ensemble des pathologies pédopsychiatriques. La notion de développement, et ses troubles, sortent à ce moment-là du domaine spécifique des psychoses de l'enfant pour aller bien au-delà. L'autisme occupe désormais tout l'espace nosographique des psychoses. Les troubles autistiques représentaient depuis 1980 le trouble prototypique de l'ensemble supérieur. Pour ainsi dire, il y avait l'autisme et les autres TED associés. Mais pour l'école de Yale, déjà en 1986, l'autisme infantile « exemplifiait » les TED<sup>729</sup>.

### Dynamique et génétique

La prise en compte du développement pour appréhender les psychoses de l'enfant nous conduit à penser l'idée de mouvement qu'il porte avec lui à travers deux termes, deux adjectifs,

725 Gillberg/Svendsen 1983.

726 Garreau *et al.* 1984.

727 Halayem *et al.* 2010.

728 Rapin 2011, 3.

729 Volkmar/Cohen 1986.

qui peuvent ou pourraient prendre une forme substantivée, à savoir « dynamique » et « génétique ». D'emblée nous retrouvons ces deux termes dans deux champs souvent opposés de la médecine psychiatrique. Le caractère dynamique renverrait à la psychanalyse de par son attention au poids des mouvements psychiques – au point d'utiliser en lieu et place de l'adjectif psychanalytique celui de psychodynamique, souvent en outre de manière à alléger le caractère jugé trop marqué sur le plan théorique de la psychanalyse. Le caractère génétique renverrait de son côté à une cause avancée de la maladie mentale, marquée à son comble du sceau de la biologie, alors que la psychiatrie cherche encore, à la différence de la médecine scientifique contemporaine, un support organique à son objet médical.

L'analyse de ces deux caractères, dynamique dans un premier temps, et génétique dans un deuxième, dépassera ces deux renvois simples à une opposition classique entre un psychologisme psychanalytique et un organicisme génétique. Nous interrogerons dans un troisième temps le mouvement, non plus du développement lui-même, mais du regard porté sur lui, de manière à mieux le retrouver par l'anamnèse ou à mieux le suivre dans son déroulement par les études catamnestiques. Le clinicien doit faire avec une composante temporelle qui relativise systématiquement toute fixation photographique de l'évaluation clinique.

### La dynamique du développement

Passer par un certain nombre de définitions semble nécessaire pour tenter de saisir ce que le développement a de dynamique, et plus exactement ce que le caractère dynamique apporte au, ou explique du développement. Le substantif féminin, *la* dynamique, se définit par un mouvement interne qui anime et fait évoluer ; c'est aussi l'étude de ce mouvement. En physique, la dynamique est une partie de la mécanique qui étudie les relations entre les forces et les mouvements qu'elles produisent – forces et mouvements, forces productrices et mouvements produits. Les forces en présence ne vont pas toutes dans la même

direction, elles interagissent, peuvent s'opposer. Le conflit est un corollaire de la dynamique qui met en mouvement au cours du temps des forces différentes et d'intensité variable.

L'adjectif renvoie quant à lui à trois acceptions selon l'objet visé. De manière générale d'abord, ce qui est dynamique s'oppose à ce qui est statique, relatif à un mouvement. Le mouvement physique est produit par des forces, le mouvement musical est de son côté relatif aux différences d'intensité, et en philosophie le qualificatif considère, là encore, les choses dans leur mouvement. En parlant de la vie mentale ensuite, ce qui est dynamique est reconnu comme quelque chose « qui se développe, qui procède par modifications incessantes selon une finalité »<sup>730</sup>. Cette acception souligne une forme d'instabilité dans son essence, le mouvement dans son aspect mouvant. Est-ce alors ce caractère instable jusqu'à l'insaisissable qui justifie de pouvoir retrouver au bout du chemin un but, une forme stable ? Autrement dit, la version téléologique du développement serait la contrepartie pour accepter son mouvement perpétuel. En parlant de quelqu'un enfin, la personne dynamique est pleine de vitalité. Nous retrouvons le mouvement qui caractérise la vie. Le développement est donc du côté de la vie et porte en quelque sorte en lui un optimisme conceptuel. Pour Ey, « le propre d'une théorie dynamique en pathologie est de se représenter l'état de santé comme un équilibre de forces et l'état de maladie comme un dérèglement de cet équilibre »<sup>731</sup>. Le médecin-chef de Bonneval reconnaît trois grandes conceptions dynamiques en psychiatrie attachées chacune à un auteur (John Hughlings Jackson, Janet et Freud). Ey lui-même tentera une formulation théorique dont la nomination fera entendre l'importance de la propriété dynamique, l'organodynamisme.

Le substantif masculin existe déjà dans le dictionnaire français de référence. Le dynamique est « ce qui est en développement, se modifie selon une finalité »<sup>732</sup>. À nouveau, le caractère téléologique est au premier plan. S'ajoute à une visée ultime

730 Voir l'entrée « dynamique » du Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) : <https://www.cnrtl.fr/definition/dynamique>

731 Ey 1939.

732 <https://www.cnrtl.fr/definition/dynamique>

qui marquera enfin une forme de stabilité l'effet de cette visée sur le développement lui-même. En effet, la finalité n'est pas qu'une résultante du développement, elle agirait sur le développement de manière quasiment rétroactive comme quelque chose à atteindre. Il ne s'agit pas d'une potentialité initiale, en germe, mais d'une potentialité terminale qui guide le développement. Cette conception du dynamique apparaît très intéressante pour comprendre que le développement ne va pas n'importe où, qu'il tend vers quelque chose, et que cette tension définit le développement. Le caractère dynamique se trouve très tôt capté par la psychanalyse qui se donne pour tâche d'éclaircir le sens des mouvements psychiques selon trois coordonnées : topiques – les différentes instances psychiques mises en jeu –, économique – l'intensité, la quantité d'énergie des forces psychiques en présence –, et enfin dynamique – du côté de la conflictualité intrapsychique inhérente au fonctionnement psychique selon la psychanalyse. Ce rapprochement entre les adjectifs « psychanalytique » et « psychodynamique » va jusqu'à l'emploi de l'un pour l'autre. On aura retenu l'abord dynamique de la psychanalyse qui théorise singulièrement le conflit interne.

Un autre emploi du caractère psychodynamique met en lien, sous la plume de Kanner, la dynamique psychique de la maladie mentale infantile avec son environnement familial. Au colloque annuel de l'American association of orthopsychiatry en 1948, Kanner présente une réflexion à la fois nosographique et psychodynamique à propos de l'entité qu'il tente alors d'individualiser, l'autisme infantile précoce. Cinq années après sa publication *princeps* de onze cas, il s'appuie sur une cinquantaine de cas pour étudier les liens éventuels entre la pathologie psychologique de l'enfant et la personnalité des parents :

Chercher des enfants autistiques issus de parents ordinaires est resté jusqu'à aujourd'hui une entreprise vaine. Ce fait étonnant m'a conduit à m'intéresser aux personnalités des parents, à leurs attitudes, aux comportements subséquents vis-à-vis des patients, et la possible relation entre ces facteurs d'une part, et d'autre part la présence et la structure des manifestations psychopathologiques des enfants<sup>733</sup>.

733 Kanner 1949, 421.

Ces liens, Kanner les qualifie de psychodynamiques. Nous sommes bien loin de la conflictualité intrapsychique du corpus psychanalytique, et directement placé au niveau de l'influence des parents, de par leur psychologie et leurs conduites éducatives. Nous pouvons émettre l'hypothèse que Kanner lui-même a contribué à assimiler l'abord psychanalytique des symptômes à une lecture qui relie, dans un lien de causalité, psychopathologie parentale et psychopathologie infantile. En ce sens, le terme intermédiaire entre psychanalyse et culpabilisation des parents serait bien psychodynamique.

Alors que le caractère dynamique qualifie le mouvement inscrit dans le développement, il est intéressant de relever l'utilisation pionnière des films et de la vidéo par les professionnels du développement. Citons simplement Ajuriaguerra dont les films sont archivés à la bibliothèque médicale Ey à Paris<sup>734</sup>, ainsi que Gesell qui, travaillant à partir de l'analyse systématique des films, prévient : « Le développement est mouvement. Nous devons surtout nous inquiéter de la place de l'enfant dans un cycle allant de l'avant. »<sup>735</sup> Les films permettent une observation dans la situation la plus proche de la vie courante. Cet abord naturaliste, qui éloigne l'effet potentiellement perturbateur de l'observateur, peut s'étendre à l'utilisation de films produits par les familles elles-mêmes à des fins initialement non cliniques<sup>736</sup>. Les films deviennent alors un matériel clinique rétrospectif du développement.

### La génétique du développement

Un certain nombre de détours par des définitions en adjectif et en substantif semble également nécessaire pour tenter de saisir

734 Voir l'inventaire détaillé qui traduit la variété des observations cliniques rendues possibles par la technique du film sur le site <https://bibliotheques.ghu-paris.fr/ajax.php?module=cms&categ=document&action=render&id=36>. Voir également l'archive d'Ajuriaguerra (de Ajuriaguerra 1980b), sur la notion d'autisme d'un point de vue développemental.

735 Gesell/Ilg 1999 [1949], xiv.

736 Rosenthal/Massic/Wulff 1980.

ce que le développement a de génétique, ou mieux, ce qu'apporte le caractère génétique à la notion de développement<sup>737</sup>. Il faudra distinguer aussi le substantif féminin largement répandu, l'adjectif qui comporte deux acceptions, et un substantif masculin que nous souhaiterions introduire.

La génétique est une branche de la biologie ayant pour objet l'étude de l'hérédité. « Autrement dit, elle est celle à qui l'on demande de nous dire pourquoi l'enfant qui vient de naître ressemble à ses géniteurs ou est différent d'eux. »<sup>738</sup> Elle interroge donc, d'une certaine manière, les liens qui unissent les enfants et leurs parents. L'histoire de cette discipline est l'objet de nombreux travaux et suscite encore des hypothèses nouvelles avancées par de jeunes chercheurs<sup>739</sup>. Le champ de la génétique appliquée aux pathologies psychiatriques s'est considérablement développé concernant l'autisme au point de considérer l'étiologie des troubles divisée en facteurs génétiques et facteurs environnementaux. Le traité entièrement consacré à l'autisme de 2011 que nous avons déjà cité, *Autism spectrum disorders*, y consacre une dizaine de chapitres. L'analyse de l'ensemble du génome permet de rechercher des variants génétiques augmentant le risque d'autisme, des variants rares comme des variants communs. Leur implication dans la physiologie cérébrale est multiple : densité post-synaptique, synaptogenèse, cytologie neuronale. Il est remarquable que la pénétrance de ces anomalies soit incomplète, autrement dit que celles-ci ne s'expriment pas avec la même intensité selon les individus. Et surtout ces anomalies demeurent non spécifiques à l'autisme, on les retrouve également dans le retard mental ou d'autres troubles du développement. À l'hétérogénéité clinique de l'autisme répond donc une hétérogénéité génétique. Cette « architecture génétique complexe de l'autisme »<sup>740</sup>, qui s'enrichit avec les techniques de détection de plus en plus

737 Fagot-Largeault/Rahman/Torres 2007.

738 Delaunay 1965.

739 Fischer/Schneider 1998 ; Buican 1984. Voir également Loison 2012.

740 Amaral/Dawson/Geschwind 2011, 669, 690, 705, 819.

puissantes, donne davantage l'impression d'une connaissance statique, partielle et floue, qu'une étiologie dévoilée.

La recherche en génétique se propose alors de réduire la complexité par des stratégies analytiques, consistant à découper ou identifier un signe clinique ou un marqueur biologique pertinent à l'intérieur du tableau autistique. Ces éléments d'intérêt pour cibler le criblage des puces génétiques sont appelés des endophénotypes. C'est une quête de sous-groupes d'autisme qui pourraient présenter une cause génétique discrète. Au mieux, ces caractéristiques phénotypiques doivent être quantifiables et spécifiques. Si elles sont fournies par des analyses biologiques, elles prennent le nom de biomarqueurs.

Un phénotype est présumé intéressant quand des sous-groupes définis sur cette base diffèrent par l'histoire naturelle de la maladie, les symptômes, la réponse au traitement ou des indicateurs génétiques<sup>741</sup>.

De courts traités de ce même ouvrage sont consacrés aux variants génétiques rares, aux variants génétiques communs et au rôle de l'épigénétique. Un chapitre prend exemple sur le syndrome de Rett dans lequel des mutations de la protéine MECP2 sont souvent retrouvées (mais pas toujours), un autre sur le syndrome de l'X fragile et la mutation du médiateur synaptique FMR1. Si les interactions gène-environnement sont proclamées, elles sont à peine esquissées. Traiter la complexité revient ici à rendre intelligible les différents niveaux d'analyse pris ensemble, de la génétique, la génomique, les circuits cérébraux, jusqu'au phénotype. Ce phénotype n'est d'ailleurs pas sans poser problème. C'est l'autre nom de la clinique au sein de la génétique comme discipline. Il peut être en effet plus ou moins élargi selon les circonstances et l'intérêt de ce que l'on souhaite trouver. Sans doute, clinique et recherche, ayant des intérêts divergents, n'usent-elles pas des mêmes arguments pour décider de l'ampleur du phénotype (voir chapitre 10).

Un article synthétique paru dans la revue *Carnet psy* permet de brosser un état des connaissances sur les recherches

741 Amaral/Dawson/Geschwind 2011, 705.

génétiques dans les TED en 2017<sup>742</sup>. Il donne par là une idée des méthodes employées et des questions soulevées par les résultats de la génétique. Historiquement, les recherches génétiques se sont d'abord centrées sur l'hérédité de l'autisme en s'attachant à des études familiales. Le taux de concordance des jumeaux monozygotes (60 à 90 % selon, là encore, le phénotype choisi), ou l'agrégation familiale au niveau de la fratrie (risque de récurrence dans une fratrie qui s'élève entre 2 et 8 %), permettent d'établir le caractère héréditaire de l'autisme. Une nouvelle ère est venue avec l'évolution des techniques permettant l'étude du génome en son entier. Actuellement,

l'étude des facteurs génétiques dans l'autisme se base sur la recherche de variations génomiques retrouvées exclusivement ou plus fréquemment chez les sujets atteints par rapport à des témoins, par des études de corrélations pour les cas sporadiques ou des analyses de ségrégation dans les cas familiaux<sup>743</sup>.

La conséquence immédiate et prégnante de l'étendue et de la profondeur des données disponibles est la difficulté d'analyser et d'interpréter ces données. La quantité importante d'informations nécessite en effet des analyses statistiques poussées. La qualité protéiforme des informations demande une grille de lecture à la construction de laquelle sont conviés l'ensemble des scientifiques, des cliniciens et des épistémologues.

Si les facteurs génétiques sont retrouvés dans 10 à 20 % des cas d'autisme, ils restent non spécifiques, participant à des voies métaboliques diverses – synapse, transport membranaire, synthèse et dégradation de neurotransmetteurs. Leur imputabilité causale s'avère problématique dans le cas général, et d'autant plus quand il s'agit d'un des multiples variants génétiques existants. Il faut alors distinguer une démarche de recherche d'une démarche clinique en génétique de l'autisme. Cette dernière consiste à repérer les syndromes génétiques connus (cas sporadique ou familial), et les formes syndromiques, celles qui associent au tableau clinique de l'autisme

742 Philippe/Colleaux/Munnich 2017.

743 Philippe/Colleaux/Munnich 2017, 240.

d'autres symptômes : trouble de la croissance staturo-pondérale, dysmorphie faciale, malformations, etc. Une étiologie génétique peut dans ces cas être retrouvée et un conseil génétique prodigué notamment pour des naissances futures. En 2017, trois catégories d'anomalies génomiques sont détectables avec les méthodes modernes, à savoir les remaniements chromosomiques, les altérations géniques (autosomique dominante récessive, ou liées à l'X), les expositions *in utero* à des tératogènes. Parmi les remaniements génomiques que les puces génétiques peuvent détecter – la CGH-array étant devenue un « examen incontournable de diagnostic pangénomique »<sup>744</sup> –, les variations du nombre de copies introduisent dans l'appréciation génétique la notion d'un dosage quantitatif des gènes, dont la signification clinique est mal comprise. Cette étude du génome à haut débit démultiplie les données qui singularisent autant l'individu que le pathologique. La frontière entre le caractère pathologique (cause génétique imputable) et le caractère singulier (variation de la normale) en devient floue.

La notion de facteurs génétiques permet d'éviter ce débat directement étiologique. En tant que facteurs, ils ne produisent pas en eux-mêmes la pathologie. C'est leurs conjonctions avec d'autres types d'anomalies qui peuvent produire le phénotype pathologique qui seul intéresse finalement les cliniciens. En parallèle, la notion d'agrégation familiale traduit bien l'hérédité de facteurs génétiques et non pas directement celle de la pathologie finale elle-même<sup>745</sup>. La recherche d'un endophénotype dans les recherches génétiques n'a rien de nouveau. On retrouve cette quête pour améliorer les résultats, dès les années 1970, concernant la schizophrénie. Un « défaut subtil neurointégratif »<sup>746</sup> est par exemple avancé dans les différentes dimensions de type schizophrénique. Une schizotaxie est conjecturée dans la schizophrénie et définie comme retard pandéveloppemental et marqueur d'un défaut neurointégratif hérité dans la schizophrénie.

744 Philippe/Colleaux/Munnich 2017, 246.

745 Folstein/Rutter 1988.

746 Fish 1977.

Deux acceptions sont admises pour définir l'adjectif génétique. La première renvoie directement à la génétique comme discipline. Est génétique ce qui est propre aux gènes, à l'hérédité. Le qualificatif aura donné directement le nom de la spécialité biologique et médicale par l'emploi du substantif féminin. La seconde définition concerne la genèse. Elle qualifie en ce sens une épistémologie et une psychologie, autrement dit une théorie de la connaissance scientifique et une science du développement psychique. À cette psychologie génétique est attaché le nom du maître de l'école de Genève, Jean Piaget. « Ce que la psychologie génétique nous apporte est tout un corps de doctrines dans lesquelles synchronie et diachronie sont complémentaires », analyse Ajuriaguerra dans son *Manuel*<sup>747</sup>. Piaget souligne en effet dans sa conception du développement mental :

L'unité profonde des processus qui, de la construction de l'univers pratique, due à l'intelligence sensori-motrice du nourrisson, aboutit à la reconstruction du monde par la pensée hypothético-déductive de l'adolescent, en passant par la connaissance de l'univers concret due au système des opérations de la seconde enfance<sup>748</sup>.

Voilà pour la synchronie dans la diachronie. Il observe que ces

constructions successives ont sans cesse consisté à décentrer le point de vue immédiat et égocentrique de départ, pour le situer en une coordination toujours plus large de relations et de notions, de telle sorte que chaque nouveau groupement terminal intègre davantage l'activité propre en l'adaptant à une réalité de plus en plus étendue<sup>749</sup>.

Voilà pour la diachronie dans la synchronie. L'épistémologie génétique de Piaget viendra quant à elle secondairement à partir des années 1970. Elle correspond à un structuralisme qui développe l'idée de la construction dans le temps et donc de la transformation des structures de la pensée<sup>750</sup>. Enfin, sur le plan épistémologique concernant la place de la génétique dans le développement, il existe un modèle génétique du développement.

747 De Ajuriaguerra 1970b, 27.

748 Piaget 1964, 86.

749 Piaget 1964, 86.

750 Pour une analyse critique du génétique dans l'œuvre de Jean Piaget, voir Gayon 1992.

À cet endroit, la génétique peut servir de terrain de jonction entre évolution et développement, et participer ainsi au courant de philosophie de la biologie nommé évo-dévo. Le biologiste et historien des sciences Michel Morange prend l'exemple, dans un ouvrage consacré aux théories du développement<sup>751</sup>, des réseaux régulateurs de gènes pour montrer la force et le degré de validité des explications génétiques expliquant conjointement le développement et l'évolution.

Une forme nouvelle, le génétique, substantif masculin, pourrait trouver une place dans le lexique conceptuel dédié au domaine génétique quand il caractérise le développement et ses troubles. Le génétique serait ce qui se déploie en permanence, se génère à partir de quelque chose. Un mouvement muni d'une énergie, d'une motricité, qui s'appuie sur l'existant. Poussé d'un côté par ce qui est au départ, et tendu de l'autre vers ce qui sera à l'arrivée. Ce génétique-là est du côté de la genèse, c'est-à-dire du déroulement, de la formation, de la construction en cours et ferait pendant à la stricte version héréditaire de la génétique qui apparaît capter aujourd'hui tout ce qui est génétique. Remarquons qu'un autre adjectif de même étymologie ne peut nous être d'un quelconque secours. « Génésique » est déjà pris du côté de la reproduction sexuée et plus largement de la sexualité<sup>752</sup>.

### Le suivi évolutif (la catamnèse) et l'anamnèse

La prise en compte du temps par le clinicien va jusqu'à utiliser son propre rapport au temps comme données cliniques. Son regard s'oriente en effet au-delà de la photographie du présent, vers le passé à travers le récit du patient – point de vue rétrospectif –, et d'autre part vers le futur, par l'observation prolongée et régulière des symptômes – point de vue prospectif. Nous étudierons ces deux perspectives avant

751 Morange 2014.

752 <https://www.cnrtl.fr/definition/Genesique>

de nous interroger sur d'éventuelles voies de passage de l'une à l'autre, dans le temps justement.

Les études catamnétiques donnent un aperçu du devenir des patients par une observation longue des tableaux cliniques évolutifs sous l'effet des traitements entrepris, ainsi que des intégrations sociales dans le milieu scolaire et dans l'emploi. Ces études ont une visée pronostique évidente, permettant d'identifier des facteurs qui ressortent comme déterminant des trajectoires de développement. Elles ont également un objectif d'évaluation thérapeutique, au sens où différentes cohortes peuvent être suivies selon différents traitements et à condition d'élaborer un protocole de recherche permettant de comparer scientifiquement plusieurs bras. Un autre but poursuivi, plus étonnant d'un point de vue extérieur à la psychiatrie, est diagnostique. En psychiatrie de l'adulte, c'est pourtant un sujet classique de la psychiatrie asilaire. Le diagnostic se forme au cours, voire au décours du déroulement de la maladie, jusqu'à marquer une sorte de point final aux longues années d'évolution pathologique. Kraepelin envisage ainsi le diagnostic de démence précoce, ancêtre de la schizophrénie :

Aucun moyen n'est aussi approprié pour aiguïser notre regard à déceler les particularités véritablement essentielles d'un processus morbide que l'attention portée à son cours et à son état terminal<sup>753</sup>.

Cette démarche peut prêter à l'ironie d'une chronicité confondue avec une médecine inefficace. Sans aller jusque-là, Lantéri-Laura analyse la chronicité en psychiatrie comme une dimension qui « résulte d'abord des conditions propres de l'observation »<sup>754</sup>, à savoir les possibilités qu'offrent de longues hospitalisations à partir du 19<sup>e</sup> siècle. Du côté de la psychiatrie de l'enfant, les observations peuvent de même être longues dans des structures hospitalières en accueil de jour durant plusieurs années de suivi.

753 Kraepelin 1896.

754 Lantéri-Laura 1997, 68.

L'anamnèse appartient à tout examen clinique qui se respecte, dans la rubrique classiquement intitulée « interrogatoire du patient ». Il s'agit en fait de faire raconter par le patient l'histoire de ses troubles. L'étymologie du terme souligne la démarche du clinicien qui fait appel à la mémoire du patient, et donc à sa subjectivité concernant les mots employés, à ses oublis, et finalement à sa manière toute personnelle de raconter son histoire, l'histoire de ses troubles. Tout commence par l'âge de début des troubles. Pour les psychoses de l'enfant, les psychiatres ont pris l'habitude de distinguer cette donnée temporelle d'une autre, celle de l'âge de reconnaissance du début des troubles. Les parents peuvent ainsi noter rétrospectivement des anomalies auxquelles ils n'avaient pas prêté attention<sup>755</sup>. Cela renvoie à la notion de troubles présents mais passés inaperçus. À un autre niveau, cette idée d'un élément pathologique, ou pathogène justement, présent sans qu'il ne s'exprime manifestement, s'accorde bien avec les représentations associées à la génétique. Les gènes sont une abstraction scientifique bien invisible pour le commun des mortels, ils s'expriment à certaines conditions chez certaines personnes à des degrés différents. Il ne suffit pas d'avoir ou de ne pas avoir un gène malade, une mutation problématique par exemple. Le développement tient en lui l'idée de ce qui est sous-jacent, de ce qui viendra se révéler à son heure.

En outre, les antécédents marquent également le développement rétrograde du sujet, mais dans une qualification beaucoup plus statique que l'anamnèse. Ils figurent en liste dans les comptes-rendus médicaux, malgré d'ailleurs leurs possibles liens entre eux. Barbara Fish en 1977 recherche en ce sens les antécédents neurobiologiques des enfants schizophrènes ou pré-schizophrènes afin de mieux comprendre la genèse des troubles<sup>756</sup>. De l'anamnèse première, un des premiers temps de l'approche médicale, à la catamnèse dernière, un des derniers temps du regard médical qui affronte courageusement les résultats de son action, comment envisager une voie de passage qui permettrait de mieux saisir le présent d'un

755 Volkmar/Cohen 1986, 325.

756 Fish 1977.

état pathologique ? Il s'agit de parvenir à une position intermédiaire, qui fasse profit de l'un et de l'autre, qui puisse passer alternativement et régulièrement de l'un à l'autre, pour se trouver entre d'une part ce qui a été et continue à agir activement, et d'autre part ce qui va venir et confirmera ce qui agit activement. Des deux processus de mémoire (-mnèse), l'une qui se construit (ana-), l'autre qui se défait (cata-), le clinicien se nourrit pour obtenir un saisissement, arrêt bien artificiel du développement qui ne révèle rien en lui-même, et beaucoup dans le flux et le reflux du temps développemental.

### Diachronie et chronobiologie

Aborder les symptômes à travers la notion de développement conduit indubitablement à aborder les symptômes à travers le temps. Cette approche diachronique s'oppose classiquement à une approche, synchronique, qui considère les éléments présents dans le même temps. Cette opposition structure la réflexion de Lantéri-Laura dans un de ses ouvrages généraux d'épistémologie de la psychiatrie, *Psychiatrie et connaissance*, qu'il dédie à Lévi-Strauss<sup>757</sup>.

La médecine considère l'évolution des symptômes au cours du temps par sa méthode clinique et l'étude biologique des rythmes physiologiques. Une manière d'appréhender le temps et sa place dans l'évaluation clinique est de le découper en unité pertinente qui se répète afin de constituer une sorte de grille de lecture. L'échelle d'une journée, d'année ou de saisonnalité, de tranche d'âge, sont des repères temporels facilement utilisés. Contrairement au flux continu du développement sans autre repère que la flèche du temps, ces possibilités de scansion marquent un point de départ, un point d'arrivée et une récurrence qui ouvrent la voie à une approche quantitative du phénomène. Dès lors, deux grandes questions peuvent se poser. L'une concerne la bonne échelle de ces unités de temps pour évaluer de manière pertinente le symptôme. Les conséquences sont

757 Lantéri-Laura 1991.

nombreuses, pour n'en citer qu'une : à quelle fréquence suivre pour un praticien le patient en consultation ? L'autre raisonne sur l'emboîtement éventuel de ces différents niveaux ainsi que des logiques qui les gouvernent. Les mécanismes à l'œuvre à l'échelle d'une journée sont-ils les mêmes que ceux qui agissent à l'échelle d'une année ? Autrement dit, une année n'est-elle que la succession des 365 jours qui la composent ? Si, à première vue, l'existence de différentes échelles justifie des mécanismes différents, leur prise en compte s'avère difficile en pratique. Il est sans doute difficile pour le clinicien de changer de logique, de passer d'une échelle à une autre. Nous aborderons dans un premier temps la temporalité prise en compte en médecine avec l'étude physiologique des rythmes circadiens. La psychiatrie fait particulièrement face à une temporalité problématique que nous analyserons dans un deuxième temps par le caractère fluctuant du symptôme. Devant cette question de la temporalité, la réponse consistant à centrer le regard sur une dimension développementale nous proposerons de la nommer développementalisme et d'en cerner les implications conceptuelles et médicales.

### Les rythmes circadiens

La périodicité d'un rythme circadien est de « presque un jour » selon l'étymologie latine ; elle correspond en fait à un jour et une nuit. L'étude des rythmes biologiques, encore appelée chronobiologie, s'est associée aux observations quotidiennes des pédiatres et des pédagogues, afin de déterminer les meilleurs moments pour solliciter l'attention ou le développement des capacités des enfants au cours de la journée sur la scène scolaire. Le débat sur les rythmes scolaires (réaménagement, journée trop longue, temps mal organisés et mal conçus) revient de manière récurrente en France<sup>758</sup>, révélant l'ambiguïté des conséquences à tirer des données scientifiques. Bien qu'une distinction soit posée entre rythme développemental, qui correspond au scénario au fil des âges des émergences qui caractérisent l'enfant, et rythme biopsychologique qui renvoie à des échelles du quotidien,

758 Montagner 2009.

les deux sont liés par la dimension précisément développementale puisque le niveau de développement dicte le second.

L'essor des études chronobiologiques date des années 1960, avec comme figure de proue Jürgen Aschoff qui publie dans la revue *Science*, en 1965, un article retentissant sur la notion d'horloge interne<sup>759</sup>. Il synthétise des données de laboratoire ainsi que des expérimentations humaines sur la privation de lumière et de repères de temps ayant pour effet des phénomènes de désynchronisation ou de dissociation<sup>760</sup>. Au sein de ce cycle, l'alternance veille-sommeil joue un très grand rôle pour l'équilibre et la performance de nombreuses fonctions. De ce point de vue, les troubles du sommeil constituent tout un champ de la pathologie psychiatrique de l'enfant en développement. Un chapitre est toujours consacré dans les manuels à ces troubles en tant que tels<sup>761</sup>. Les troubles du sommeil et leurs traitements sont aussi l'objet d'une attention croissante dans les grands syndromes pédopsychiatriques. Ils sont alors considérés comme des comorbidités. Dans l'autisme contemporain, le sommeil est perturbé dans au moins la moitié des cas<sup>762</sup>. Insomnie (difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes) et parasomnie (bruxisme, somnambulisme, cauchemars) génèrent un sommeil de médiocre qualité qui accentue les troubles de l'autisme observés en journée, et grèvent le fonctionnement mental général.

Nous faisons l'hypothèse d'un lien privilégié entre la pathologie envisagée à travers la notion de développement et l'attention portée aux troubles du sommeil. Ce qui relie ces deux mouvements tient à la notion de développement en général et de rythme en particulier. Le rythme permet de scander le temps du développement, il constitue en quelque sorte un temps développemental récurrent. Cependant, son échelle reste celle d'un jour, d'une semaine, d'un mois voire, chez l'adulte, éventuellement de l'ordre de l'année si l'on considère le rythme saisonnier, dans la dépression par exemple. Le développement

759 Aschoff 1965.

760 Entendu comme un nouvel état d'équilibre et de synchronisation biologique.

761 Voir par exemple De Ajuriaguerra 1970b.

762 Amaral/Dawson/Geschwind 2011, 431-444.

dans son ensemble se lit à des échelles variées, le rythme lui donne une vitalité particulière puisqu'il bat de manière auto-génératrice, tel le rythme cardiaque.

### Le mouvement fluctuant du symptôme en psychiatrie

C'est une spécificité de la psychiatrie, les symptômes mentaux sont tous susceptibles de fluctuer pour un même patient, une même maladie, dans une même journée ou une même semaine. Cette variabilité est parfois associée à une sensibilité à l'environnement. Elle est aussi inhérente au fonctionnement psychique. Une confusion est sans doute facilement à l'œuvre devant un phénomène qui varie en lui-même au cours du temps : on aurait tendance à, et vite fait d'imputer cette variation, voire le symptôme lui-même, à un effet de l'environnement. La distinction est possible sur le plan méthodologique à condition de consacrer un temps suffisamment long à l'observation des symptômes. Les symptômes reviennent, ce qui n'interdit pas d'identifier les facteurs favorisants, leur retour ou leur intensité. Une conséquence pratique à cette loi de la clinique psychiatrique est pour certains praticiens de ne jamais poser un diagnostic, et encore moins de prescrire un traitement, au décours d'une seule consultation.

Est-ce à rebours de ce mouvement fluctuant, ou pour le juguler au sein de la tradition médicale, que des auteurs psychiatres classiques proposent des monographies où l'on peut trouver un chapitre dédié à l'histoire naturelle de la maladie ? La psychiatre britannique Lorna Wing, spécialiste de l'autisme, propose à l'attention d'un lectorat professionnel une histoire naturelle de l'autisme qui distingue par tranches d'âge successives les formes que peut exprimer le « continuum autistique »<sup>763</sup> au cours du temps. Expression changeante au point que le « diagnostic peut présenter des difficultés à ceux qui sont seulement familiers des descriptions de comportement chez des enfants entre 2 et 5 ans où l'on trouve le plus d'autisme typique »<sup>764</sup>.

763 Wing L. 1990.

764 Wing L. 1990, 19.

Cinq périodes sont individualisées : la première année de vie, la jeune enfance de 2 à 5 ans, la grande enfance de 5 à 10 ans, l'adolescence et la vie adulte. D'ailleurs, l'ensemble de l'ouvrage auquel nous nous référons se trouve séquencé par tranches de vie pour traiter de la prise en charge de l'autisme en 1990.

La prise en compte de la première année de vie de cette histoire pourrait nous étonner dans la mesure où aucun signe n'est spécifique ni même significatif (bébé trop calme ou trop irritable ou rien à signaler). À la période de 2 à 5 ans, le tableau clinique classique de l'autisme apparaît. Ensuite, le développement est variable selon les domaines et les enfants. L'adolescence peut correspondre à une recrudescence des comportements autistiques qui compliquent l'intégration sociale. Des complications psychiatriques peuvent survenir à cet âge et chez le jeune adulte (dépression notamment). Le passage à la vie adulte ouvre la voie à une plus grande coopération sociale générale. Les contrastes sont forts entre les capacités des personnes et les difficultés d'interaction sociale qui empêchent de les développer. Le principe de l'histoire naturelle est bien de présenter un tableau clinique évolutif qui traduit cependant une même maladie, quand la médecine n'intervient pas pour en enrayer son cours. L'âge de début des troubles en est normalement le point de départ. Son importance a conduit certaines recherches à visée nosographique à préférer distinguer les psychoses de l'enfant selon ce critère plutôt que selon la nature des symptômes<sup>765</sup>.

Une nouvelle manière de prendre en compte le développement dans la clinique psychiatrique a été proposée en 2017 dans un éditorial d'une grande revue internationale de psychiatrie de l'enfant, le *Journal of child psychology and psychiatry* (JCPP), avec l'introduction du concept de « chronogénéité »<sup>766</sup>, néologisme formé par la contraction de chronologie et hétérogénéité, c'est-à-dire par la conjonction de la prise en compte de l'évolution dans le temps des symptômes (chrono-) et de la diversité symptomatique (hétérogénéité). L'évolution dans le temps serait ainsi au premier plan pour expliquer la variété des formes

765 Prior/Perry/Gajzago 1973.

766 Georgiades/Bishop/Frazier 2017.

cliniques. Concernant l'autisme, les auteurs remettent en cause l'approche catégorielle et synchronique (*cross-sectional*) jugée inapte à retranscrire la nature dimensionnelle des troubles, les différences inter-individuelles de la même maladie ainsi que les différences intra-individuelles. Afin d'aborder la complexité dynamique des symptômes et la variation des comportements au cours du temps, les conceptions cliniques devraient surtout s'appuyer sur la recherche longitudinale. La chronogénéité ainsi envisagée possède trois caractéristiques : la variabilité clinique au cours du temps concernant l'ensemble du groupe auquel appartient le patient ; la variabilité clinique au niveau individuel ; la variabilité clinique au cours du temps au niveau individuel par rapport à la trajectoire du groupe. Cette dernière variabilité peut être le lieu de sauts de trajectoire, de tournants qui font passer un patient d'un groupe homogène à un autre. Une autre manière de suivre en continu la trajectoire discrète de chaque cas singulier selon un modèle général du développement. La grande hétérogénéité des profils cliniques au sein de l'autisme infantile y trouve une solution conceptuelle pour tenter de sauver l'élargissement nosographique maximal que représentent les TSA (voir chapitre 10). Cette solution peut également s'appliquer à d'autres entités nosographiques de la psychiatrie à partir d'une perspective centrée sur le développement.

### À propos du développementalisme

Nous proposons de nommer *développementalisme* une théorie de l'épistémologie médicale qui aborde son objet à travers le prisme de la notion de développement. Elle n'est bien sûr jamais nommée comme telle ni simplement explicitée quand elle est à l'œuvre. Sans doute commence-t-elle à infuser dès lors que le développement est considéré comme s'étendant bien au-delà de l'enfance. Les psychologues du développement, à l'instar de tout spécialiste qui a tendance à rapporter une question à son domaine ou à son abord particulier, élargissent le développement à d'autres périodes que celle de la mise en place des différentes fonctions physiques et mentales de l'être humain.

En effet, de la fécondation à la mort, l'homme étant en perpétuel état de transformation – il évolue, il involue, il compense – la psychologie du développement entend étendre son champ d'investigation à la vie entière. Bideaud, Houdé et Pedinielli se refusent ainsi à limiter le développement à la seule enfance, « embrassant l'empan du devenir de l'homme, de la vie fœtale à la mort »<sup>767</sup>.

Appliquer la notion de développement à la vie entière semble garantir à l'existence une continuité malgré ses transformations. Il en est ainsi de la vieillesse qui, en dépit de ses involutions, reste d'un certain point de vue une période de développement. Les amoindrissements peuvent être en partie compensés par des « surdéveloppements ». Nous ajouterions volontiers : dans les bons cas ! Car ces involutions doivent la plupart du temps attirer l'attention afin de susciter des compensations environnementales et humaines qui valent comme suppléances. Cependant, ce développement est considéré dans les gains accumulés mais aussi dans les pertes admises. L'embryogenèse et le développement du cerveau montrent par exemple des pertes normales qui correspondent à une forme de différenciation et de spécialisation des structures dans une marche vers la maturité. De l'autre côté de la vie, l'espérance de vie augmentée offre l'occasion d'une étude plus fine du sujet âgé et de ses possibilités de remaniement. Nous pourrions ajouter l'émergence des maladies chroniques qui ont porté le regard vers l'évolutivité des symptômes et l'importance de parvenir à un équilibre, une stabilité dans le temps et dans la maladie, et malgré la maladie.

Toutefois, une difficulté d'importance apparaît à élargir ainsi la notion de développement et son application à la médecine. Parle-t-on encore de la même chose quand on considère les transformations de l'enfance et celles de l'adulte ? N'est-ce pas rabattre de manière excessive, voire induite, un organisme *développé*, qui peut certes viser l'approfondissement d'un domaine, sur un autre *développant*, qui met en place les structures fondamentales de sa future maturité ? De plus, l'emploi de la notion

767 Bideaud/Houdé/Pedinielli 1994, 2, 22.

de développement en psychiatrie de l'enfant et en psychiatrie de l'adulte semble aller dans le sens d'une conciliation de ces deux spécialités. S'intéresser au devenir des pathologies de l'enfant d'un côté, et de l'autre retrouver les antécédents infantiles des pathologies de l'adulte. Or le pont entre les deux n'est pas complet. Les pathologies psychotiques de l'enfant ne donnent pas nécessairement des pathologies psychotiques à l'âge adulte, et la majorité des pathologies psychotiques de l'adulte n'a pas pour origine développementale des pathologies psychotiques de l'enfant. Du coup, le développement ne semble pas pour tous les auteurs le bon angle d'analyse, même dans la recherche des facteurs biochimiques et neurobiologiques. Fish l'exprime en ces termes dès 1977 par un constat toujours actuel :

Les troubles neurointégratifs sévères de l'enfance circonscrivent un *continuum* biologique de vulnérabilité génétique, allant de la schizophrénie chronique aux troubles sévères de la personnalité au sein d'un spectre schizophrénique. Jusqu'à présent aucun trouble majeur neurologique, psychologique ou comportemental n'a été rapporté dans les histoires infantiles des patients schizophrènes ou maniaco-dépressifs. Comme les décalages de développement sans retard de croissance se produisent dans de nombreuses pathologies très différentes les unes des autres, de l'absence de trouble psychiatrique aux troubles modérés de l'adulte, j'ai l'impression que la notion de développement seule est trop large et trop peu spécifique pour circonscrire les antécédents biologiques les plus discrets de la schizophrénie et de la psychose maniaco-dépressive. Des mesures biochimiques ou neurophysiologiques plus spécifiques seront probablement nécessaires pour identifier les antécédents biologiques de ces troubles<sup>768</sup>.

Par ailleurs, la perspective développementaliste oriente les recherches vers la mise en évidence d'une spécificité développementale associée à la maladie. Un article de Marion Leboyer paru dans le JADD en 1988, « *Is autism associated with anomalous dominance ?* », tente de lier autisme et théorie du développement de la « dominance anormale »<sup>769</sup>. Le profil standard, et donc normal, de dominance, consiste en une

768 Fish 1977, 1312.

769 Leboyer *et al.* 1988.

structure anatomo-fonctionnelle donnée du cerveau : structures périsylvienne gauche plus larges ainsi qu'une forte dominance hémisphérique gauche intéressant la latéralité (main droite) et le langage. La dominance anormale est le défaut de cette asymétrie ou son inversion. Pourquoi suspecter une dominance anormale dans l'autisme ? Parce qu'une association statistique a été retrouvée entre cette particularité du développement cérébral et certains troubles d'apprentissage, et certaines maladies auto-immunes. La clinique des troubles apparaît dans ce type d'étude tout à fait secondaire. Le développement devient le terrain d'analyse de la recherche des causes, pour l'heure sans succès.

En fait, le terme de développementalisme a déjà été utilisé, et par l'un de ses plus grands thuriféraires, Gesell. Ce dernier s'explique dans la postface de son ouvrage consacré au développement de l'enfant de 5 à 10 ans<sup>770</sup>. C'est une vision de l'enfant, et en fait de l'humanité tout entière, construite dans le contexte de la Seconde Guerre mondiale. On y retrouve une ode à l'antifascisme tandis qu'est souligné le respect de l'individualité de l'enfant ainsi que la reconnaissance des relativités dans le cycle de la vie. On y retrouve également une ode à l'antimilitarisme. Selon Gesell, une meilleure compréhension des enfants aboutira à une meilleure compréhension entre les hommes. Pour y parvenir, il promeut sa science mâtinée de philosophie, qui pense en termes de développement et de maturité croissante. Son application doit servir l'éducation apportée aux enfants et *in fine* des buts politiques : « Le développementalisme est en harmonie avec l'esprit démocratique »<sup>771</sup> et améliore les rapports humains. Les lois qui régissent le développement sont établies « par la science et par toujours plus de science »<sup>772</sup>.

Autre contexte déterminant pour le développementaliste Gesell, l'apparition de l'ère atomique. Il compare en effet les forces internes qui dirigent l'homme et l'atome. « La nature de l'homme est presque aussi terrifiante que l'atome libéré. »<sup>773</sup> Dès lors, la culture doit exercer un contrôle sur la nature par

770 Gesell/Ilg 1999 [1949], 479-481.

771 Gesell/Ilg 1999 [1949], 480.

772 Gesell/Ilg 1999 [1949], 480.

773 Gesell/Ilg 1999 [1949], 479.

une connaissance plus étendue de ses lois. La dimension morale est au premier plan et le temps presse. Gesell n'en appelle pas moins à une nouvelle science de l'homme qui, s'appuyant sur une « hérédité saine » et une « direction adéquate », rend possible la « perfectibilité future de l'humanité »<sup>774</sup>. Le ton se fait finalement religieux quand il s'agit d'« apporter dans toutes les maisons une philosophie du développement des soins à donner aux enfants, prenant racine dans les découvertes scientifiques »<sup>775</sup>. Pas un mot en revanche sur l'*hubris* de la science elle-même. La confiance est totale – et cette nouvelle science semble l'être tout autant, ce qui justifie probablement la création de ce néologisme à terminaison en -isme que Gesell tient pour sa philosophie. Nous pourrions sans doute comparer cet élan à ceux d'un Comte enthousiaste quant à ses ambitions scientifiques à portée générale. Enfin, l'élargissement considérable de la notion de développement à tous les âges de la vie peut évoquer le retentissement de l'idéologie états-unienne du *self-made man*. En effet, nous pouvons y lire une capacité permanente à mobiliser des ressources personnelles afin de s'adapter aux conditions extérieures et à construire sa propre réussite. Finalement, « croire qu'il existe en chacun de nous un potentiel inexploité qui à tout âge peut s'actualiser, c'est rester en développement »<sup>776</sup>, proclament les psychologues du développement.

Les psychoses de l'enfant traduites en TED placent le développement au premier plan pour penser la pathologie. Cette assimilation ne manque pas d'arguments et d'intérêts. L'enfant est un être en développement, ce qui l'affecte peut en toute logique entamer son développement. Tout trouble grave de l'enfant peut même être perçu comme un trouble du développement, fût-il envahissant. On peut se demander si la notion de développement, appliquée aux psychoses de l'enfant, n'a pas émergé avec succès à partir de l'étude du langage qui s'est largement étendue durant les années 1970. Le langage figure lui-même un bon médiateur entre développement et évolution.

774 Gesell/Ilg 1999 [1949], 481.

775 Gesell/Ilg 1999 [1949], 480.

776 Bideaud/Houdé/Pedinielli 1994, 554.

La figure de l'enfant sauvage en est une excellente illustration<sup>777</sup>. Quand le développement est convoqué, nous ne sommes jamais loin d'une idée particulière de la nature comme force motrice, complexe et mystérieuse. Il s'agit de mieux la connaître pour faire avec elle, une fois ses lignes identifiées, le dynamique et le génétique reconnus. « Aussi, la Nature accomplit l'essentiel de l'œuvre, et vous invite simplement à la seconder. »<sup>778</sup>

Le mérite du développement est d'attirer l'attention sur la nécessité d'un accompagnement prolongé et continu des patients, caractéristique des soins prodigués par la médecine pédopsychiatrique. C'est sans doute ce qui en fait une médecine du développement. L'étude du développement trouverait un écho dans le développement de cette étude. Au-delà du jeu de mots et de l'inversion percutante des termes, les psychologues du développement font de leur objet la cause d'une démarche scientifique modeste. Les conceptualisations et les méthodes employées sont très sensibles au contexte scientifique général d'une époque. En référence à la philosophie des sciences de Karl Popper, la science est en marche et se développe. Cependant, les auteurs restent prudents : « La conscience de la relativité de notre savoir est le fil directeur, le leitmotiv qui court tout au long de l'ouvrage »<sup>779</sup>. Le développement est donc aussi du côté de l'évolution des savoirs et donc de l'humilité scientifique, loin du développementalisme d'un Gesell. Nous retrouvons cette mise en abyme du développement, comme objet, de l'objet et de la science elle-même, dans l'épistémologie génétique de Piaget.

Mais dans les psychoses de l'enfant, est-ce bien le développement en tant que tel qui est atteint ? S'il est toujours indirectement touché, par le truchement des capacités et des potentialités entravées, l'est-il directement ? Fondre les psychoses de l'enfant dans le vaste ensemble des troubles du développement correspondrait à identifier une pathologie par ces effets évolutifs<sup>780</sup>,

777 Craus 2019.

778 Gesell/Ilg 1999 [1949], 15.

779 Bideaud/Houdé/Pedinielli 1994, 25.

780 Notons que le traitement doit nécessairement prendre en compte les effets sur le développement : les médicaments antipsychotiques requièrent la surveillance de la courbe staturale-pondérale.

diachroniques ou chronobiologiques. La notion de développement s'opposerait-elle à celle d'histoire ? Bien que ce dernier terme se retrouve dans l'histoire naturelle de la maladie, il fait d'abord référence au passé et à une remémoration, ainsi dans l'anamnèse des troubles. L'histoire s'écrit, du côté d'une subjectivité assumée, parfois par le biais d'un récit. Cet abord constitue également une tradition dans le champ psychiatrique, nous le trouvons dans la littérature en langue anglaise sous la forme de récits à la première personne. *A contrario*, le développement est tourné vers le futur, il se déroule selon un programme, c'est-à-dire selon une écriture déjà en grande partie écrite. Nous pourrions également placer la discussion d'une histoire qui s'opposerait au développement, du côté de l'épistémologie proprement dite de la psychiatrie. German E. Berrios, qui en propose une histoire conceptuelle, défend l'idée d'un développement historique de la psychiatrie. Ainsi, les notions cliniques ne sont pas simplement contingentes ou dépendantes de facteurs contextuels qu'il faut néanmoins prendre en compte pour comprendre leur découverte. Par exemple, le concept de dépersonnalisation est selon lui très stable dans le temps en termes de validité et de fiabilité, pour reprendre les critères scientifiques modernes<sup>781</sup>.

Le développement s'accorde très bien en tout cas avec une conception relationnelle de la psychopathologie, comme le professe Ajuriaguerra qui sait réconcilier développement et histoire :

C'est dans la confrontation entre « un homme tout fait » ayant plus ou moins bien utilisé son potentiel et l'enfant « en train de se faire » utilisant sa mécanique, que se trouve la réalité de l'ontogenèse. Il est impossible de connaître la psychologie de l'enfant en méconnaissant celle de l'adulte qui participe à sa formation. L'enfant créé est actif dans son développement. Il porte en lui son futur, offert par la nature, mais malgré ses limitations, il est créateur du présent successif. C'est à partir d'une ébauche que l'enfant devient un « être humain » ; c'est à partir de la mécanique, des monologues que l'homme devient dialoguant, c'est-à-dire présence avec et dans l'autre. C'est dans ce dialogue et grâce à une certaine fixité du code génétique qu'à partir d'une prospective générale, il créera,

781 Sierra/Berrios 1997.

avec l'aide de l'environnement, son propre projet. Ce n'est pas sans raison que l'on a pu dire que l'enfant est père de l'homme (Wordsworth). Il faut apprendre à lire cette leçon de choses que nous offre l'enfant dans ses métamorphoses afin d'ouvrir la voie à une histoire naturelle de l'homme<sup>782</sup>.

Développement et évolution ont partie liée. Les psychologues du développement rappellent à l'envi que Darwin, père de la théorie de l'évolution des espèces, réalisait parallèlement à ses travaux des observations très fines de son fils Doddy<sup>783</sup> : étude de l'enfant d'un côté, étude de l'évolution de l'autre. Dans le champ de la philosophie de la biologie, le développement et l'évolution se font face comme l'ontogenèse et la phylogenèse. Cependant, la recherche scientifique tend à les réunir dans un même courant que les philosophes de la biologie nomment évo-dévo. Alors que la biologie développementale s'interroge sur ses propres théories<sup>784</sup>, une psychiatrie développementale pourrait s'inspirer avec profit de cette démarche et de ses premiers résultats en philosophie des sciences. Le développement pourrait ainsi constituer un pont entre philosophie de la biologie et philosophie de la psychiatrie et *in fine* entre la biologie et la psychiatrie elles-mêmes.

782 De Ajuriaguerra 1976, 42.

783 Bideaud/Houdé/Pedinielli 1994, 15.

784 Minelli/Pradeu 2014, 1-14.

## Chapitre 10

### **Le concept de spectre pour l'autisme**

Le déploiement de l'autisme de l'enfant est contemporain de l'application d'un nouveau concept nosographique, le spectre, introduit par le DSM-5 en 2013. L'influence mondiale de ce manuel, ainsi que ses liens de réciprocité avec la communauté des chercheurs qui publient dans les grandes revues internationales valorisées par facteur d'impact, entraînent une utilisation hégémonique du terme de spectre en pratique clinique. Deux champs nosologiques sont concernés, la schizophrénie et l'autisme. Cette utilisation tout à la fois récente et généralisée interroge. Quels en sont les raisons les plus probantes et les effets les plus saillants ? Le cas de l'autisme infantile est particulièrement frappant avec une prévalence considérablement accrue du fait de la nouvelle appellation de TSA. Son étude gagnera à s'appuyer sur celle de la schizophrénie qui a connu en même temps la même introduction lexicale. Pour autant, cette notion de spectre figure-t-elle un véritable concept orientant durablement les approches cliniques, de recherche et finalement thérapeutiques de la psychiatrie ? En quoi la notion de spectre modifie-t-elle les rapports du normal et du pathologique en psychiatrie aujourd'hui ?

#### **Introduction du spectre en psychiatrie**

Pour approcher ce qu'il faut entendre par spectre dans le champ de la psychiatrie, nous pouvons nous aider des définitions qui prévalent en médecine et en physique. En médecine, l'infectiologie utilise ce terme à propos d'un antibiotique

qui exerce son action sur une partie de la flore microbienne, ce qui revient à souligner l'étendue de cette action. On parlera d'un antibiotique à large spectre lorsqu'il s'attaque à de nombreuses bactéries de nature et de sensibilité différente. En d'autres termes, c'est la pluralité de l'action que représente ici le spectre. En physique, deux grandes acceptions peuvent être prises en compte. D'une part, le spectre figure un graphique donnant la répartition dans l'espace d'une grandeur physique ou la composition d'un rayonnement en fonction de la longueur d'onde de ses constituants. Il en est ainsi du spectre infrarouge. D'autre part, le spectre se définit par une image colorée produite par la décomposition de la lumière : un rayon de lumière blanche est divisé par le prisme en plusieurs rayons de couleur différente ; il s'étale en un spectre où les couleurs forment une gamme continue. Nous retrouvons ici l'idée de la continuité entre les différentes composantes d'une même entité.

En prolongeant la comparaison, nous pouvons nous demander de quel prisme le spectre en psychiatrie se prévaut pour prétendre refléter une même entité nosologique. Ce prisme pourrait être le même opérateur qui permettrait de passer du génotype au phénotype. En effet, le spectre est intrinsèquement associé à la génétique et à une hérédité. Un ouvrage collectif de 1968 édité par David Rosenthal et Kety, *La transmission de la schizophrénie*, fait référence en la matière<sup>785</sup>. Il concentre les résultats de recherche et leurs hypothèses sur l'étiologie héréditaire qui mobilise à la fois les données génétiques et l'histoire familiale. D'ailleurs, les premières recherches s'appuyant sur la notion de spectre s'intéressent aux membres de la famille d'un malade qui, sans développer la maladie, présenteraient des caractéristiques communes avec le malade, considérées alors comme des signes *a minima* dont le partage signalerait une communauté anormale<sup>786</sup>.

Alors que la notion apparaît pour la première fois de manière officielle dans le DSM-5, elle n'y est étonnamment pas explicitée. Pourtant, à chaque version de ce manuel édité par l'Association

785 Rosenthal/Kety 1968.

786 Holzman 1974.

américaine de psychiatrie, de nombreux compléments apportent, tel un appareil critique, des justifications aux changements effectués d'une version à l'autre, en retraçant notamment l'évolution de leur démarche classificatoire. Dans le DSM-5, un glossaire des termes techniques précise même ce qu'il faut entendre par « signe », « symptôme » et « syndrome ». Le signe est une manifestation objective observée par un examinateur, par opposition au symptôme défini comme une manifestation subjective avant tout rapportée par l'individu affecté. Un syndrome associe signes et symptômes dont le regroupement est justifié par la fréquence de leur conjugaison simultanée, ce qui pourrait suggérer la même genèse, la même évolution, le même « profil familial » ou le même traitement. Quid de la notion de spectre alors ? Elle n'apparaît pas dans le glossaire, bien qu'utilisée dans des chapitres aussi importants que ceux consacrés à la schizophrénie et à l'autisme infantile. Il faut alors mobiliser *The conceptual evolution of DSM-5*, édité par la *task force* américaine des années 2010 et non traduit en français, pour se donner quelque idée de « l'évolution conceptuelle » du nouvel opus<sup>787</sup>.

Il se trouve que la notion de spectre appartient aux débats internes de la psychiatrie aux États-Unis entamés avec les années 1970, période à laquelle se discutent différentes théories de la maladie mentale qui aboutira finalement à une nouvelle manière d'envisager la nosographie avec la fameuse parution en 1980 de la troisième version du manuel des troubles mentaux, le DSM-III, qui se veut « a-théorique »<sup>788</sup>. C'est au sujet de la schizophrénie, maladie mentale qui attire le plus l'attention à cette époque, qu'est questionnée sur les plans théorique et pratique la notion de spectre. Walter Reich, psychiatre au laboratoire de psychologie de l'Institut national de santé mentale à Bethesda (Maryland), après des études de philosophie à l'Université Columbia et des études médicales à New York, publie les premiers articles sur le spectre comme concept et sur ses dangers en pratique clinique<sup>789</sup>. Reich est connu pour

787 Regier *et al.* 2011.

788 APA 1980, 7.

789 Reich 1975.

être un grand défenseur des droits humains dans le domaine de la psychiatrie ; il a notamment dénoncé les abus de l'utilisation de la psychiatrie en Union soviétique<sup>790</sup>. Récipiendaire en 2003 d'une distinction honorant la liberté et la conscience dans le domaine des sciences conférée par l'Association américaine pour le progrès de la science, il dirigera en outre le United States Holocaust memorial museum de Washington, lui né en Pologne durant la Deuxième Guerre mondiale.

Reich critique les implications théoriques et pratiques du concept de spectre<sup>791</sup> à une époque où les cliniciens américains utilisent le DSM-II, paru en 1968, qui abandonne la notion de réaction pour décrire les maladies mentales, figure angulaire de la classification du DSM-I.

### Introduction contemporaine du spectre en psychiatrie

Une grande opposition structure les débats concernant la classification de nosographie psychiatrique. Alors que le DSM-III prend résolument le parti en 1980 d'une approche catégorielle, le DSM-5 de 2013 ouvre le système classificatoire à une approche dimensionnelle, sans pour autant exclure la première. Cette dernière envisage la classification nosographique par catégorie diagnostique. Un état clinique doit répondre à un certain nombre de critères listés pour prétendre au diagnostic catégoriel. La validation du critère est binaire (présence-absence). Certains critères sont nécessaires, mais la plupart ne le sont pas. C'est l'accumulation de critères validés qui permet la validation du diagnostic. Ici, la quantité ne se mêle à la qualité qu'à demi, nous parlerons donc d'approche semi-quantitative. À l'opposé, le spectre représente une dimension, ou bien se compose de différentes dimensions, qui ne sont pas spécifiques d'une catégorie diagnostique. Une dimension est un symptôme ou un ensemble de symptômes non spécifiques, transcendant les catégories

790 Reich 1983. Il concourt à l'exclusion de l'URSS de l'Association mondiale de psychiatrie en 1977.

791 Reich 1976.

diagnostiques – d'où le qualificatif de « trans diagnostique » – qui peut se quantifier selon son intensité. Cette approche dimensionnelle répond à une critique de l'approche catégorielle accusée de générer d'une part une trop grande comorbidité, et d'autre part des diagnostics résiduels dits non autrement spécifiés. En effet, plusieurs mêmes diagnostics apparaissent fréquemment associés. Citons, pour exemple, l'association trouble de la personnalité antisociale, les troubles des conduites, l'addiction. D'autre part, la catégorie NOS est utilisée fréquemment pour un état qui répond au grand cadre diagnostique mais ne répond pas à un sous-type particulier.

Pendant l'élaboration du DSM-5, un groupe d'étude dédié au spectre a identifié onze « indicateurs »<sup>792</sup> qui orientent le choix de regroupement et la focalisation trans diagnostique : substrats neuronaux partagés, traits familiaux, facteurs de risque génétique, facteurs de risque environnementaux spécifiques, biomarqueurs, personnalité antérieure, anomalies de traitement émotionnel et cognitif, similitude des symptômes, évolution de la maladie, forte comorbidité, réponse au même traitement. Ainsi, sans réduire l'une à l'autre, la notion de spectre renvoie à l'approche dimensionnelle introduite au même moment dans l'histoire des classifications psychiatriques. Appliquer la notion à des emblèmes du diagnostic catégoriel tels que la schizophrénie et l'autisme infantile est une tentative de combiner les approches dimensionnelle et catégorielle afin de mieux rendre compte de la réalité clinique, au risque d'une confusion méthodologique. En corollaire de la continuité et des valeurs quantitatives d'une dimension, il s'agira alors de déterminer les seuils à partir desquels nous entrons dans le pathologique<sup>793</sup>.

Le concept de spectre tend à instaurer une approche quantitative particulière de la symptomatologie clinique. Les examens biologiques en médecine offrent des arguments quantitatifs purs. Citons simplement le diabète et le taux de glycémie. Certaines mesures corporelles permettent également une évaluation quantitative stricte ; c'est le cas de l'hypertension

792 APA 2013, 12.

793 Kendler/Parnas 2012, 285-297.

artérielle avec la mesure de la pression artérielle, ou encore de la fièvre avec la mesure de la température corporelle. Mais sur le plan des symptômes qui font appel à l'observation clinique, tout juste peut-on s'appuyer sur des valeurs semi-quantitatives. L'exemple typique est l'échelle d'évaluation de la douleur qui cote de zéro à dix l'intensité de la douleur à partir d'une auto-évaluation du patient.

Le spectre semble émerger à la fin des années 1990 à partir d'une collaboration italo-américaine soucieuse de pouvoir enfin s'appuyer sur des outils quantitatifs<sup>794</sup>, préfiguration d'une réglette concernant son domaine d'application. Ainsi serait-on plus ou moins autiste. Certains cliniciens parlent d'autismes légers. Une forme modérée se comprend aisément : c'est une forme commune, moyenne au sens statistique. Une forme sévère attire l'attention sur les conséquences de la maladie du côté du handicap, et d'une difficulté également à soigner. Mais en ce domaine le léger existe-t-il ? Peut-on être légèrement malade ou légèrement dans une situation pathologique ? Canguilhem posait déjà la question dans sa thèse : « L'état pathologique n'est-il qu'une modification quantitative de l'état normal ? »<sup>795</sup> Pour y répondre, il reprenait deux théories opposées de la maladie. D'une part, une représentation ontologique circonscrit le mal dont souffre le malade – comme c'est le cas dans la théorie microbienne des maladies contagieuses. D'autre part, une conception dynamiste ou fonctionnelle évoque la maladie comme dysharmonie, rupture d'un équilibre antérieur. On peut se demander si le spectre ne parvient pas à conjuguer les deux. En effet, celui-ci est réputé réunir des situations cliniques issues d'un même fond génétique, voici le déterminant commun circonscrit et responsable. Mais, dans le même temps, la pathologie placée sur un éventail de possibilités constitue une forme de déséquilibre sur l'échantillon, l'équilibre parfait étant représenté par l'une des deux extrémités du spectre – le degré zéro de la pathologie. En fait, le spectre inscrit lui-même un équilibre qui se perd peu à peu via des états pathologiques variés. Canguilhem évoque

794 Pour un argumentaire complet, voir : [www.spectrum-project.org](http://www.spectrum-project.org)

795 Canguilhem 1966 [1943].

des théories polémiques au sens où la première, ontologique, met en scène une lutte de l'organisme contre l'extérieur tandis que la seconde, dynamiste, voit se jouer une lutte intérieure.

Or la théorie du spectre a pour déterminant principal un agent intérieur, le génotype, et conceptualise les états cliniques au sein du spectre comme autant d'équilibres variés. Le spectre constitue en lui-même un équilibre entre des états pathologiques et non encore pathologiques. Être dans le spectre, est-ce être pour autant pathologique ? Derrière cette question brûlante se pose une double question : être dans le spectre ou pas, et à quel niveau ? Autrement dit, la question sera repoussée et reposée : à quel niveau du spectre considère-t-on le pathologique ? Il est clair que l'appartenance au spectre n'est pas superposable au pathologique. La notion permet même de s'en abstraire, au point d'ouvrir une ambiguïté quant au caractère proprement pathologique de l'état clinique en question. La question du niveau renvoie à l'utilisation d'échelles et de variables quantitatives ou semi-quantitatives qui pourrait donner, tel un thermostat, un degré sur l'échelle du spectre. La mobilité sur le spectre ouvre la possibilité d'un passage d'une forme à une autre, et en particulier à une forme atténuée. Le spectre figure donc un intermédiaire entre normal et pathologique, pouvant englober une partie de l'un et l'ensemble de l'autre, adoucissant l'opposition entre normal et pathologique, repoussant la dichotomie entre malade et non malade.

En instaurant un autre rapport entre le normal et le pathologique, et un autre rapport entre la quantité et la qualité, le concept offre aussi un nouveau rapport particulier entre ces deux paires d'opposés entre elles. Reprenons le raisonnement de Canguilhem à propos du rapport entre quantité et qualité :

La quantité c'est la qualité niée, mais non la qualité supprimée. La variété qualitative des lumières simples, perçues par l'œil humain comme couleurs, est réduite par la science à la différence quantitative de longueurs d'onde. Hegel soutient que la quantité, par son accroissement ou sa diminution, se change en qualité. Cela serait parfaitement inconcevable si un rapport à la qualité ne persistait encore dans la qualité niée qu'on nomme quantité<sup>796</sup>.

796 Canguilhem 1966 [1943], 66.

Par analogie, le spectre serait le pathologique nié, non le pathologique supprimé. Une forme particulière du normal appartient déjà au spectre (état non pathologique du spectre) et peut évoluer vers un état pathologique par déplacement sur le spectre. De même, cela serait inconcevable si un rapport au pathologique ne persistait encore sur tout le spectre y compris sur son segment non pathologique, autrement dit normal. À supposer qu'une variable quantitative permette de placer le curseur sur le spectre pour qualifier un état clinique, le risque est grand de voir niée la qualité des différents états susceptibles d'appartenir au spectre. Ainsi en serait-on réduit à qualifier tel tableau clinique de plus ou moins autiste ou plus ou moins schizophrène.

Une autre réflexion de Canguilhem attire l'attention pour analyser plus avant la notion :

Quand donc on dit que santé et maladie sont reliées par tous les intermédiaires et quand on convertit cette continuité en homogénéité, on oublie que la différence continue d'éclater aux extrêmes, sans lesquels les intermédiaires n'auraient point à jouer leur rôle de médiation ; on mêle, inconsciemment sans doute, mais sans légitimité, le calcul abstrait des identités et l'appréciation concrète des différences<sup>797</sup>.

Le philosophe et médecin distingue bien ici la notion de continuité de celle d'homogénéité, et souligne l'erreur qui consisterait à les confondre. Le spectre sans doute, en exposant tous les intermédiaires possibles entre ses deux extrémités, répond à cette notion de continuité. Et tous les auteurs cliniciens soulignent bien l'hétérogénéité clinique du groupe que constituent les patients appartenant à un même spectre. Cependant, le spectre impose conceptuellement un fond commun à l'ensemble des états possibles, si bien que c'est bien l'homogénéité qui domine paradoxalement lorsqu'un spectre est évoqué. La différence n'éclate donc plus aux extrêmes. Un état clinique se retrouve d'abord dans le spectre avant que d'être plus avant qualifié et pointé comme coordonnée du spectre. Appartenir à un spectre, c'est partager un terme qui tend à placer différentes situations dans une forme d'équivalence<sup>798</sup>.

797 Canguilhem 1966 [1943], 67.

798 Craus 2022.

Le spectre se saisit ainsi mieux dans ses contours à partir de définitions comparatives, de l'histoire de son introduction en psychiatrie et d'un éclairage du normal et du pathologique étudiés par Canguilhem en 1943. Mais alors, comment comprendre qu'il ne soit pas défini dans le manuel mondialisé DSM-5 ? Oubli trahissant une notion trop difficile et trop vaste à saisir en quelques lignes de définition<sup>799</sup> ? Il s'agit en tout cas d'un concept engageant de nombreux présupposés, brassant d'autres notions et de nombreux débats que nous allons tenter de déployer.

### La composition du spectre

La notion de spectre en psychiatrie renvoie d'abord à celle de continuum, c'est à dire à l'idée d'un partage entre plusieurs états cliniques différents. Cependant, pour un auteur comme Reich, le spectre est un continuum particulier<sup>800</sup>. Cette dernière notion se décline en effet en fonction de ce que précisément des états cliniques différents partagent ; et ce partage diffère selon le regard et la théorie qui le portent. Des systémiciens qui s'appliquent à observer les dynamiques familiales trouvent des états psychiques variés au sein d'un même fonctionnement familial qui partagent des caractéristiques communes. Des psychanalystes américains issus de l'égo psychologie définissent la schizophrénie en termes de défaillance totale de l'égo. Tout un éventail clinique se déploie en fonction de la profondeur de cette défaillance fonctionnelle. Selon Reich, le spectre est un continuum génétique, c'est-à-dire héréditaire. Il s'agit donc avant tout d'une conception étiologique de la maladie. Plusieurs états cliniques différents partagent les mêmes déterminations génétiques. À partir de là, le geste classificatoire consiste à circonscrire des entités selon leur degré de parenté avec la maladie paradigmatique, à savoir ici la schizophrénie.

799 Le supplément « conceptuel » du DSM-5 (Regier *et al.* 2011) explicite en 2011 seulement deux aspects du spectre : la tentative d'introduire le dimensionnel dans le catégoriel et la perspective développementale.

800 Reich 1975.

Cette notion de continuum est intrinsèquement liée au double mouvement opéré par toute tentative classificatoire, à savoir séparer pour distinguer et relier pour assembler. L'origine génétique postulée des états cliniques constituant le spectre permet une nouvelle opposition. La spécificité génétique assure une origine organique et, dans le même temps, oblige à délimiter des frontières phénotypiques, expressions variables et seulement visibles<sup>801</sup>. Aux côtés des formes constituées se distinguent d'autres formes qui s'en approchent. Le suffixe -oïde permet de souligner la ressemblance en maintenant toutefois la distinction. Pour exemple, la schizoïdie ressemble à la schizophrénie, mais reste du côté des troubles de la personnalité sans atteindre le rang des pathologies schizophréniques dans une classification strictement catégorielle comme le DSM-III. Au sein d'une grande entité, on peut décliner différentes formes cliniques qui s'écrivent selon un qualificatif de l'entité. Dans le DSM-III, la schizophrénie peut ainsi être désorganisée, paranoïde, catatonique, indifférenciée ou résiduelle. Enfin, les formes atténuées ou légères peuvent être conceptualisées comme des signes prémonitoires, avant-coureurs, à considérer comme déjà pathologiques dans une perspective diachronique.

Par construction en psychiatrie, le continuum constitue un ensemble d'états cliniques continus qui, au sens mathématique, s'opposent au discret. Théoriquement, il existe toujours un état intermédiaire entre deux états contigus et une infinité d'états possibles sur le spectre. Son corollaire est une grande variété possible des états sur un même spectre et l'idée de la singularité de chaque cas ; deux états différents sauf exception. La différence est la règle malgré une même appartenance. L'idée de continuité peut se décliner selon deux axes. Le premier est spatial. Le spectre autorise que plusieurs patients à la symptomatologie différente partagent cependant la même catégorie. Le second est temporel et veut qu'un même patient puisse présenter des symptomatologies différentes selon l'époque tout en restant dans le spectre, soit du côté d'une aggravation, soit du côté d'une amélioration.

801 Kaplan 1972.

Le continuum spectral employé en psychiatrie semble advenir secondairement à des constructions nosographiques restreintes et proposer un élargissement à partir d'une forme initiale étroite. Il pourrait s'agir d'une forme pure ou, en reprenant la notion de Max Weber, d'un *idéal-type* qui, par définition, ne se rencontre pas dans la réalité mais qui porte un intérêt théorique certain. Bien que les traités de médecine n'en manquent pas, cette forme pure gêne particulièrement le médecin dont l'activité principale est d'avoir à faire avec la réalité du patient requérant attention et soins pour répondre à sa demande d'être aidé. Il préfère alors la forme dite *princeps*, qui détient des vertus didactiques pour le jeune apprenant. Elle permet de fixer un certain nombre de connaissances qui, si elles ne se rencontrent pas en un même cas, s'avèrent toujours utiles. L'exercice médical n'est-il pas toujours l'art de concilier et de considérer l'écart entre le savoir de la faculté et la pratique au lit du malade ?

Autre image issue de la chimie qui permet d'approcher cette entité première constitutive du spectre : une pathologie mère, à côté de laquelle des formes filles se déclinaient selon leur degré de dilution. Enfin, l'idée de noyau autour duquel différentes formes gravitent selon des liens contraires mais homéostatiques d'attraction-répulsion donne l'image issue de la physique d'une solidité conceptuelle, tel un roc qu'il ne viendrait à l'idée de personne de tenter d'entamer. Au sein de ces conceptions de la continuité du spectre, il existe d'autres raffinements. En employant une opposition anglo-saxonne classiquement efficace, Kety et Rosenthal distinguent deux cercles en fonction de leur proximité avec la schizophrénie comme entité première<sup>802</sup> : spectre étroit (*hard spectrum* où l'on trouve les formes les plus proches de l'époque, à savoir les schizophrénies chroniques et borderline) *versus* spectre élargi (*soft spectrum*) où l'on retrouve les formes tenues pour plus éloignées (épisode schizophrénique aigu, personnalités schizophréniques). Quelles que soient les conceptualisations de la continuité spectrale, chaque état en relevant peut se définir en fonction de l'entité première, selon la force de leur lien qu'il serait tentant

802 Rosenthal/Kety 1968.

de vouloir quantifier : effet de proportionnalité, lien statistique avec pourcentage de ressemblance ou de différence.

La notion de spectre évoque un terme très ancien en médecine, la diathèse, définie comme un « ensemble de symptômes et de troubles, de nature et de localisation diverses, atteignant un individu simultanément ou successivement, supposés avoir une origine commune »<sup>803</sup>. Cette première définition prudente se concentre sur la cause dont l'étude se nomme également, en médecine et en philosophie, étiologie. Elle glisse cependant facilement par métaphore vers l'« ensemble de signes, de phénomènes assimilés aux manifestations d'une maladie ». L'identité est alors perçue au niveau de la maladie elle-même. Un même glissement est possible à l'endroit du spectre. L'origine commune avancée dans les années 1970 est sans conteste une même base génétique sous-jacente. Cette base génétique commune n'étant que supputée, et dans l'ignorance de la forme qu'elle pourrait revêtir, un lien systématique est au moins avancé entre les constituants génétiques, une « interconnectivité »<sup>804</sup>. Une troisième acception figure par métonymie la diathèse comme « disposition », « tendance d'un organisme à répondre de façon pathologique à certaines stimulations »<sup>805</sup>. Nous retrouvons ici les grands débats de la psychiatrie autour de notions aussi diverses que centrées sur cette même idée de disposition particulière. Constitution, tempérament, caractère, personnalité ont été autant de tentatives pour appréhender cette idée<sup>806</sup> dont le spectre pourrait être une nouvelle forme. En tout cas, la notion de spectre comme diathèse inscrit l'origine commune de nature génétique et installe un modèle classique d'interactions gène-environnement, autrement et autrefois appelé « modèle diathèse-stress ». À la variété des formes cliniques, phénotypiques, répond une même vulnérabilité, génotypique. Sans pouvoir rendre compte des processus complexes permettant le passage de l'un à l'autre, le spectre pose un cadre autorisant leurs recherches.

803 <https://www.cnrtl.fr/definition/spectre>

804 Reich 1976, 12.

805 <https://www.cnrtl.fr/definition/spectre>

806 Craus 2013, 143. Voir également chapitre 8.

En 1976, Reich met en avant la grande valeur théorique du spectre comme principe organisationnel d'une nosographie. Il distingue deux approches médicales pour appréhender le pathologique<sup>807</sup>. D'une part, une approche nosologique décrit les symptômes et l'évolution du tableau clinique de manière à proposer une typologie. Son écueil principal réside dans la discontinuité des entités individualisées qui *de facto* se multiplient. En découle une inflation du nombre de diagnostics disponibles. D'autre part, l'approche étiologique se concentre sur une classification à partir de l'explication qui contient aussi bien les conditions initiales que les mécanismes conduisant à l'expression pathologique, que Carl Hempel et Oppenheim nomment « explanans »<sup>808</sup>. Est associé à cette tentative de classer selon les causes, et donc de livrer celles-ci dans une dimension psychopathologique entendue ici comme le correspondant psychiatrique du physiopathologique, l'intérêt d'embrasser la variabilité dans le temps d'un tableau clinique, autrement dit sa dynamique, inhérente à la clinique psychiatrique. Par opposition, la classification descriptive se révèle statique et fixiste. Selon Reich, la notion de spectre permet de combiner ces deux approches et de retirer le meilleur de chacune. Elle autorise à ne pas avoir à choisir entre l'absence de lien entre les catégories diagnostiques (approche nosologique) et la confusion de liens partiels et multiples (approche étiologique). Elle tente de répondre simultanément aux trois premières causes aristotéliennes<sup>809</sup>, la cause matérielle ou immanente (ce dont une chose est faite), la cause formelle (appelée également quiddité) et la cause efficiente.

Le développement des neurosciences et de la génétique depuis le début du 21<sup>e</sup> siècle suscite de nouveaux espoirs pour construire une nosographie étiologique en psychiatrie. L'Institut national de santé mentale des États-Unis a théorisé cette ambition dans un programme de recherche baptisé Research domain criteria (RDoC) project<sup>810</sup>. À des fins de recherche,

807 Reich 1976.

808 Hempel/Oppenheim 1948, 135.

809 Aristote 1909.

810 Kendler/Parnas 2012, 12-18.

il s'agit de classer autrement les troubles mentaux selon des comportements objectivables et des mesures neurobiologiques. La première étape de cette recherche du gène au comportement consiste à identifier les dimensions élémentaires du fonctionnement mental et leurs corrélats neuronaux. Le trouble mental est perçu comme un dysfonctionnement d'un circuit cérébral que l'on pourrait diagnostiquer à partir des neurosciences cliniques, par exemple l'électrophysiologie ou la neuroimagerie fonctionnelle. Face à chaque dimension, chaque niveau d'analyse tient sa place : gène, molécule, cellule, circuits, physiologie, comportement, introspection. L'introduction du spectre dans le DSM semble constituer un préambule à ce vaste projet.

Le grand problème sur le plan épistémologique reste de mêler approche clinique et recherche. Pour reprendre la discussion de Reich<sup>811</sup>, la valeur du diagnostic est très différente selon que l'on se place du côté de la recherche ou de la pratique clinique. Dans les conditions de la recherche, l'hérédité du patient n'est pas connue de l'investigateur, alors que cette connaissance pourrait orienter le diagnostic en pratique clinique. De plus, l'utilisation du spectre à grande échelle aurait tendance à augmenter son étendue. Par un effet attracteur, le spectre serait en effet employé pour couvrir un grand nombre de situations différentes qui ne peuvent être complètement définies au préalable. Nous pourrions résumer cette propriété par une forme d'adage : *l'utilisation large du spectre entraîne une utilisation à large spectre*. Par ailleurs, la recherche étudie des hypothèses qu'elle cherche à valider ou infirmer. Un diagnostic faux en recherche remettra en cause la validité du diagnostic, tandis qu'en pratique le diagnostic a des conséquences sur la personne. En cas d'erreur diagnostique, il n'est pas aussi facile d'en changer et le patient peut en souffrir. Une classification est une tentative de faire science, ce qui nécessite des preuves et peut être l'objet de révision voire de réfutation. Le diagnostic se situe autrement, lui qui est acte d'intervention direct sur le réel et la vie des personnes. Si le diagnostic clinique peut être rendu meilleur par des perfectionnements dans la classification, cette

811 Reich 1976.

amélioration – et plus généralement cette articulation – n'apparaît pas nécessairement. Une charge extrêmement lourde pèse contre l'emploi du spectre en pratique clinique en 1970, son utilisation en URSS à propos de la schizophrénie. Le modèle soviétique pose en effet la schizophrénie comme un spectre qui admet des formes moyennes, voire légères, tableau clinique qui ne serait certainement pas placé sous cette étiquette. Et Reich dénoncera tous les abus politiques qui peuvent en résulter.

La décomposition du spectre telle une analyse spectrale de la notion nous a conduit à étudier un mouvement de connaissance, une manière de considérer la nosographie, résultat d'un geste toujours double sans prééminence : s'il s'agit bien de découper pour distinguer, il s'agit tout autant, et dans le même temps, de regrouper afin de ne pas se perdre dans la multitude. Par quelle image pourrions-nous figurer l'idée de spectre en psychiatrie ? Une droite pour la continuité, un segment pour deux extrêmes fixés, une demi-droite pour une entité *princeps* fixée, un graphique avec abscisse et ordonnée pour le temps et l'espace, un espace à plusieurs dimensions ? Aucune image ne semble à même de saisir la totalité des propriétés décomposées par le prisme de l'analyse philosophique.

### Le spectre appliqué à l'autisme

Les TSA présentent deux grandes caractéristiques cliniques : déficits dans la communication et les interactions sociales ; comportements et intérêts répétitifs et restreints. Ils remplacent complètement la catégorie des TED de la précédente classification DSM-IV. Cependant, le changement d'appellation et de définition instaure à travers la notion de spectre une continuité autistique au sein des TSA. En effet, tout tableau clinique appartenant aux TSA peut être à bon droit qualifié d'autistique. S'y fondent les formes précédemment individualisées de TED tels les troubles autistiques, le syndrome d'Asperger ainsi que la vaste entité des TED non autrement spécifiés. Il ne s'agit donc pas d'un ensemble renommé mais d'une nouvelle conceptualisation. La continuité, propriété du spectre, entraîne

à la fois une multiplicité des formes possibles et une abolition des formes en son sein. De plus, le TSA devient en lui-même une dimension que l'on peut quantifier par son degré de sévérité en trois niveaux<sup>812</sup>. L'approche catégorielle ne disparaît pas pour autant. Les comorbidités sont autorisées. Ainsi, le TSA peut être contemporain d'un retard intellectuel ou d'un trouble de l'attention. La notion de diathèse intrinsèquement associée au spectre pose comme acquise une base commune génétique aux troubles. Or, de l'aveu même des rédacteurs du DSM-5, l'héritabilité du TSA est évaluée d'après un intervalle très large entre 37 et 90 % selon les études de concordance gémellaire. Seuls 15 % des cas de TSA sont associés avec une mutation génétique connue (mutation *de novo* ou variation *de novo* du nombre de copies) concernant de nombreux gènes différents. La base génétique est donc éminemment polygénique et lorsqu'une mutation génétique est découverte les études montrent une pénétrance variable. Ainsi, en l'état actuel des connaissances, la base génétique commune des TSA reste une hypothèse non validée<sup>813</sup>.

Alors que le spectre apparaît en même temps dans le champ classificatoire de la schizophrénie et de l'autisme infantile, le spectre de la schizophrénie survient dès les années 1970 tandis que le spectre de l'autisme commence timidement à apparaître dans les articles médicaux dans les années 1990 avant de prendre véritablement sa place dans les années 2000 puis de voir son occurrence exploser dans les années 2010, celles de la gestation du DSM-5. À la différence de la schizophrénie, la digue entre la pathologie et son spectre a donc été rompue rapidement. Dans la littérature médicale, la première apparition du spectre concernant l'autisme remonte aux débuts des années 1990. Deux premiers articles marquent d'emblée ses fondements. D'une part, un premier article paru dans une revue de neurologie pédiatrique, *Pediatric neurology*, interroge en 1992 les liens entre l'autisme et le syndrome de l'X fragile, pathologie génétique découverte à l'orée des années 1970. Ici le spectre comprend deux situations cliniques, à savoir l'autisme infantile selon la définition du

812 APA 2013, 52.

813 Voir Verhoeff 2015.

DSM et la « condition autistique »<sup>814</sup>. Celle-ci contient les principales caractéristiques de l'autisme infantile sans en remplir toutefois tous les critères inscrits au DSM. Nous retrouvons dans ce premier article la diathèse génétique ainsi que l'idée de formes atténuées. Un autre article daté de 1992<sup>815</sup> donne à voir l'étendue du spectre incluant le syndrome d'Asperger – qui fera son apparition dans le DSM-IV en 1994 – l'autisme infantile dit « classique » et les TED non autrement spécifiés. Cette dernière catégorie contient tous les TED qui ne correspondent pas aux autres sous-catégories. Elle figure un reste dans la tentative de découpage totalisant. Par ailleurs, le titre de l'article, « Diagnosing the "strange" child », désignant l'enfant étrange, élargit considérablement le spectre qui, au risque d'une confusion, permet aux auteurs de repérer et diagnostiquer des enfants afin de leur offrir des soins précoces malgré l'absence des critères autistiques complets.

L'appellation TSA se retrouve dès 1996 dans un article publié également dans une revue de neurologie pédiatrique, *Developmental medicine and child neurology*<sup>816</sup>. Elle recouvre toutes les dénominations utilisées par le passé. En plus de celles déjà explicitées plus haut, il faut ajouter l'autisme atypique, des « conditions ressemblant à l'autisme » (*autistic-like*) ainsi que les traits autistiques. L'atypique renvoie à une forme spéciale dans sa présentation : un âge de survenue tardif ou un domaine habituellement atteint dans l'autisme qui ne l'est pas. L'*autistic-like* tient son efficace du suffixe anglo-saxon mais correspond simplement à des formes se rapprochant de l'autisme classique. Le terme autistoïde, sur le modèle du schizoïde pour la schizophrénie, n'a pas trouvé sa place. Les traits autistiques désignent quant à eux des comportements évocateurs de l'autisme tout en suggérant qu'ils en emprunteraient certains atours sans en être le reflet signifiant. Par ailleurs, le spectre, comme réglette à curseur, n'est jamais aussi bien illustré que dans le cas de l'autisme et de son lien supposé avec une hypothyroïdie dans

814 Wong/Lam 1992.

815 Porter B. 1992.

816 Nordin/Gillberg 1996.

un autre article de 1992<sup>817</sup>. Un spectre de déficit en hormone thyroïdienne se superposerait à un spectre autistique perçu également comme déficitaire, dans le domaine du langage ou des interactions sociales notamment.

Une autre originalité du spectre à l'endroit de l'autisme tient à sa dimension temporelle. Un spectre autistique peut également s'entendre au niveau d'un même patient dont la symptomatologie évolue au cours du temps. Finalement, la spécificité du spectre appliquée à l'autisme tient à la notion de neurodéveloppement, véritable étiologie organique imputée. Les années 1980 marquent le passage à un modèle développementaliste<sup>818</sup> qui distingue différentes lignes de développement (par exemple le langage, les relations sociales). Fort des progrès techniques dans les neurosciences, le développement se voit affublé du préfixe neuro-. Le neurodéveloppement constitue une inscription organique, biologique, prémisses d'une physiopathologie d'un trouble psychiatrique. Coup de force conceptuel dans la lignée du projet RdoC, dont la notion de spectre semble partie prenante. Cette histoire contemporaine accidentée s'avère nécessaire pour faire la part de la science et de l'idéologie.

La simultanéité de l'introduction du spectre pour l'autisme et la schizophrénie dans la classification américaine est frappante puisqu'elle ne concerne que ces deux entités<sup>819</sup>, et que l'histoire de l'une a partie liée avec celle de l'autre. Mais alors, l'emploi concomitant du spectre pour l'autisme et la schizophrénie serait-il l'amorce d'un nouveau rapprochement ? En tout cas, chacun évolue sur un spectre propre et il n'y a *a priori* rien de plus éloigné que deux spectres différents d'après la définition et les propriétés que nous avons analysées. Cependant, une approche développementaliste sous-tend le concept de spectre<sup>820</sup> et pourrait un jour permettre de relier plusieurs spectres selon une « psychopathologie développementale »<sup>821</sup>.

817 Gillberg *et al.* 1992.

818 Schopler/Rutter 1979.

819 Les troubles de l'humeur font également l'objet de recherche sous le concept de « spectre bipolaire » mais ne sont pas inscrits sous cette dénomination dans le DSM-5. Pour une tentative d'explication, voir Ghaemi 2013.

820 Craus 2024a.

821 Rutter 2013.

Fort de cette concomitance de l'introduction du spectre pour les deux pathologies, il serait très intéressant d'étudier les enjeux et les conséquences également pour la schizophrénie. Avec le concept de spectre, est-il possible d'être plus ou moins schizophrène ? N'est-ce pas une nouvelle forme du fameux principe de Broussais, selon l'expression de Comte<sup>822</sup>, avec lequel la question du pathologique se résout d'une manière essentiellement quantitative ? D'après le philosophe Ian Hacking, l'histoire des idées passe de la psychologie des Lumières comprenant la question centrale de connaître la nature humaine en général, à la question caractéristique de la fin du 19<sup>e</sup> siècle : qui sont les gens normaux<sup>823</sup> ? Nous pourrions de même poser une nouvelle question centrale du début du 21<sup>e</sup> siècle : qui sont les gens autrement normaux ? Le spectre figurerait une nouvelle norme sur laquelle existe un rapport quantitatif.

### Extension du domaine de l'autisme

La première conséquence attendue de l'emploi du spectre est l'extension du domaine de l'autisme. Est-ce pour autant l'extension du domaine pathologique ? Il est certain que la prévalence du TSA est au moins un multiple de trois ou quatre de la prévalence de l'autisme infantile qui a toujours été un diagnostic rare. La sortie du diagnostic catégoriel pour un *diagnostic spectral* entraîne ainsi une inflation de l'autisme qui inclut désormais toutes les variantes atténuées ou atypiques. Il n'est pas facile de savoir jusqu'où va cette extension. Il est fort probable que les TSA comprennent des formes qui jusqu'à présent n'auraient pas été rangées du côté de la pathologie puisque parmi les avantages théoriques avancés, nous retrouvons la prise en compte précoce du trouble qui peut à ce moment de son histoire naturelle se présenter sous une forme minimale. Le spectre inclurait entre normal et pathologique cette zone grise dont les bornes demeurent par définition floues.

822 Voir Braunstein 1999, 55.

823 Hacking 1990, 1.

D'autres conséquences concernent directement les thérapeutiques mises en œuvre, raison d'être de la médecine qui porte sur elles *in fine* tous ses efforts pratiques mais aussi théoriques, car « c'est sans doute au besoin thérapeutique qu'il faut attribuer l'initiative de toute théorie ontologique de la maladie »<sup>824</sup>. Élargir la définition de l'autisme permet d'augmenter considérablement la population nécessitant des soins pour cette pathologie. De là, les études qui évaluent le traitement selon les moyens modernes de la médecine fondée sur le niveau de preuve incluent des effectifs plus importants et augmentent leur puissance statistique. Le risque inhérent à la prévention et au traitement précoce est d'intervenir auprès d'une population qui ne présente pas véritablement la pathologie, ce qu'il est convenu d'appeler en termes épidémiologiques des faux positifs. En ce cas, le traitement peut apparaître efficace, car la population ciblée n'est pas en fait malade. L'étude classique en double aveugle comparant traitement *versus* placebo permet normalement d'éviter cet écueil mais il n'est pas possible de le mettre en place pour des traitements de type psychothérapeutique ou relationnel. On pensera donc avoir traité efficacement une population en réalité non malade et on pensera l'autisme accessible à tel type de traitement, générant de nouvelles classifications en fonction de la sensibilité au traitement ou au contraire de sa résistance.

Traiter tous les patients du spectre de la même manière reviendrait à considérer ce dernier comme homogène. Or l'hétérogénéité clinique du spectre autistique est constamment mise en avant par tous les auteurs. Cette constance est telle qu'elle donne l'impression d'être une caractéristique du spectre. À l'homogénéité de l'origine des troubles – diathèse génétique supputée – répond une hétérogénéité clinique manifeste. Comme le souligne Canguilhem, continuité n'est pas homogénéité. Le spectre autistique donne à voir tout l'écart existant en médecine entre diagnostic clinique et diagnostic étiologique, entre étiologie supputée commune constituant par là un ensemble homogène et ensemble clinique néanmoins hétérogène. Là encore le spectre est l'*opérateur* permettant de soutenir

824 Canguilhem 1966 [1943], 11.

simultanément homogénéité et hétérogénéité à des niveaux différents. Il parvient à tenir le fil ténu qui relie toute cette clinique hétérogène par effet de continuité. C'est une nouvelle forme de diagnostic, qui autorise l'hétérogénéité interne de son ensemble. Une fois le tour épistémologique joué, le clinicien n'est pas sans malaise. L'apparition d'une « médecine de la personne »<sup>825</sup> ne répond-elle pas à ce malaise ? Il s'agit de proposer des traitements individualisés, sur-mesure, alors que le même diagnostic se généralise.

Dans le même élan d'établissement du spectre autistique, les auteurs appellent à identifier des sous-groupes homogènes pour la recherche. Étrange retour à une approche catégorielle qui n'est d'ailleurs pas du tout exclue du DSM-5 dans lequel un savant mélange des deux approches – catégorielle et dimensionnelle – est promu. Comment serait-ce possible sans aberration logique, sans couper le spectre et anéantir ses propriétés dont nous avons montré l'efficacité ? Faut-il réduire l'étendue du spectre tel l'infectiologue qui n'emploie l'antibiothérapie à large spectre que lorsque la bactérie responsable de l'infection n'est pas documentée ? Faut-il découper le spectre en autant de spectres qu'il y aurait de sous-groupes ?

L'exemple des TSA illustre bien toutes les notions, les débats et les grands antagonismes que la notion de spectre charrie au point de la hisser au rang de concept, du point de vue de l'épistémologie de la psychiatrie. Il concentre et retrace en accéléré un passage, celui d'une psychiatrie à une médecine scientifique fondée essentiellement sur la neurobiologie et plus largement sur les neurosciences. De la neurobiologie aux neurosciences le glissement sémantique n'est d'ailleurs pas anodin. La biologie s'oppose classiquement en psychiatrie aux sciences humaines : le bio est bien distinct du socio et du psycho, comme le fameux modèle biopsychosocial de George L. Engel l'indique et tente de les associer<sup>826</sup>. Engel est psychiatre mais réfléchit depuis longtemps à une théorie unifiée de la maladie. Son modèle triadique s'appuie sur

825 Il s'agit d'un courant de pensée médicale insistant sur les spécificités de chaque individu pour proposer le traitement le plus adapté.

826 Engel 1980.

les considérations psychosociales de Meyer, tout en intégrant le modèle biomédical de la médecine. Manière d'inscrire une bonne fois pour toutes la psychiatrie dans le champ médical. La biologie utilisée en psychiatrie est avant tout la neurobiologie, en mettant de côté l'endocrinologie. Les neurosciences s'emploient d'emblée au pluriel. Elles correspondent certes à différentes disciplines, à différentes sciences (cognitives, radiologie, physiologie notamment), mais elles donnent aussi l'impression en étant plurielles d'être suffisantes. Le terme de science offre une neutralité et une complétude qui n'a pas besoin d'approches complémentaires. Le préfixe neuro- dans l'élan de promesses scientifiques révolutionnaires octroie un sésame contemporain.

Pourquoi ce rapprochement entre recherche et pratique clinique, symbolisé par le spectre, est-il si fort et si évident aujourd'hui concernant l'autisme ? Les arguments avancés posent la nécessité de progresser rapidement dans le domaine de la recherche neuroscientifique qui se verrait freinée par un regard clinique et des classifications diagnostiques arbitraires et contraignantes. Une autre revendication récurrente est d'associer étroitement la recherche au sein même de la pratique clinique et en retour d'informer la recherche à partir de la clinique réputée au plus près du terrain et de la réalité. Aujourd'hui, la circulation rapide des résultats de la recherche permet d'informer le public plus directement, sans avoir toutefois tous les éléments pour juger de leur pertinence (vérification, confrontation à des études contradictoires, confirmation par d'autres études, applicabilité). Le risque tient sans doute à un effet d'attente qu'on ne voudrait pas décevoir. La demande sociale est telle concernant l'autisme – pour des raisons qu'il faudrait détailler – que nous risquons de forcer le processus nécessairement lent et long de la recherche. Bâtir des processus diagnostiques, voire des thérapeutiques sur des hypothèses non vérifiées, risque de susciter de faux espoirs et des déceptions douloureuses. Alors que la recherche biomédicale en psychiatrie s'est toujours tournée vers la neurobiologie, le projet RDoC poursuit la même direction mais dans un sens inversé<sup>827</sup>. À partir de la clinique, les études tentaient jusqu'à présent d'explorer et de circonscrire un aspect biologique

827 Aragona 2015.

de la pathologie. Avec le concept de spectre et le projet RDoC, des aspects neurobiologiques postulés génèrent une organisation structurale *ad hoc* de la clinique. L'espoir d'atteindre enfin les fonctions neurobiologiques sous-jacentes de la psyché en général et des maladies mentales en particulier mobilise les cliniciens au prix d'une *torsion de la clinique*.

Un autre type d'extension peut s'entendre comme une invasion. Le spectre autistique semble avoir fait disparaître des entités diagnostiques. Outre la catégorie des TED remplacée et la variété de ses formes fondue, le champ des psychoses de l'enfant est écrasé. Si la schizophrénie infantile était déjà réduite à portion congrue depuis les années 1980, aucune autre forme de psychoses de l'enfant n'a plus droit de cité. Ces tableaux cliniques se retrouvent *ipso facto* dans le champ de l'autisme via le spectre autistique. Ainsi, le spectre est l'opérateur qui permet à l'« enfant étrange » de Basil Porter<sup>828</sup> d'être reconnu autiste. Et c'est la grande différence d'avec la notion de syndrome qui rassemblait sans exclure et offrait un ensemble clinique cohérent sans attaquer le pluralisme des formes diagnostiques. Ce « tout autisme » nous conduit à employer une expression latine qui traduit bien une forme de réductionnisme conceptuel : une *reductio ad autismus*. Il existe un précédent dans l'histoire de la psychiatrie. Kraepelin se plaignait à la fin du 19<sup>e</sup> siècle que 80 % des patients hospitalisés en asile soient diagnostiqués du côté de la paranoïa<sup>829</sup>. À partir de cet argument statistique, il justifiait sa définition dite étroite des pathologies paranoïaques. Cette évolution des diagnostics est parfaitement soulignée par Hacking qui, dans un autre registre, analyse les appellations et les usages diagnostiques en prenant l'exemple de la naissance, du développement et de la disparition du diagnostic des personnalités multiples<sup>830</sup>. De fait, de nombreuses entités disparaissent. On peut citer toutes celles qui figurent dans les différentes versions de la CFTMEA (voir chapitre 6). Conséquence encore plus problématique, l'empêchement de construire d'autres entités, et finalement un certain assèchement de la créativité clinique conceptuelle.

828 Porter B. 1992.

829 Craus 2013, 88-91.

830 Hacking 1995.

Une troisième extension se fait jour vers la pathologie de l'adulte. Le spectre s'accorde bien avec le point de vue développementaliste<sup>831</sup> qui, pour s'intéresser à la genèse des troubles, peut naturellement s'intéresser à leur évolution ultérieure jusqu'à l'âge adulte. La notion figure un pont entre psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent d'un côté, et psychiatrie de l'adulte de l'autre, deux spécialités bien distinctes dont l'histoire complexe montre les antagonismes fondateurs qui ont permis à la première de se détacher de la seconde. D'ailleurs, le qualificatif « infantile » a disparu pour laisser place à l'autisme tout court. Ce lien entre enfance et adulte permet un double mouvement, « progrédient » en suivant l'évolution d'une pathologie infantile à l'âge adulte, « régrédient » en diagnostiquant chez l'adulte des formes non diagnostiquées durant l'enfance.

L'application du spectre à l'autisme infantile a pour effet de faire disparaître le terme infantile. On parle simplement d'autisme. Si son mode de début a toujours trait à l'enfance, ce n'est plus un diagnostic réservé à l'enfant. Une des intentions est de porter l'attention sur le devenir des enfants autistes. Comment évoluent-ils une fois adultes ? Sur le plan disciplinaire, il s'agit de favoriser les liens et les voies de passage entre pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adulte. L'autisme n'est plus réservé aux pédopsychiatres, il devient un diagnostic partagé entre les deux disciplines. À l'inverse, le diagnostic de psychose infantile est souvent utilisé par les psychiatres d'adulte pour évoquer une pathologie psychiatrique lourde ayant débuté dans l'enfance pour un adulte largement déficitaire et pour lequel les interventions thérapeutiques s'avèrent très limitées. Le diagnostic repoussoir signe sur un plan épistémologique la coupure radicale entre les deux disciplines. Il est alors sans doute pertinent de distinguer psychose infantile, ainsi envisagée, et psychose de l'enfant, diagnostic porté dans l'enfance pour de jeunes patients dont le pronostic reste ouvert. Ces changements de terminologie n'ont rien d'anodin. On en perçoit les effets sociologiques tandis que les adultes autistes demandent le respect de leurs droits et de nouvelles places dans la société<sup>832</sup>.

831 Le DSM-5 évoque dans sa préface « *a lifespan approach* ».

832 Chamak 2010.

Sur le plan épistémologique, l'extension vers l'adulte à travers les TSA est un élément de plus vers la constitution d'un diagnostic, de l'aveu même des concepteurs du DSM-5, « *omnibus* »<sup>833</sup>.

L'autisme de l'enfant règne sur le champ des pathologies relationnelles graves de l'enfant depuis l'introduction et l'application du concept de spectre. Ce dernier, non explicité par les concepteurs du DSM, se saisit mieux dans ses contours à partir de définitions comparatives, de l'histoire de son introduction en psychiatrie et d'un éclairage du normal et du pathologique étudiés par Canguilhem dans sa thèse de 1943. Comment comprendre qu'il ne soit pas défini dans le manuel mondialisé DSM-5 ? Oubli trahissant une notion trop difficile et trop vaste à saisir en quelques lignes de définition ? Le supplément « conceptuel » du DSM-5 explicite seulement deux aspects du spectre en 2011<sup>834</sup> : la tentative d'introduire le dimensionnel dans le catégoriel et la perspective développementale. Ce concept engage en fait de multiples présupposés, brassant d'autres notions et de nombreux débats.

Cette étude historique et philosophique de la notion de spectre en psychiatrie s'est efforcée de débrouiller quelques fils [d'une structure], qui nous sont encore si inconnus que nous les prenons volontiers pour merveilleusement nouveaux ou absolument archaïques, alors qu'ils ont constitué la trame sombre mais solide de notre expérience<sup>835</sup>.

Cette expérience concerne ici l'introduction de la notion lors de la publication d'une classification de nosographie psychiatrique aux États-Unis en 2013 ainsi que son application dans une pratique clinique en France à la fin des années 2010. À mesure se dessinent une définition, des propriétés, qui révèlent le spectre en un concept puissant orientant le regard clinique. Complexe, il contrevient à un découpage excessif, en petites tranches, dans une démarche qui semblerait plus holistique, mais généralise son objet par des extensions multiples dans l'espace et le temps. L'exemple de l'autisme infantile lui donne toute sa

833 Black/Grant 2014, 18.

834 Regier *et al.* 2011.

835 Foucault 2005 [1963], 203.

mesure développementale et illustre la recherche des causes du point de vue essentiellement génétique et neurobiologique. Le spectre porte une résonance sémantique francophone, telle une entité fantomatique qui referait son apparition. Débrouillant le jeu des apparences, son étude en tant que concept épistémologique permet de relever son histoire, ce qui le sous-tend ainsi que les conséquences médicales de son emploi dans la pratique clinique.

Comme métaphore optique, le spectre pourrait-il offrir une chance ? Un ensemble « avec une même origine dont les constituants peuvent se décomposer et se recomposer à l'infini pour constituer un élément unique »<sup>836</sup> nous renverrait à l'unité dans la diversité défendue par Ey lorsqu'il conçoit la schizophrénie<sup>837</sup>. Cesser de distinguer recherche et pratique clinique, comme y conduit le spectre, alors que ces deux domaines répondent à des champs épistémologiques toujours différents, fait craindre un nouvel appauvrissement d'une clinique calibrée au bénéfice d'une recherche d'orientation monolithique, le projet RdoC. « En tout cas, il est clair que ni les grandes lignes ni les détails du concept de spectre génétique ne sont totalement établis et requièrent des études supplémentaires » soutenait Reich en 1975<sup>838</sup>. Les progrès formidables de la génétique et des neurosciences ont sans aucun doute permis de justifier la poursuite de leurs recherches. De plus, précisait-il :

Il sera nécessaire, même lorsque s'accumuleront des preuves justifiant le concept de spectre, d'exercer une attention particulière dans l'identification des limites de l'influence que le spectre en recherche peut avoir sur la pratique diagnostique<sup>839</sup>.

Il nous semble en revanche que la prudence n'a pas été de mise depuis 2013 et qu'un verrou épistémologique a sauté.

836 <https://www.cnrtl.fr/definition/spectre><https://www.cnrtl.fr/definition/spectre>

837 Ey 1959.

838 Reich 1975, 497.

839 Reich 1975, 497.

On peut finalement avancer que l'effacement de la schizophrénie de l'enfant à l'orée des années 1980 annonce la fin des psychoses de l'enfant alors qu'il s'agit bien de deux entités distinctes. À la place, l'émergence de la notion de développement oriente largement le regard nosographique. Son utilisation hégémonique, comme boussole, correspond à un véritable courant de pensée clinique nouveau, que nous nommons développementalisme. Conjugué aux développements des neurosciences qui poussent à la préfixation par le neuro-, le courant se transforme au 21<sup>e</sup> siècle en *neurodéveloppementalisme*, modèle contemporain devenu incontournable, voire obligatoire. L'autisme infantile semble le mieux adapté à ce modèle, avec le spectre autistique introduit en nosographie à partir de 2013. Le spectre est devenu en effet le *médiateur épistémologique* d'application des théories neurodéveloppementales à la clinique pédopsychiatrique. Mais ne peut-il survenir un spectre de la schizophrénie ? Il se trouve que la schizophrénie a connu également une *spectralisation*, mais réservée à l'adulte. Peut-il survenir également un spectre des psychoses ? Certains auteurs le réclament mais à l'encontre de la schizophrénie<sup>840</sup>. L'équilibre semble à nouveau chamboulé entre effacement de la schizophrénie, disparition des psychoses et hégémonie de l'autisme de l'enfant. De fait, c'est l'équilibre même de ces trois entités qui est remis en cause. Leur nouage épistémologique précieux pour la pensée clinique risque de ne pas tenir à cause de l'écrasement conceptuel réalisé par l'autisme actuel.

840 Guloksuz/Van Os 2018.

# Études de cas : du diagnostic à la thérapeutique

*Soigner ne relève pas, ne relève jamais de la simple pratique, mais suppose toujours une option théorique qui décide de l'action curative et de ses moyens. Certes, le médecin peut se désintéresser de ce choix antérieur, ratifié par ses maîtres : il n'en existe pas moins. Et nous avons déjà mentionné la nécessité pour la praxis médicale elle-même de la prise de conscience de la doctrine originelle qui baigne la plus modeste des recommandations médicales.*

Dagognet 1964, 108

*Être médecin n'est pas neutre philosophiquement. La philosophie implicite de l'acte médical peut se résumer en trois affirmations : (1) il y a du mal (toute une métaphysique), (2) il faut y porter remède (toute une morale), (3) les efforts pour y porter remède sont dérisoires (ironie socratique), mais cela n'empêche pas de les continuer, pour l'honneur.*

Fagot-Largeault 2001, 5

*Au terme de ce travail historique et philosophique, revenons à notre préoccupation première, la question médicale que constituent les psychoses de l'enfant. Retrouvant des schizophrénies et des autismes, sans pour autant satisfaire aux tableaux cliniques déjà décrits dans les conceptualisations passées et actuelles du spectre, nous proposons de maintenir l'équilibre conceptuel des trois entités et d'avancer une recomposition conceptuelle des psychoses de l'enfant à partir des modalités d'apprentissages, des modes relationnels de l'enfant et d'une typologie de l'angoisse.*

### Présentations cliniques

Élouane, à 7 ans, est suivi depuis la maternelle pour des troubles relationnels et de sociabilité. Des difficultés d'apprentissage importantes ont justifié un redoublement du CP, la classe préparatoire. L'environnement scolaire à petit effectif, à pédagogie différenciée dans une école privée hors contrat atténue le retentissement scolaire. Le garçon apparaît effacé ; il faudra plusieurs mois pour que le contact s'établisse en consultation. Élouane alterne alors entre des moments de jeux de voitures qu'il fait tourner autour de lui à terre et des incursions verbales dans la conversation ; il interroge sa mère ou son père sur un sujet hors de propos ou sur une idée qu'il associe personnellement à ce dont nous parlons. Il pose des questions sur les lieux et les chiffres qui scandent le temps (le jour de l'année, les âges de chacun). La pensée d'Élouane s'exprime par bouffées de fumée, épaisseurs qui s'évaporent au bout de quelques minutes. Il pose des questions naïves et très touchantes. Par exemple lors d'une consultation, le père évoque la vieille maison dans laquelle habitent ses propres parents. Élouane interrompt alors en interrogeant : elles vieillissent à quel âge les maisons ? Formulation très infantile prononcée à l'âge de 9 ans qui témoigne à la fois d'un retard certain dans l'accès à l'abstraction et d'une difficulté d'accès au registre symbolique. Élouane semble avoir entendu la maison comme une personne et prend au premier degré la notion de vieillesse. Bien sûr la question n'en demeure pas moins intéressante et pourrait se formuler ainsi selon la philosophie propre aux enfants : à partir de quel âge dit-on qu'une maison est vieille ? Le bilan psychologique spécialisé réalisé à l'âge de 4 ans avait conclu à un TED non-autistique.

Isabelle, à bientôt 7 ans, est une jeune fille tout à fait sympathique, sans qu'elle y prenne toutefois une part active. Sa manière d'être présente ne permet pas de véritables échanges ni de mouvements réciproques en relation. Très prise dans un monde imaginaire fourni, elle déploie des morceaux de discours peu intelligibles, dominés par l'excitation. Cet emballement verbal n'est manifestement pas sans plaisir pour cette petite fille souvent souriante – sourire néanmoins monolithique, sans variété dans l'expression mimique. L'orthophoniste qui la suit signale son goût pour les histoires inventées, la mise en scène de personnages fictifs et pour les marionnettes. La psychomotricienne observe l'application et la persévérance d'Isabelle dans les exercices qui lui sont demandés. Dernière de sa fratrie, Isabelle a un frère autiste lourdement handicapé plus âgé de 18 mois dont les symptômes très intenses – balancements, cris, instabilité motrice – semblent faire impression sur elle. Souffre-t-elle d'une forme d'inhibition à côté de ce frère qui suscite tant de soins et d'attention de la part de ses parents ? D'une forme d'autisme comme son frère ? De symptômes d'emprunts, au sens où elle agirait par imitation comme une petite sœur peut le faire ? Un bilan psychologique spécialisé avait conclu dès l'âge de 3 ans à un retard global de développement relativement homogène et non autistique intéressant particulièrement la sphère langagière.

Isidore est un enfant de 6 ans agité. Ses relations sont perpétuellement problématiques, générant une angoisse perceptible. Il les appréhende de manière périphérique, très progressivement en tournant littéralement autour et se raccroche à quelques éléments sensoriels (toucher, bruits). La dialectique présence-absence est constamment mise en acte : sortir d'un coup du bureau, y revenir de manière aussi brutale, au sein même du bureau se cacher dans un placard tout en marquant sa présence par le retentissement d'un son rythmé. Cependant, Isidore sait s'appuyer sur un autre enfant pour partager un jeu ou sur un adulte à l'école pour mieux suivre une leçon. Sa scolarité n'est d'ailleurs pas mauvaise. Ce sont surtout des problèmes relationnels qui obscurcissent son intégration scolaire. L'enfant a bien du mal à se placer dans une bonne distance à l'autre et à se défendre des réactions des autres et des petites

agressions qui le blessent terriblement jusqu'à des moments d'effondrement (retrait total, crise, pleurs). Sa mère confie largement ses difficultés à se sentir une bonne mère pour son fils qui lui renvoie une forme d'incompréhension et d'impuissance. Le bilan psychologique spécialisé sera mal aisé, sa réalisation ne sera que partielle, puisque Isidore refuse la plupart des épreuves et s'abstrait de la relation à la moindre difficulté. Une forme de persévérance semble le protéger de sa propre subjectivité. Il peut s'accrocher à un percept, à une forme, à la réalité objective, mais dès qu'il est sollicité ailleurs, l'angoisse est massive et provoque une fuite effrénée. Seule cette attitude semble pouvoir lui éviter l'émergence d'angoisses persécutives.

Éléonore, à 4 ans, ne parle pas. Elle peut chantonner et laisser parfois entendre des sons gutturaux. Elle commence à dire quelques mots à bon escient : « oui », « non », « pas envie ». Elle communique avec les adultes par des gestes pour obtenir les objets qu'elle souhaite ; elle obtempère aux sollicitations de sa mère qui, faute d'être toujours entendues, prennent la forme d'injonctions, dans une relation extrêmement forte. Son adresse à l'autre concerne d'ailleurs quasiment exclusivement sa mère. Celle-ci semble seule en mesure de donner sens à l'environnement de sa fille. Leur relation peut vite se tendre, dans un climat dur, amenant une forme de forçage qui augmente la détresse manifeste de la petite fille. Nos évaluations cliniques associant psychologue, psychomotricien et orthophoniste objectivent un retard de développement hétérogène, mêlé de grandes difficultés relationnelles. Les interactions avec les autres enfants de sa classe sont frustes. Elle joue seule dans la cour, autour des arbres, aime faire du vélo qu'elle réclame souvent à son institutrice. Elle recherche le contact physique pour se reconforter ou sentir un appui, une contenance. Sensible aux grands espaces et à l'environnement bruyant, elle s'agite alors en dehors des règles communes et se désorganise. Éléonore ne pratique pas d'activité autonome. Laisseée seule, elle trace des lignes et des gribouillis sur les murs. Le bilan psychologique spécialisé conclut à un trouble autistique atypique d'intensité légère du fait d'un ensemble insuffisant de symptômes présents.

## Point de méthode

Ces quatre enfants n'existent pas ; leurs profils ont été inventés à partir d'une pratique pédopsychiatrique généraliste de secteur à Paris<sup>841</sup>. Nous avons conçu la situation de deux garçons, Élouane et Isidore, et deux filles, Isabelle et Éléonore, par souci de parité, et surtout par l'intérêt que présente la différence des sexes dans l'évolution humaine, et peut-être dans le champ des psychoses de l'enfant. Il est classique sur le plan épidémiologique concernant l'autisme et les troubles qui leur sont réputés associés que les garçons soient plus touchés que les filles et que ces derniers cas soient alors plus sévères. Ce *sex ratio* en défaveur des garçons est régulièrement critiqué sur le plan méthodologique en mettant en avant des biais de mesure<sup>842</sup>. En tout cas, les cliniciens n'ont jamais oublié les filles dans leur description. Bien sûr l'article *princeps* de Kanner et son étude de suivi ont marqué les esprits – sur les onze cas décrits, on compte huit garçons pour trois filles. Kanner émettait alors un jugement rétrospectif validant cette proportion :

Il était bien sûr impossible à l'époque de savoir si ce résultat était significatif. Une autre étude plus récente des cent premiers enfants autistes suivis à l'Hôpital Johns Hopkins a montré un ratio de quatre garçons pour une fille. La prédominance masculine a été confirmée par la suite par de nombreux auteurs<sup>843</sup>.

Kanner ajoutait que les garçons arrivent à la consultation à un âge plus précoce (entre 2 et 6 ans) que les filles (entre 6 et 8). Par contraste, Despert, spécialiste de la schizophrénie de l'enfant durant une quarantaine d'années, de la fin des années 1930 à la fin des années 1970, a publié de nombreux cas de petites filles<sup>844</sup>. Quant à Eggers il a partagé les conclusions d'une étude

841 Le secteur en France est une politique d'organisation des soins de la psychiatrie tournés vers l'extérieur des hôpitaux, à proximité du lieu de vie des patients dont le Centre médico-psychologique est le pivot.

842 Burrows *et al.* 2022.

843 Kanner 1971, 142.

844 Un cas marquant est celui d'une petite fille juive de 8 ans qu'elle présente dans un article de 1941 : voir Despert 1978.

sur une cohorte d'enfants à majorité féminine – 32 filles contre 25 garçons – concernant des tableaux de psychoses de l'enfant, « contrastant avec le *sex ratio* habituellement retrouvé chez l'enfant avec autisme infantile précoce » précise-t-il<sup>845</sup>. Rappelons enfin que le premier cas clinique de l'histoire de l'autisme raconté par ses propres parents est une petite fille, Jessica Park (voir chapitre 7), devenue le symbole de l'autisme lié à de grandes capacités créatrices. Auteure de plusieurs ouvrages d'art, elle a même donné son nom à un programme universitaire de soutien aux artistes avec TSA<sup>846</sup>.

L'utilisation de cas cliniques pourrait être contestée d'un point de vue méthodologique. Des situations singulières n'auraient pas la portée d'une cohorte ou d'un échantillon représentatif. Elles ne permettent pas d'analyse statistique. Cependant, l'intérêt primordial de l'étude de cas est régulièrement remis en avant en médecine et en particulier dans le champ des psychothérapies<sup>847</sup>. Dans le domaine particulier des approches psychothérapeutiques de l'autisme, les « études intensives de cas » combinent approches qualitative et quantitative<sup>848</sup>. Pour notre étude qui se situe d'abord au niveau clinique et sémiologique, il semble tout aussi pertinent de tenter d'approfondir quelques cas plutôt que de les cumuler en vue d'une valorisation statistique. La subjectivité du clinicien est assumée, elle est aussi bordée par l'observation partagée entre différents professionnels. Ces cas ont également l'intérêt de présenter une vision longitudinale fine de ces situations suivies sur plusieurs années, de bout en bout. Enfin, nous revenons à la matière première du clinicien, au plus près du terrain, à ce à quoi il a affaire : un enfant, des parents, une famille qui demandent de l'aide et des soins. Pour correspondre à la réalité, les résultats de la recherche médicale se doivent d'apporter des applications pratiques, directement utilisables pour le praticien.

Cette méthode pose, ceci étant dit, certains problèmes. Le premier est éthique. Peut-on encore aujourd'hui décrire

845 Eggers 1978, 24.

846 Voir « The art of Jessica Park » [https://www.mcla.edu/mcla-in-the-community/bcrc/mcla-gallery-51/jessica\\_park/a\\_world\\_transformed.php](https://www.mcla.edu/mcla-in-the-community/bcrc/mcla-gallery-51/jessica_park/a_world_transformed.php)

847 Thurin 2012.

848 Thurin *et al.* 2014.

la situation personnelle d'un patient même s'il s'agit d'un ouvrage spécialisé ? À l'heure de l'accès ouvert à la science et aux informations auprès du grand public, la discrétion confine au vœu pieux. Mais garantir l'anonymat des patients est une exigence éthique de base. Nous avons alors décidé d'écrire sur des cas dont les coordonnées n'existent pas réellement mais dont le tableau d'ensemble aurait pu exister et ressemble à des cas existants. Mais alors un double enjeu émerge : comment faire valoir des cas singuliers réputés de faible valeur sur le plan scientifique, et en plus s'appuyer sur des situations fictives ? On peut avancer que l'écriture d'un cas est toujours une construction, une reconstruction à partir d'éléments cliniques observés et entendus. L'écriture serait ici simplement moins fidèle à la vérité historique, mais tout aussi rigoureuse sur la description symptomatologique. Rappelons que la psychiatrie est aussi une pratique d'écriture. Elle pourrait faire l'objet de la part des praticiens en ce sens d'une étude épistémologique comme celle consacrée par Certeau à l'écriture de l'Histoire<sup>849</sup>. Alors que l'intérêt a pu se porter sur l'écriture des maladies au travers des échanges épistolaires tout au long des derniers siècles<sup>850</sup>, l'écriture professionnelle des médecins mériterait une attention particulière, surtout du côté des psychiatres<sup>851</sup>. Enfin, l'analyse de cas est un retour à la pratique de terrain qui a motivé notre recherche. Il est logique d'y revenir.

La solution que nous avons choisie consiste ainsi à reconsidérer des situations cliniques relatées à partir de cas, traduisant l'essentiel du matériel clinique des psychoses de l'enfant. Nous avons décidé de construire de manière librement inspirée quatre situations cliniques qui relèvent en cela d'un « projet d'écriture » apparenté à des démarches historiographiques contemporaines<sup>852</sup>. C'est l'expérience du clinicien auprès de ses patients qui est proposée comme matière de réflexion médicale. Nous faisons l'hypothèse que nous ne perdons pas l'essentiel

849 De Certeau 2016 [1975].

850 Barras/Dinges 2013.

851 Début 2022, nous avons lancé à ce sujet un groupe de recherche à l'Hôpital Sainte-Anne (Paris) nommé écrits&psy.

852 Voir Majerus/Roekens 2018, 8.

de cette clinique qui interroge le médecin sur un plan philosophique comme sur un plan historiographique. Il s'agira de tenter d'éclairer ces cas à travers le prisme des chapitres précédents. Philosophie et histoire ne sont toutefois pas appelées à conduire la psychiatrie. Ce sont des allers-retours permanents entre la psychiatrie et sa propre épistémologie qui seraient, selon nous, susceptibles de contribuer à l'avancement des connaissances dans cette spécialité médicale. Pas de clinique sans théorie qui la porte, pas de théorie médicale sans clinique qui la soutient. Chacune des quatre situations sera ainsi analysée dans ses rapports à la schizophrénie de l'enfant, puis dans ses rapports avec l'autisme de l'enfant.

### Rapports à la schizophrénie de l'enfant

Élouane présente une forme de dissociation entre le contenu de ce qu'il dit et la manière dont il le dit. Les affects semblent mis à distance. Au fond, il donne l'impression d'être éloigné de ce dont il parle, mais la pertinence de ses remarques laisse parfois lorsqu'il décoche une observation à ses parents ou à sa sœur. Isidore peut dire une chose et son contraire dans la même phrase, sans ressentir la contradiction. Difficile alors de bien saisir ce qu'il pense et désire lorsqu'il est sollicité ou décide de prendre l'initiative. L'éclatement de la pensée d'Isabelle est la définition même de la *Spaltung* bleulérienne. Le clinicien doit s'efforcer de recoller les morceaux, d'émettre des hypothèses de pensées et de sentiments, proposer du sens, afin de l'aider à s'instituer dans le langage et le monde socialisé. Éléonore peut passer d'un rire effréné aux chaudes larmes, dans un moment d'exaltation ou au contraire de frustration qui n'est pas nécessairement induit par l'environnement extérieur, mais simplement généré par ses propres pulsions ou ses impossibilités personnelles.

Aucun de ces enfants ne présente d'hallucinations ni de délires, selon les définitions habituelles. Il n'existe pas plus de barrage de la pensée ou d'automatisme mental. La symptomatologie d'Élouane, Isidore, Isabelle et Éléonore n'en est pas moins visible et parfois bruyante, à base d'agitation psychomotrice (Isidore),

d'instabilité psychomotrice (Éléonore), d'effondrement et de pleurs (Élouane), de tonicité dégingandée (Isabelle).

Dans quelle mesure la schizophrénie de l'enfant peut-elle éclairer nos cas ? Les liens et les écarts avec cette entité nous conduisent à questionner le retard que ces enfants ont pris dans leur développement et leurs apprentissages. Est-ce de l'ordre du retard mental ou du déficit, voire d'une détérioration si chère à la schizophrénie décrite classiquement (*Verblödung*) ? Il est clair que ces enfants ne sont pas déficitaires. Leur retard s'est constitué du fait d'un blocage qui n'a pas pu encore se dénouer.

Ce qui pourrait apparaître comme autrement schizophrénique pour ces psychoses de l'enfant est la qualité de la pensée et à travers elle du langage<sup>853</sup>. Cette qualité fait défaut dans sa structure et son organisation. L'incompréhensible vient d'un aspect déstructuré, ou non structuré, ou encore sans structure distincte (a-structuré). Dans le jargon clinique, on décrira des formes éclatées dans la parole ou le comportement. À la suite de dispositifs thérapeutiques réussis, on apercevra la mise en place progressive d'une charpente dans le langage et la pensée, que l'on peut décrire comme mouvement de concaténation du langage : des bouts de mots puis de phrases qui finissent par construire une parole suivie, tenue, formée. C'est toujours un moment très émouvant pour le thérapeute.

### Rapports à l'autisme de l'enfant

Selon la lecture de l'autisme par le DSM-5, les quatre tableaux cliniques s'inscrivent volontiers dans le cadre général du spectre autistique. Les deux grands domaines que sont les interactions sociales et la communication sont atteints. Des intérêts restreints et répétitifs y sont associés.

Élouane a commencé ses consultations en faisant tourner autour de lui deux petites voitures traçant deux arcs imaginaires se rejoignant. Ce jeu de circulation semblait ne pouvoir avoir

853 Ou inversement selon la primauté que l'on donne à la pensée ou au langage.

de fin tant l'enfant était subjugué par ses propres mouvements qui l'encerclaient. Isabelle se balançait par intermittence sur le fauteuil de consultation en cachant sa tête dans les mains dans un geste de fuite du regard que le clinicien lui portait. Elle laissait échapper des bouts de phrases peu compréhensibles. Isidore répondait toujours à côté des questions qu'on lui posait et proférait des phrases courtes comme pour se débarrasser de ce qu'il avait éventuellement à dire sans référence au thème de la conversation. Éléonore, elle, laissait échapper des sons gutturaux et des râles que seule sa mère était capable de traduire en intention et en pensée. Elle tournoyait dans le bureau de consultation, dans l'incapacité de se concentrer sur une tâche de dessin qu'elle affectionnait pourtant ou un jeu qui ne la laissait pas tranquille.

S'il fallait utiliser la nosographie américaine contemporaine, tous seraient diagnostiqués TSA. Mais aucun n'a, pour ainsi dire, le même TSA. Élouane ne présente pas de stéréotypie, le tableau clinique d'Isabelle contraste drastiquement avec celui de son frère dont le diagnostic porté est celui d'autisme syndromique<sup>854</sup>. Isidore ne présente pas d'immuabilité ; il demande au contraire en permanence du changement, et montre une difficulté à tenir la constance, pris dans une grande excitabilité. Éléonore aurait peut-être le moins d'écart avec le diagnostic d'autisme qui n'a pas été porté au cours de ses six premières années malgré la consultation de spécialistes de l'autisme et dont les symptômes premiers et prégnants se tenaient du côté d'un trouble du langage. Nous pourrions évoquer des formes incomplètes d'autisme. La forme dite atypique permet de ranger ces tableaux dans ce registre. D'aucuns utilisent la perspective développementale pour avancer l'idée de sortie d'autisme : ces enfants auraient un temps répondu aux critères de l'autisme typique puis en seraient sortis, sans que l'on sache tellement pourquoi ni comment.

Qu'est-ce qui réunit Élouane, Isabelle, Isidore et Éléonore dans un certain rapport à l'autisme ? Ils sont à la fois liés à ce concept clinique depuis Kanner jusqu'aux TSA, et à distance

854 Il s'agit d'une atteinte sévère et générale du développement avec notamment un handicap moteur qui laisse penser à une forme d'encéphalopathie.

de ce diagnostic. On peut observer un certain hermétisme, au sens d'une difficulté à accéder à eux, à leur pensée comme à leur état intérieur. Nous faisons l'hypothèse que cette difficulté ressentie par le clinicien témoigne d'une difficulté qu'ils ont eux-mêmes à accéder à leur propre état mental, cognitif et émotionnel. Un des objectifs thérapeutiques sera alors de favoriser le lien avec les autres. On peut également noter une forme de singularité absolue. Ce n'est pas l'isolement décrit par Kanner mais une particularité qui rend le sujet sans comparaison possible avec autrui. L'impression donnée est du côté de la bizarrerie, du non partageable. Un des objectifs thérapeutiques sera donc de rendre moins idiomatique une parole ou une présence aux autres, de favoriser les imitations puis les identifications. Cela peut se reproduire avec un adulte soignant ou un autre enfant soigné, dans un moment non attendu au sein des dispositifs thérapeutiques mis en œuvre.

### Du traitement des psychoses, de la schizophrénie et de l'autisme de l'enfant

Tout un traité serait nécessaire pour rendre compte de manière critique des traitements entrepris pour soigner les psychoses, les schizophrénies et les autismes de l'enfant. Il s'agira ici de donner les grandes lignes qui concernent particulièrement le champ de psychose, toujours dans ses liens intriqués avec ces deux autres entités. L'avertissement d'Ajuriaguerra adressé aux cliniciens donne à bien réfléchir : « Le choix d'une thérapeutique est un moment crucial dans le développement de la maladie non pas seulement par les modifications qu'elle doit entraîner mais par la position qu'on prend. »<sup>855</sup>

Dans ses problèmes généraux posés par le choix thérapeutique en psychiatrie infantile, il en explicite les enjeux :

La psychiatrie infantile est considérée comme une science indépendante. Elle a une courte histoire fondée sur un long passé. Trop longtemps adultomorphe, elle devint

855 De Ajuriaguerra 1967, 9.

une science particulière à partir du moment où elle tint compte de la dynamique du développement, de la genèse des fonctions dans le temps, de la mise en valeur des possibilités de l'enfant à chaque étape de son évolution, de l'étude conjointe des phénomènes maturatifs et de l'activité constructive interrelationnelle<sup>856</sup>.

Les spécificités de la psychopathologie infantile sont de taille en raison de la plasticité cérébrale, des différences d'équipement de base entre les enfants, et parce que le petit patient se trouve en formation. Aussi, la même cause peut agir différemment suivant le moment de l'évolution fonctionnelle ; l'action d'une désorganisation donnée est variable suivant l'état de fonctionnement conjoint, des possibilités de compensation ou de dépassement ; la suppression de la cause après une certaine période de désorganisation ne modifie pas nécessairement le tableau clinique – la personnalité au cours de l'évolution pouvant prendre des formes nouvelles d'adaptation<sup>857</sup>. En conséquence, le choix thérapeutique doit être préparé, adéquat, socialement valable. « L'enfant vit une vie dépendante dans un cadre qui lui est donné, dans un entourage qui le forme ou le déforme », on peut même souvent se demander « si la thérapeutique ne doit pas s'arrêter à un certain niveau créant un nouvel équilibre vivable quitte à y revenir par la suite »<sup>858</sup>.

Le dispositif de soins qui prévaut pour traiter les psychoses de l'enfant est l'hôpital de jour qui s'appuie sur les pratiques développées dans le cadre théorique de la psychothérapie institutionnelle. À partir de l'accueil d'un enfant au sein d'un groupe et d'une institution soignante, des effets de transferts multiples appelés constellations font l'objet d'un travail psychothérapeutique de reprise, au sein d'une équipe composée de différents professionnels aux formations multiples et complémentaires (infirmier, éducateur, psychologue, psychomotricien, orthophoniste, etc.). Les repères de temps et d'espace sont posés de manière à analyser leur emploi par les patients. Sont mises en place des surfaces de projection, des scènes psychiques,

856 De Ajuriaguerra 1967, 3.

857 De Ajuriaguerra 1967, 9-11.

858 De Ajuriaguerra 1967, 11.

qui permettraient des formulations (mise en mot) et des élaborations (mise en sens).

Ces dispositifs sont peu nombreux et souffrent d'un manque de places en France. Ils nécessitent des équipes très organisées et pour ainsi dire bien soignées. Une des idées phares de la psychothérapie institutionnelle est en effet de soigner les patients en apportant une attention particulière aux effets pathogènes de la pathologie elle-même sur l'institution. Ainsi faut-il soigner l'hôpital. Dans cette optique, il s'agit aussi de prendre soin des parents, même s'ils ne sont pas considérés comme pathologiques ou pathogènes par eux-mêmes. Le psychiatre Pierre Delion définit cette manière de dispenser des soins comme un

courant de réflexions et de pratiques qui comprend la vie quotidienne comme une tablature sur laquelle la trajectoire du patient en errance psychopathologique vient inscrire les actes de sa demande insue, pour la transformer progressivement en histoire personnelle ; à la première personne du singulier. Les espaces-temps qui sont offerts à ce cheminement constituent autant d'occasions d'être accompagné, porté, tenu, maintenu<sup>859</sup>,

ce qu'il propose de nommer « fonction phorique ». Nourrie de théorisations psychopathologiques, la psychothérapie institutionnelle se dresse contre une « approche vétérinaire »<sup>860</sup>, sans paroles intersubjectives, de la maladie mentale.

Si le pédopsychiatre tient une place de coordination des soins depuis l'avènement de la spécialité avec les « buts et méthodes » d'Heuyer (voir chapitre 1), le propre des soins psychiatriques chez l'enfant est de proposer un abord psychologique et relationnel des troubles psychotiques. En quoi consistent-ils ? On distingue classiquement les thérapies individuelles des thérapies de groupe ainsi que celles qui prennent la forme de soins institutionnels sur des temps plus importants – demi-journée ou journée entière. Ces thérapies viennent en plus de l'abord pédagogique et de l'abord éducatif. Elles s'articulent au mieux ensemble. D'ailleurs, dès l'origine, la psychiatrie de l'enfant a tenté de penser une pédagogie adaptée aux troubles psychiques.

859 Delion 2014, 111.

860 Delion 2014, 112.

Heller, qui a théorisé certaines démences infantiles à Vienne au début du 20<sup>e</sup> siècle, était le chantre d'une pédagogie curative (*Heilpädagogik*). L'articulation des approches purement psychologiques, relationnelles générales, pédagogiques et éducatives, est de mise mais celles-ci entrent aussi parfois en concurrence : on ne peut pas dans chaque situation tout faire tout de suite en même temps. Il faut savoir commencer par tel abord de soins, comme préalable pour rendre un enfant disponible pour apprendre.

La place d'un médicament psychotrope dépend beaucoup du diagnostic posé. Le diagnostic d'autisme ne donne pas lieu à une médication centrée sur le processus pathologique. Tout juste voit-on de nos jours des traitements dédiés aux troubles du sommeil fréquemment associés à l'autisme<sup>861</sup>. À l'inverse, le diagnostic de schizophrénie indique facilement la prise de médicaments neuroleptiques, prescrits également d'ailleurs chez l'adulte. Cependant, différentes pathologies relationnelles graves de l'enfant donnent lieu à la prescription de médicaments dits antipsychotiques alors que le diagnostic de psychose de l'enfant n'est pas, ou plus, posé. Paradoxe pour le moins intéressant et assurément surprenant. Doit-on s'attendre à la débaptisation des médicaments antipsychotiques à cause de l'abandon des psychoses de l'enfant comme entité nosographique ? Ou doit-on s'attendre, au contraire, à un retour des psychoses de l'enfant du fait de l'utilisation importante, malgré tout, de ces traitements courants en psychiatrie générale pour les pathologies psychotiques habituelles, telle une influence persistante de la psychiatrie de l'adulte sur la psychiatrie de l'enfant ?

Il est vrai qu'il existe bien souvent différentes formes de bricolage dans la mise au point d'un traitement. En psychiatrie, Benoît Majerus l'a démontré au sujet de la découverte des neuroleptiques à partir d'une histoire de la psychiatrie revendiquée « par en bas », mais qui en fait mêle l'étude précise des textes psychiatriques originaux aux récits des patients et des acteurs<sup>862</sup>. On ne cherche plus depuis longtemps à placer les médicaments dans

861 En France, des médicaments dont le principe actif est à base de mélatonine ont obtenu ces dernières années une autorisation de mise sur le marché pour des indications de TSA.

862 Majerus 2019.

une opposition entre organogénèse et psychogénèse des troubles. Il s'agit avant tout d'apporter un apaisement, un amoindrissement des symptômes qui empêcheraient par eux-mêmes d'autres actions thérapeutiques. Ainsi, selon Lantéri-Laura qui intervenait dans un colloque en décembre 1978 organisé par *L'Évolution psychiatrique* en hommage à Ey,

l'efficacité d'une chimiothérapie n'empêche en rien l'origine conflictuelle du trouble, et les résultats d'une entreprise psychothérapeutique précise n'ont rien à l'organicité du processus ; nous dirions volontiers qu'il n'y a partout que transfert et référence au cerveau, sauf la difficulté à le penser avec rigueur. La référence aux institutions appellerait des remarques voisines<sup>863</sup>.

Les indications de traitement sont à penser selon les bénéfices attendus quant aux symptômes à fort retentissement et les effets adverses que l'on peut craindre – effets secondaires psychiques, effets physiques des médicaments sur l'alimentation, la croissance, le métabolisme notamment. Les cliniciens se plaignent régulièrement du peu d'études réalisées dans le domaine de la psychopharmacologie pédopsychiatrique. Il y aurait là aussi de nombreux travaux de recherche à effectuer sur l'histoire des médicaments en pédopsychiatrie : pourquoi si peu de recherches ? Beaucoup de traitements pour l'adulte sont donnés aux enfants et la situation est identique pour la pédiatrie générale. La posologie est adaptée un peu comme si l'enfant était un adulte en miniature, selon l'image critique classique de la manière de considérer l'enfant sans ses spécificités.

On peut sans doute faire l'hypothèse d'une crainte particulière à l'endroit de l'administration de médicaments aux enfants, et ce pour de nombreuses raisons. Avanc ons simplement une sorte d'opposition entre la notion de traitement et la notion de développement qui représente le cours des choses : traiter, n'est-ce pas influencer sur le cours naturel ? Est-ce légitime sans en connaître exactement tous les tenants et les aboutissants ? En outre, l'administration du médicament n'est pas directe. La médiation des parents lui donne un tour éthique et juridique

863 Caroli 1980, 33.

particulier. En pratique, il s'agit de convaincre l'enfant *et* ses parents. Ces tiers à persuader ne sont tiers pour ainsi dire qu'à moitié, car ils ne sont pas vraiment extérieurs à la médication, ils en sont partie prenante.

### Une entité à (re) découvrir ?

L'entité que nous circonscrivons à travers ces quatre situations cliniques relève du champ des psychoses de l'enfant. Pourrions-nous aller plus loin à partir de leurs rapports aux deux autres entités que sont la schizophrénie et l'autisme ? En tout cas, nous ne pouvons pas ne pas prendre en compte la dimension développementale de tout processus en cours chez un enfant.

Les diagnostics que l'on pourrait porter de schizophrénie de l'enfant ou d'autisme de l'enfant ne sont pas satisfaisants. D'une part, la clinique ne relève pas d'hallucination ni de délire franc. Remarquons à nouveau qu'il est difficile chez l'enfant d'être à ce point catégorique sur la présence ou non de délire tant la définition dépend d'un mode d'appréhension mis au point chez l'adulte. Ici aussi, la clinique de l'enfant pourrait faire entendre ses spécificités pour faire valoir le symptôme délirant autrement que chez l'adulte<sup>864</sup>. De plus, nos cas ne laissent pas percevoir de franche dissociation, entendue du côté de barrage de la pensée ou de discordance id o-affective. D'autre part, les enfants évoqués ne présentent pas de stéréotypie, ni de déficit massif au départ. La fameuse immuabilité de Kanner est absente. Et pourtant il nous est difficile d'affirmer que ces situations cliniques n'ont rien à voir avec la schizophrénie et l'autisme depuis qu'ils sont décrits progressivement au 20<sup>e</sup> siècle.

Si les situations cliniques évoquées ne peuvent être renvoyées ni à la schizophrénie de l'enfant ni à l'autisme de l'enfant, elles en portent toutefois certaines caractéristiques qui d'ailleurs peuvent leurrer le clinicien ou générer le diagnostic pour l'un ou pour l'autre selon les hégémonies épistémiques du moment. Nous préférerions alors ranger ces situations

864 On pourrait penser sur ce point également à la création d'un nouveau concept.

de psychoses de l'enfant comme autrement schizophréniques et autrement autistes. Nous constatons effectivement l'éclatement de la pensée, le vécu récurrent de persécution, la désorganisation ou la déstructuration de la pensée et du langage, du côté de la schizophrénie classique. Nous observons également le retrait relationnel, le peu d'accessibilité en situation non décidée par l'enfant, la sensibilité aux détails qui pourront prendre des proportions gigantesques, du côté de l'autisme conventionnel.

Doit-on alors parler de *schizautiste* ? Certains théoriciens lacaniens ont proposé des termes apparents, en l'occurrence celui de psychautiste – mot-valise mêlant le psychotique et l'autiste. Ce dernier terme nous paraît impropre puisqu'il associe un adjectif substantivé (le psychotique) à un substantif (devenu d'ailleurs également un adjectif) créé récemment à partir de l'adjectif autistique. Si l'on se contente d'un qualificatif afin de ne pas identifier la personne à sa maladie ou à ses troubles, le terme schizautistique permettrait de relier à nouveau schizophrénie et autisme dont l'origine est commune en insistant sur l'autisme de la schizophrénie ainsi que sur la dissociation (*schize-Spaltung*) dans cette forme autistique. Il est difficile de ne pas entendre dans l'adjectif développemental, le mental qui se développe. Au-delà du jeu de mot et de consonance, la notion de développement fascine (voir chapitre 9), car elle porte en elle le caractère dynamique du mouvement, l'énergie intrinsèque du vivant et ses possibles remaniements. S'ouvre une vision optimiste avec des perspectives thérapeutiques à l'horizon, ce qui explique sans doute l'intérêt des psychiatres d'adulte assombris par la chronicité des maladies mentales.

L'enfant par le prisme du développement détient une dimension tout de même spécifique, quoiqu'il soit dit du développement durant toute une vie. En effet, l'enfant, lui, est en plein développement, sa vitesse de croissance n'est pas comparable à celle de l'adulte. Sa plasticité et son corollaire, sa fragilité, s'en trouvent décuplés. Le développement est une trajectoire qui se dessine au fur et à mesure. Et il peut exister pour un même individu différentes trajectoires possibles. Ainsi peut-on penser l'intérêt et l'urgence d'un traitement intensif. Et aussi la prudence dans les choix effectués avec la nécessité d'une

réévaluation très serrée des traitements entrepris. Sur ce plan temporel, n'existe-t-il pas une lenteur malgré tout ? Il est habituel de mettre en avant la temporalité particulière de l'évolution psychique. L'évaluation de toute forme de psychothérapie en porte les conséquences. En effet, le développement psychique est lent en général, mais celui de l'enfant l'est moins, il montre une dimension accélérée, pourvu que les différents facteurs majeurs en cause puissent être modifiés concomitamment.

### De nouveaux concepts à créer ?

En envisageant l'épistémologie comme une manière plus libre de penser la clinique, nous pouvons laisser un temps la nouvelle approche quantitative contemporaine de la clinique, qui tente d'analyser les données à une échelle populationnelle, pour revenir à une description qualitative de cas dont les coordonnées pourraient se renouveler. Car dans la lignée de l'épistémologie à la française, « le présent n'est pas un donné, mais bien plutôt un problème – ou une construction – qui n'est pas nécessairement progressif par rapport au passé. »<sup>865</sup> Les pathologies relationnelles graves de l'enfant restent un problème non résolu qui s'appuie sur des conceptualisations à identifier et à compléter. À partir de la clinique (pathologique), et à partir de l'observation générale des enfants (normale)<sup>866</sup>, nous identifions un triptyque, trois domaines d'intérêt pour approcher les psychoses de l'enfant.

C'est sans doute la première des grandes étapes du développement de l'enfant que de parvenir à se constituer soi-même et à se différencier des autres, l'un n'allant pas sans l'autre. Dans le champ vaste de la médecine et dans le domaine de la recherche, l'immunologie s'intéresse beaucoup à cette distinction du soi et du non-soi<sup>867</sup>. Les agents de l'immunologie étant censés

865 Braunstein 2016, 24.

866 Le précédent de la méthode d'observation des bébés de la psychoanalyste Esther Bick (Delion 2013) nous conforte dans la nécessité d'approcher la pathologie par le pathologique lui-même (clinique), le normal, et leurs rapports, comme nous y enjoint Canguilhem (Canguilhem 1966 [1943]).

867 Voir Minelli/Pradeu 2014.

en découdre avec le non-soi, une pathologie immunologique s'entend comme un trouble dans cette distinction qui se manifeste par des attaques du soi dans les maladies auto-immunes.

Avant même que l'enfant ne devienne un être social et sociable, son immaturité native indique bien que le soi ne se construit pas en soi, *sui generis*, mais qu'au contraire il se construit dans un rapport à l'autre, aux premiers autres – la mère, le père, tout *caregiver*<sup>868</sup>, la famille nucléaire, la famille élargie, puis aux autres – personnes extérieures à la maison, les pairs, etc. L'enfant psychotique souffre de difficultés à se trouver comme les autres. Il ne peut facilement s'identifier à des camarades ou à des adultes référents. Son image spéculaire, au sens d'une image de soi qui se construit à travers ce qu'autrui renvoie, ce miroir toujours quelque peu déformé, n'est pas en place.

La construction de soi passe aussi par l'imitation (faire comme les autres) puis la distinction (ne pas faire comme les autres). Cette modalité développementale se trouve en partie entravée et souffre d'un manque de va-et-vient possible dans ce jeu d'équilibre. L'enjeu est également ici l'intégration au groupe. Trop faire comme un autre, et c'est le moulage dans le groupe jusque l'indistinction. Ne pas réussir à faire suffisamment comme les autres, et c'est l'exclusion du groupe. Aussi, un des fondements thérapeutiques des psychoses de l'enfant réside en des traitements de groupe. On peut considérer à cet égard que le traitement institutionnel (la psychothérapie institutionnelle théorisée par François Tosquelles et Jean Oury à partir de la Seconde Guerre mondiale) figure une sorte de traitement d'*hypergroupe* : un groupe d'enfants reçu par un groupe d'adultes formant un groupe qui emploie son temps dans différents plus petits groupes sur des journées ou demi-journées<sup>869</sup>.

Les troubles psychotiques impactent toujours, bien que de manière variable, les apprentissages ou au mieux le rapport au savoir, selon la date du début, l'évolution et les soins apportés.

868 Terme issu de la théorie de l'attachement qui, depuis les travaux du psychiatre britannique John Bowlby, étudie le développement de l'enfant à travers les liens et les bons soins qui lui sont constamment portés par une personne (Bowlby 2011).

869 Oury 2016.

De manière non spécifique, certains enfants n'apprennent pas comme les autres. Leurs façons d'apprendre empruntent des chemins singuliers, de la manière qu'ils entretiennent des relations singulières avec autrui. Si l'on considère le savoir comme acquisition de connaissances, apport de l'extérieur vers l'intérieur, alors l'intellection pourrait aider l'enfant à mieux vivre un état affectif déroutant, à maîtriser des situations – sociales par exemple – difficiles, à tenir une prise sur le monde. De manière générale, l'effort des pédopsychiatres a été de différencier le retard mental de la maladie mentale de type psychose. Ainsi, les enfants psychotiques ne sont pas déficitaires en eux-mêmes, au début et s'ils ont des soins importants et adéquats. C'est en tout cas le pari médical de la psychiatrie de l'enfant.

Comme nous l'avons entraperçu dans les études linguistiques des enfants psychotiques, le langage apparaît affecté dans ses capacités de symbolisation. Cela comprend une difficulté à nouer le mot et la chose, à accéder au sens de la métaphore, à entrer dans les complexités d'un texte, à entendre les abstractions d'une histoire racontée. Pour autant, et peut-être par ce biais, le maniement du langage chez les sujets psychotiques est bien souvent teinté d'une grande poésie. Ils se posent des questions que (plus) personne ne pose. Déjà les enfants ont souvent cette candeur des questions premières, certains, psychotiques, la gardent avec une naïveté touchante, leur conférant une certaine fragilité. Il ne laisse pas d'ébranler le clinicien attentif au questionnement philosophique, celui des grandes questions, essentielles et premières.

Une caractéristique clinique importante dans le champ des psychoses est le symptôme d'angoisse. Si sa définition est protéiforme<sup>870</sup>, les types d'angoisse psychotique sont particuliers. Ils sont déjà en grande partie connus et décrits : angoisse de morcellement, d'évidement, de chute, de néantisation, de persécution, d'intrusion, etc. Il serait intéressant d'étudier les éventuelles spécificités de l'angoisse chez l'enfant. Les angoisses infantiles concernant notamment l'autisme ont déjà été décrites en termes d'angoisses archaïques ou primitives<sup>871</sup>. Une typologie

870 Kapsambelis 2009.

871 Haag 2008.

plus large ferait la part de ces angoisses propres à l'enfant, en rapport avec les parents, avec la fratrie, et déterminerait celles auxquelles nous n'avons sans doute pas facilement accès. On peut ainsi penser à ces inquiétudes sourdes qui minent l'enfant empêché dans ses apprentissages scolaires. La tradition clinique phénoménologique serait d'une grande utilité pour cette saisie d'une clinique intime, par nature angoissante, car émanant d'un enfant angoissé.

Nous avons tenté de relire et relier des tableaux cliniques à l'aune de notre recherche philosophique et historique. Il en résulte que la schizophrénie de l'enfant comme l'autisme de l'enfant sont conceptuellement à la fois indispensables et insuffisants pour soigner des enfants présentant un tableau clinique de psychose. Si l'analyse fine de nos quatre situations cliniques apprécie les liens et les écarts avec ces deux entités, elle aboutit finalement à préciser ce qui serait *autrement* schizophrène et autiste, et particulier aux psychoses de l'enfant : des éléments cliniques qui ont trait à chacune de ces deux nosologies seraient à garder pour mieux circonscrire le problème. Nous avons vu à quel point les thérapies mises en œuvre sont liées au diagnostic et donc à la manière d'envisager la pathologie. L'adage médical – un diagnostic, un traitement – se vérifie, même si le traitement se veut personnalisé. En fait, si le traitement se veut de plus en plus individualisé, le diagnostic suit la même demande. Nous retrouvons les enjeux considérables de la nosographie.

Fort de notre enquête, nous ne pouvons pas affirmer qu'Élouane, Isabelle, Isidore et Éléonore n'ont rien à voir avec la schizophrénie ni avec l'autisme de l'enfant. Et pourtant ils ne sont ni autistes ni schizophrènes selon les conceptions contemporaines. Au plus large, l'application du spectre à l'autisme les rangerait sous la bannière « un peu autiste », ce qui est, convenons-en, très peu satisfaisant sur le plan intellectuel général et sur le plan médical pour proposer des soins. Notre conclusion est qu'il est encore utile de découvrir ou redécouvrir le champ des psychoses de l'enfant, fort de son épistémologie historique. Sans rien rejeter, et à tout prendre, il paraît pertinent de considérer un triptyque clinique qui traduit précisément et globalement la vie de l'enfant. D'abord, son identité

se construit dans son lien à autrui et dans un rapport à soi. Ensuite, les capacités d'apprentissages se développent selon un certain rapport au savoir. Enfin, des peurs sans objet réel, qu'il est convenu de nommer angoisses, appartiennent à la vie affective de l'enfant. Chacun de ces trois domaines présente une coloration particulière dans les psychoses de l'enfant. Leur rassemblement se justifie par les liens qui existent entre eux. L'angoisse peut bloquer des capacités d'apprentissage. Les capacités d'apprentissages remobilisées, peuvent aider à une meilleure intégration dans le groupe de pairs. Ne pas comprendre autrui peut générer de grandes angoisses. Et ainsi de suite. D'autre part, ce triptyque aborde l'ensemble de la vie de l'enfant qui nécessite une prise en soins, certes personnalisée, mais aussi globale.

Cette prise en compte de différentes dimensions de la vie pour un patient a un précédent en psychiatrie de l'adulte, une échelle d'évaluation qualitative mise au point sur le secteur du XIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris, la COP 13<sup>872</sup>. Il s'agit de « penser ensemble le tout d'une psychose »<sup>873</sup>. Chez l'adulte, il est question d'étudier aussi bien « la destructivité, les modifications des investissements, les capacités fonctionnelles du Moi, les équilibres interactifs du sujet avec son environnement, le rapport au corps [que] la situation sociale » du patient. Pourquoi ne pas mettre au point un outil d'évaluation à visées diagnostique et thérapeutique de cet ordre en psychiatrie de l'enfant ? Il faudrait sans doute y ajouter le recours à des conceptions psychopathologiques autres que psychanalytiques et bien prendre en compte la dimension développementale particulièrement importante en pédopsychiatrie.

Une grande question a présidé à notre effort de recherche. La philosophie de la médecine et en particulier de la psychiatrie, comme épistémologie historique, serait-elle toujours condamnée à venir après la discipline ? À lui courir toujours après, sans jamais la précéder, ni lui ouvrir la voie ? Ne pourrait-elle pas éclairer d'un jour nouveau un des chemins à suivre pour les médecins ? Nous aurons réussi notre enquête si la réponse à cette dernière

872 Chambrier-Slama *et al.* 2014.

873 Odier 2014.

question s'avérait nuancée à la fin du présent ouvrage. Sinon, nous observons à tout le moins que cette recherche participe de l'apprentissage de la spécialité, qui nous renverrait à une sorte d'épistémologie génétique de la discipline, pour reprendre l'heureuse expression du psychologue épistémologue Jean Piaget, dans laquelle la connaissance est une « construction effective et continue »<sup>874</sup>, dialectique entre le sujet et l'objet. Il s'agirait là encore de l'apprentissage d'une attitude critique et lucide envers les théories anciennes ou nouvelles, à propos des conceptualisations annoncées, contemporaines et futures.

---

874 Piaget 2005, 5.

## Conclusion

Entre disparitions et persistances, les psychoses de l'enfant demeurent un objet clinique incontournable dont les racines historiques et épistémologiques parcourent l'ensemble de la pédopsychiatrie. Trois périodes chronologiques ont été découpées à partir de trois dates charnières : 1911 et la naissance concomitante, ou plutôt enchâssée, de la schizophrénie et de l'autisme selon Eugen Bleuler ; 1943 et la naissance de l'autisme infantile avec Kanner ; 1979 et l'abandon de la schizophrénie de l'enfant pour la notion de développement comme base conceptuelle pour penser la pathologie de l'enfant en psychiatrie. Chacune de ces périodes concentre le regard sur l'une des trois entités – schizophrénie, psychose, autisme. Cependant, l'enquête aboutit à une approche nécessairement transversale. Histoire et analyse philosophique de la schizophrénie de l'enfant peuvent se lire en continuité à travers les trois parties, aux chapitres 2, 5 et 8 ; il en est de même pour l'autisme aux chapitres 3, 4 et 10. Ce maillage serré permet de saisir au plus près cette expression trouble et mouvante des psychoses de l'enfant, dans des liens étroits et permanents avec la schizophrénie et l'autisme de l'enfant, quelle que soit l'époque. Cet équilibre conceptuel rend impossible l'élimination pure et simple de l'un des trois termes ; chacun ne peut se penser sans les deux autres. Autrement dit, nous sommes en présence d'un nouage qui peut se transformer sans toutefois se défaire.

À travers la schizophrénie et l'autisme, deux entités aux origines bien établies, se dessinent deux manières de porter le regard clinique sur ces pathologies. Dans le même temps, elles en constituent deux racines souches, toujours actives, avec des effets de référence, de prépondérance et de résonance variables selon l'époque. D'un côté, la schizophrénie de l'enfant, en plein développement dans les années 1930-1950, garde sa forte implantation dans le paysage de la psychiatrie de l'adulte. De l'autre, l'autisme de l'enfant, détaché de la première, envahit depuis les années 2000 tout le champ de la pathologie relationnelle pédopsychiatrique. Entre ces deux grands développements, les psychoses de l'enfant ont pris la première place dans les années 1960-1970. Leur disparition tient d'abord à leurs

faiblesses. Associées au mouvement structuraliste et à la psychanalyse, notamment lacanienne, elles n'intègrent pas facilement la notion de développement, pourtant essentielle pour penser les enjeux évolutifs chez l'enfant. Leur persistance témoigne d'un champ pathologique propre. Sur un plan épistémologique, elles forment à la fois une trame conceptuelle capitale et un reste dans le découpage nosographique. Définition positive, bien qu'en filigrane. Définition négative dans ce qu'elle permet de recouvrir en dehors de ce qui est plus clairement défini. Le mot psychose lui-même renvoie à la maladie psychique dans son essence. Jugé trop grossier, il se trouve rabattu à d'autres notions considérées comme plus précises. Sa disparition pourrait signifier celle de la spécialité médicale, la pédopsychiatrie, dont elle est l'objet par excellence. Si « l'histoire de l'autisme peut servir de paradigme pour mieux comprendre l'histoire de la pédopsychiatrie »<sup>875</sup>, l'histoire et la philosophie de la psychiatrie révèlent l'édifice conceptuel que constituent les psychoses de l'enfant, évoluant dans le temps selon différents contextes – social, intellectuel, scientifique.

Alors que trois périodes successives mettent en jeu, chacune dans un certain équilibre, trois entités, celles de psychose, de schizophrénie et d'autisme, aucune identité simple ne saurait leur être associée, quelle que soit la période considérée. Nous avons établi qu'il ne s'agit pas d'une succession lors de laquelle une notion prendrait le pas sur une autre. L'analyse de leurs liens complexes permet de démêler un écheveau épistémologique duquel se dégagent quelques lignes de force. Schizophrénie et psychose étant dans des liens d'inclusion réciproque selon l'époque, nous pouvons conclure que la schizophrénie de l'enfant a permis aux psychoses de l'enfant à l'origine de se développer. Elle aura été un concept déclencheur, autorisant conceptuellement les psychoses à trouver leur place chez l'enfant. Quant à l'autisme, il a d'abord appartenu à la schizophrénie puis s'en est détaché jusqu'à l'autonomie pour ensuite s'y opposer. En somme, il est venu éteindre le champ conceptuel des psychoses.

875 Hochmann 2012, 215.

Devons-nous remettre les psychoses de l'enfant au goût du jour des cliniciens et des patients qui dorénavant participent des appellations diagnostiques dans le souci d'intégrer ces derniers à l'ensemble de leurs prises en charge et soins ? Oui, s'il s'agit de défendre un intérêt médical, clinique et scientifique. Car ni la schizophrénie ni l'autisme ne semblent susceptibles de répondre aux défis de ces pathologies relationnelles et développementales complexes. Mais le triptyque schizophrénie-autisme-psychose de l'enfant constitue finalement une impasse conceptuelle dont il nous faut sortir pour espérer réaliser de réelles avancées médicales. La schizophrénie infantile est une entité trop plaquée sur la clinique de l'adulte, qui d'ailleurs réfléchit à intervalle régulier à se passer de la schizophrénie en général<sup>876</sup>. L'autisme infantile a marqué l'histoire de la psychiatrie de l'enfant par le mouvement d'émancipation auquel il correspond vis-à-vis de la psychiatrie de l'adulte. Son intérêt épistémologique est justement d'être lié originellement à la schizophrénie, mais cette attache native finit par restreindre son champ d'action de façon neuve et franchement distincte. Les psychoses de l'enfant renvoient à une période, à des descriptions, à des conceptualisations sans doute les plus fécondes, qu'il serait profitable de poursuivre. Il faudrait, d'un côté, maintenir le lien avec les pathologies de l'adulte<sup>877</sup> et, de l'autre, développer une indépendance conceptuelle dont les premières pierres ont été posées par l'émancipation disciplinaire évoquée plus haut. Il s'agit donc aujourd'hui d'ouvrir un second temps, nécessitant de nouvelles descriptions sur un champ conceptuel informé d'histoire et de philosophie de la médecine. Si des liens forts persistent entre l'enfant et l'adulte en psychiatrie, c'est aujourd'hui la pédopsychiatrie qui influence de ses vues la psychiatrie de l'adulte<sup>878</sup>.

Nous proposons finalement de redéfinir les psychoses de l'enfant à partir de trois axes diagnostiques : le rapport

876 Guloksuz/Van Os 2018.

877 La raison profonde en est sûrement que, en dernière analyse, ce sont les adultes qui s'occupent des enfants et que, au-delà de toute hypothèse étiopathogénique, il est difficile de séparer les pathologies relationnelles de l'enfant des pathologies relationnelles de l'adulte.

878 Craus 2024b.

à autrui, le rapport au monde et au savoir, la catégorie d'angoisse. Chacun de ces axes est connu, développé dans différentes branches de la pédopsychiatrie et de ses surspécialités. Notre proposition consiste à les rassembler pour décrire de manière suffisante le champ psychotique de l'enfance, à rebaptiser peut-être en lien avec la notion de singularité, telle une pathologie du développement et de la singularité, dans un rapport entre singularité et régularité. La singularité psychotique s'avère complexe, à la fois singularité extrême (étrangeté, non partageable, isolement) et défaut de singularité (d'accès à un soi). Les difficultés concernant la régularité sont plus univoques. En défaut par rapport aux lois communes, il est question de permettre au patient de trouver ou retrouver des régularités personnelles (harmonie, congruence des facultés) et collectives pour moins de discordance et une affiliation autorisant une meilleure sociabilité.

Les enjeux de discipline sont importants à prendre en considération, tant l'autonomie d'une discipline tient aux liens et aux influences réciproques entre disciplines connexes<sup>879</sup>. Cependant, l'appel à un retour de la clinique constituerait une naïveté. Il n'existe pas de clinique sans théorie sous-jacente. Il semble donc nécessaire de ménager des aller-retours théorico-cliniques incessants afin de modifier la théorie – le regard, selon les éléments cliniques et les effets thérapeutiques. Pour renouveler le regard, encore faut-il connaître et analyser les regards déjà portés. En tout état de cause, continuer de décrire les phénomènes auxquels nous assistons apparaît primordial. La matière clinique ordonne au médecin un effort de description. Et cet effort peut se réaliser dans la naïveté de la tentative du moment, mais il ne doit jamais oublier ce que ses prédécesseurs ont accompli avant lui dans ce même effort. La communauté des morts et des vivants se tient là. C'est ce qui relie un Galien avec un médecin d'aujourd'hui et fait prêter serment ce dernier sur la formule d'Hippocrate. Mais cet effort de description peut aussi se réaliser avec la conscience et l'analyse critique de son propre mouvement d'écriture. Les processus de description et les manières de décrire peuvent être utilement interrogés pour

879 Kendler 2012.

améliorer la description elle-même. Un renouvellement s'avère en effet possible à partir de nouvelles possibilités de décrire. En corollaire, on peut relier, voire tenter d'expliquer une forme d'assèchement des descriptions cliniques – d'aucuns se plaignent d'un appauvrissement de la clinique – par la perte de sens de notions imposées par une nosographie administrative détournée du terrain clinique et thérapeutique des praticiens.

Faut-il pour autant en appeler à une nouvelle phénoménologie psychiatrique ? Tout dépend ce que l'on entend par là. Une orientation contemporaine est de reprendre la phénoménologie au compte d'une analyse philosophique fournissant des modèles et des analyses forts, pour reprendre les termes du philosophe Tim Thornton<sup>880</sup>. Très développée sur le plan international au sein de l'Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry, essentiellement par des psychiatres de formation, elle aurait pour tâche d'humaniser la psychiatrie, en mettant en avant sa capacité, réelle ou supposée, de se mettre à la place du patient en vertu de la place centrale qu'elle accorderait à l'empathie.

Un autre usage consisterait à faire de la phénoménologie une discipline qui prendrait en considération le récit à la première personne, c'est-à-dire la subjectivité des individus, subjectivité racontée dont ne tiendraient pas compte d'autres courants naturalistes à l'œuvre en psychopathologie et en psychiatrie<sup>881</sup>. Ce faisant, la phénoménologie est convoquée dans la mesure où elle peut contribuer à développer l'approche dite « centrée sur le patient ». Or, comme le précise le médecin et philosophe Camille Abettan,

cet impératif n'est rien d'autre qu'une traduction dans le milieu des soins de l'exigence d'autonomie qui s'est progressivement imposée (notamment dans le milieu de la santé) depuis la fin des années 1950 en Occident. Il s'agit là d'un élément totalement étranger aux fondateurs de la psychiatrie phénoménologique<sup>882</sup>.

880 Thornton 2007, 237.

881 Voir notamment Volkmar/Cohen 1985.

882 Abettan 2018, 29.

Bien sûr, historiquement, la phénoménologie psychiatrique joue un rôle de pont entre la clinique psychiatrique et la philosophie, au sens de l'épistémologie ou dans un sens encore plus large. Citons pour exemple les premiers travaux de Lantéri-Laura<sup>883</sup>. En d'autres termes, le recours à la phénoménologie, telle une « gardienne d'une prudente vigilance constamment aux aguets »<sup>884</sup>, a toujours poussé les psychiatres à s'interroger sur les concepts qu'ils utilisent, sur leurs modèles et sur le bien-fondé des pratiques qui en découlent, alors même que ces concepts, ces modèles et ces pratiques semblaient aller de soi. Sur ce plan, plusieurs questions, davantage d'ordre épistémologique<sup>885</sup>, posées par la phénoménologie pourraient intéresser la pédopsychiatrie, et nous intéresser s'agissant des psychoses de l'enfant. Le diagnostic en psychiatrie est-il établi selon un procédé de type inférentiel ou bien s'établit-il d'une autre manière, et le cas échéant, laquelle ? Comment faire intervenir en d'autres termes dans le diagnostic l'expérience vécue du clinicien et celle du patient au sein de leur rencontre ?

Terminons sur la philosophie et l'histoire de la psychiatrie, telles que nous les envisageons ensemble sur le modèle de l'histoire et la philosophie de la médecine<sup>886</sup>, d'une part comme analyse critique de la psychiatrie passée et d'autre part comme découverte des concepts actuels permettant d'en entrevoir d'autres pour le futur. Une méthode historiographique classique de lecture des textes spécialisés de la discipline et d'archives permet de mieux saisir la construction des idées qui donne le *la* à la recherche et *in fine* oriente le regard clinique. Et cette histoire a la particularité d'être instruite par le regard formé de psychiatre. Si l'histoire de la psychiatrie sans historien vire à l'hagiographie idiote, il nous semble également que l'absence de tout regard psychiatrique en histoire de la psychiatrie prendrait le risque d'une déperdition préjudiciable pour cette histoire elle-même : connaissance profonde du domaine et recul

883 Lantéri-Laura 1968 ; 1963.

884 Abettan 2018, 21.

885 Abettan 2015.

886 Braunstein 2010.

méthodologique offrent ensemble la bonne distance à un objet d'étude auquel la sympathie naturelle que nous lui portons incline à la participation de son bon développement.

Si nous reprenons à notre compte l'idée de régionalisme épistémologique, et celle de « récurrence, entendue comme juridiction critique sur l'antérieur d'un présent scientifique, assuré, précisément parce qu'il est scientifique, d'être dépassé ou rectifié »<sup>887</sup> – « présent [qui] n'est pas un donné, mais bien plutôt un problème – ou une construction »<sup>888</sup>, l'épistémologie de la pédopsychiatrie est cependant à la pointe de nombreuses interrogations qui concernent l'ensemble de la psychiatrie, et plus avant l'ensemble de la médecine. La nosologie psychiatrique pose en effet à la médecine nombre de questions qu'elle ne se serait probablement pas posée sans elle<sup>889</sup>. La psychiatrie vue ainsi est un laboratoire qui ne laisse pas de poser problème à la médecine et à la philosophie. À la pointe de ces réflexions, la psychiatrie qui soigne spécifiquement l'enfant, depuis relativement peu de temps, creuse et élargit en fin de compte les problématiques.

Engendrer un être nouveau, c'est faire sortir quelqu'un du non-être. Pour concevoir la venue d'un être qui jusque-là n'existait pas, on a postulé une continuité dans le devenir entre « être en puissance » et « être en acte », mais le passage à l'acte requiert une initiative génératrice, et la continuité d'un processus lent et complexe qui, mis en route, a sa propre fragilité<sup>890</sup>.

Les psychoses de l'enfant ont, sans doute, à voir avec cette fragilité.

887 Canguilhem 1977, 21.

888 Braunstein 2016, 24.

889 Regier *et al.* 2011, 59-77.

890 Fagot-Largeault 2021, 118-119.

## Épilogue

Où en sommes-nous en 2026 ? L'épistémologie intéresse les psychiatres, et l'école britannique de Cambridge autour de Berrios y voit même une « union vitale »<sup>891</sup>. Aucune méfiance ici envers les avancées biologiques de la médecine, puisque la biologie elle-même peut être considérée « comme une science historique »<sup>892</sup>. Notre recherche, entamée en 2016, ne nous semble pas avoir perdu de sa pertinence. Commence, au contraire, à émerger une remise en cause du tout-autisme facilitée par le concept de spectre. Ainsi, d'éminents chercheurs réclament un retour en arrière épistémologique en revenant à la prise en compte de l'autisme prototypique et en réintroduisant les descriptions qualitatives cliniques détaillées et, plus largement, en réhabilitant « l'intuition clinique du praticien »<sup>893</sup>.

En France, le tout-neurodéveloppemental commence à être critiqué, tant les hypothèses se confondent avec des promesses qui tiennent lieu de faits *science-fictifs* puis d'annonces naïves dans les médias. Cependant, dans la presse, un appel se fait entendre pour une formation médicale, en particulier des psychiatres, complète, tant du côté scientifique que des humanités<sup>894</sup>. L'idéologie neuroscientifique placerait la psychiatrie uniquement du côté du cerveau et de l'expertise diagnostique comportementale. Les politiques de santé publique s'en ressentent aujourd'hui, à l'heure où les Centres médico-psycho-pédagogiques, les CMPP, sont appelés à devenir des plateformes de diagnostic et d'orientation vers des prises en charge libérales codifiées jugées plus efficaces. Certains philosophes se féliciteraient de cette évolution qui pourrait annoncer la fin de la psychiatrie. Au-delà de toute défense corporatiste, il nous paraîtrait dommageable, en premier lieu pour les patients qui viennent

---

891 Markova/Berrios 2022.

892 Gayon 2005.

893 Mottron/Bzdok 2020.

894 Falissard 2020b.

nous consulter, qu'une telle évolution, marquée par un « rationalisme euphorisant »<sup>895</sup>, se poursuive.

Histoire et philosophie concernées par la psychiatrie de l'enfant peuvent nous aider à déjouer les pièges de l'idéologie et des effets de mode, sur les traces de Canguilhem lui-même suivant Bachelard :

Pour Bachelard il s'agit d'un engagement pour la raison, contre cette forme de rationalisme, sorte de superstition scientifique, expression béate d'un premier succès de rationalisation. Il est si vrai que le rationalisme de Gaston Bachelard est la contestation d'un rationalisme euphorisant qu'il invente un terme pour l'en distinguer, celui de « surrationalisme », qu'il fait appel à l'agressivité de la raison, systématiquement divisée contre elle-même. Le rationalisme polémique est autrement radical que la polémique rationaliste, souvent limitée par un compromis inconscient avec l'objet de sa critique. Pour espérer devenir rationaliste il faut plus qu'un souci de dévalorisation des préjugés, il faut la volonté de valoriser la dialectique du déjugement. L'engagement rationaliste c'est une révolution permanente. L'apparement du surrationalisme avec le surréalisme n'est pas seulement onomatologique<sup>896</sup>.

Aucun psychiatre ne peut rester indifférent à l'histoire de sa discipline. Son engagement auprès des patients, son écoute à l'autre et à ses résonances l'y conduisent et l'on se permettra ici de citer le médecin, historien de la médecine et des idées Jean Starobinski :

Consentons à le reconnaître : quand bien même l'histoire serait faite d'évictions successives, l'intérêt que nous portons à un objet extérieur, lointain et différent, a pour effet de l'inclure dans notre discours présent, de le faire nôtre, de l'intérioriser en quelque manière. Et quand bien même l'exploration de la mémoire se porterait sur une réalité qui nous est étrangère, convenons que toute anamnèse, toute « archéologie », en créant, hors de nous, une dimension de passé, marquent cet au-delà de nous-mêmes sans lequel nous serions dénués d'intériorité. Car si la notion d'intériorité a un sens, ce n'est pas comme réceptacle de trésors, de monstres ou de traces mystérieuses qu'il faut la concevoir, mais comme ce que fait de nous notre rapport

895 Canguilhem 2018, 516.

896 Canguilhem 2018, 516.

toujours muable avec l'autre – notre relation avec le dehors, avec ce que nous n'avons jamais été, avec ce que nous avons cessé d'être, ou avec les paroles qui ont circulé avant nous<sup>897</sup>.

En retour, l'histoire et la philosophie de la psychiatrie, si elles veulent étudier le vivant, ne peuvent que souhaiter contribuer à la psychiatrie entendue comme points de départ et d'arrivée. L'exercice médical nous y conduit et nous revient au décours du chemin parcouru,

car pour étudier le vivant, il faut prendre part à la vie (...) La vie, en tant que vivants, nous la trouvons là toute prête ; elle ne surgit point, mais elle est déjà là, elle ne commence pas, car elle a déjà commencé. Au commencement d'aucune science de la vie ne se trouve le commencement de la vie elle-même ; au contraire, la science a commencé par un éveil de l'interrogation en plein milieu de la vie<sup>898</sup>.

897 Starobinski 1989, 266.

898 Von Weizsaecker 1958 [1939], 33.

## Postface

En psychiatrie, les diagnostics sont des compagnons de route aussi familiers qu'insaisissables. C'est d'ailleurs peut-être pour cela que beaucoup hésitent encore à les associer à d'authentiques maladies et préféreront parler de syndromes, voire de troubles. La polysémie de ce dernier terme lui donne d'ailleurs une saveur toute particulière.

Le diagnostic de psychose est bien emblématique de cette situation. À l'origine, conformément à son étymologie, le terme opposait les maladies de l'esprit aux maladies des nerfs (les névroses). Un bon siècle plus tard, il est essentiellement utilisé en psychiatrie de l'adulte pour désigner les pathologies dont le substratum biologique est le plus souvent mis en avant. Quel retournement de situation !

En pédopsychiatrie, si vous souhaitez prononcer les mots « psychose infantile » ou « psychose de l'enfant » il faudra le faire avec prudence, au pire les chuchoter, et ce uniquement en bonne compagnie. En effet, en principe ce type de trouble n'existe plus, ou tout au moins le concept est désormais considéré comme dépassé, archaïque.

Mais, au fait, qui peut décider qu'une désignation diagnostique est dépassée ? Voyons ce qu'en disent nos camarades somaticiens. Le diagnostic de phtisie a disparu, car il recouvrait à la fois la tuberculose pulmonaire et certains états de profonde altération générale que l'on n'arrivait pas à différencier des premiers avant la découverte du bacille de Koch. La grippe aphteuse est désormais le syndrome pied-main-bouche, car cette infection virale n'est pas en lien avec le virus de la grippe. L'hydropisie, quant à elle, disparaît du vocabulaire médical lorsque ses différentes causes sous-jacentes sont clairement distinguées et que plusieurs maladies différentes sont individualisées.

En médecine, il semble donc que ce soient des clarifications étiologiques qui invitent à déconstruire et reconstruire les entités nosographiques. Difficile de transposer cela à la psychiatrie, encore à la recherche d'étiologies aussi claires

que celles dont on dispose dans les maladies infectieuses ou les épanchements œdémateux.

Revenons donc à la psychiatrie. Récemment, lors du passage du DSM-IV au DSM-5, a eu lieu une évolution de la définition des troubles liés à l'usage de substance, avec la fin de la dichotomie « abus de substances » et « dépendance aux substances », et avec l'ajout du *craving* comme critère diagnostique. Plusieurs articles décrivent les débats animés qui ont entouré cette décision<sup>1</sup>. Les arguments scientifiques n'apparaissent pas nécessairement au premier plan, la pertinence de la conceptualisation ainsi que l'utilité clinique semblent tout aussi importantes. Cela a bien sûr été remarqué depuis longtemps par de nombreux auteurs, et l'un d'entre eux de résumer la situation avec humour et un certain à-propos :

Le problème du DSM est que, dans toutes ses éditions, il n'a fait que refléter les opinions de ses rédacteurs. Non seulement le DSM est devenu la bible de la psychiatrie, mais comme la vraie Bible, il dépend de quelque chose qui s'apparente à une révélation<sup>2</sup>.

Alors qu'en est-il du diagnostic de psychose infantile, pourquoi sa disparition de la nosographie pédopsychiatrique alors que la psychiatrie du sujet adulte continue de l'utiliser ? Le phénomène est d'autant plus surprenant que, chez l'adulte, il est de notoriété publique que la définition du terme de psychose est loin d'être consensuelle. Pour ma part, je me retrouve dans celle qui était proposée dans le DSM-II. La psychose y était peu ou prou définie comme une « altération importante de l'épreuve de la réalité » ou une « perte des limites du moi » qui interfère avec la capacité de répondre aux exigences ordinaires de la vie<sup>3</sup>. Est-ce que nous rencontrons de telles situations cliniques avec certains de nos jeunes patients ? La réponse est « oui » bien évidemment. Alors pourquoi cette mise à l'écart du diagnostic de psychose de l'enfant ?

1 Zachar, Peter, First, Michael B. & Kenneth S. Kendler (2022), « Revising substance-related disorders in the DSM-5 : a history », *Journal of studies on alcohol and drugs*, 83 (1) : 99-105.

2 Lynch, Terry (2018), « The validity of the DSM : An overview », *The Irish journal of counselling and psychotherapy*, 18 (2) : 5-10.

3 Arciniegas, D. B. (2015), « Psychosis », *Continuum. Lifelong learning in neurology*, 21 (3) : 715-736.

C'est là que le travail considérable de Yann Craus montre l'importance de la mise en perspective sur le temps long, de la difficile nécessité de se soustraire des idées reçues qui imprègnent inmanquablement l'instant présent, de la place incontournable de l'analyse philosophique rigoureuse. Craus nous montre comment, à travers les décennies et les continents, les concepts de démences précoce et précocissime ont été suivis du diagnostic de schizophrénie au succès que l'on connaît. La schizophrénie se devait d'interroger l'enfance, mais c'est curieusement un élément sémiologique de la schizophrénie, l'autisme, qui disparaîtra de la clinique de l'adulte pour s'émanciper et prendre une place considérable en psychiatrie de l'enfant. Le syndrome d'Asperger sortira de l'oubli un peu plus tard. Le trouble envahissant du développement n'aura pas de réel succès et nous en sommes aujourd'hui au spectre de l'autisme intégré au sein des troubles du neurodéveloppement. C'est sûrement ce *coming out* neurobiologique porté par le DSM-5 qui va interroger le concept de psychose. Comment être « moderne » sans faire ostensiblement table rase du passé ?

Mais la lecture du travail de Yann Craus nous fait comprendre à quel point ces déclinaisons ont un caractère dénué de véritable valeur scientifique. C'est une histoire qui s'écrit, les mots, les désignations et les délimitations des pathologies sont là au gré des auteurs à succès et des prurits épistémologiques déclenchés par une société en mal d'explications quant aux souffrances psychiques de ses plus jeunes. Nul doute que dans 10, 20 ou 30 ans nos collègues regarderont avec le sourire cet oukase émis à l'encontre du concept de psychose de l'enfant. Il sera alors toujours temps d'ajouter un nouveau chapitre à ce livre qui, j'en suis sûr, continuera d'être lu avec intérêt par les plus sages.

Pendant ce temps-là, n'hésitons pas, entre nous, à discuter avec les bons mots de ces patients tellement en difficulté avec la réalité ou les frontières de leur moi.

Bruno Falissard

Pédopsychiatre, Professeur à l'Université Paris-Saclay

## Bibliographie

Nous présentons les références bibliographiques sans partition entre sources primaires et sources secondaires. En l'espèce, un certain nombre de travaux scientifiques ont constitué un vivier informatif brut et foisonnant indispensable à notre réflexion.

Les archives du Fonds Georges Heuyer ont été consultées en 2017-2018, après que celles-ci ont été versées, suite à la première conservation de la bibliothèque universitaire de Paris 8, aux archives de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris alors encore situées rue des Minimes à Paris.

**Abettan, Camille**, « Entretien. Quel renouveau pour la phénoménologie psychiatrique ? », *Psychiatrie, sciences humaines, neurosciences* 16 (2018) 1.

« The current dialogue between phenomenology and psychiatry : a problematic misunderstanding », *Medicine, health care and philosophy* 18 (2015) 533-540.

**Ajuriaguerra, Julian de et al.**, *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (Paris 1980a)

« La notion d'autisme dans le cadre du développement de l'enfant », Communication au Congrès international de neurologie des 12-13-14 décembre 1980 (Athènes 1980b), Archives du fonds Auzias-Ajuriaguerra, BibHEy

« Leçon inaugurale du 23 janvier 1976 », Chaire de neuropsychologie du développement (Paris 1976), Archives du Collège de France

« Les troubles de l'organisation et la désorganisation chez les enfants psychotiques », *La Psychiatrie de l'enfant*, 12 (1970a) 309-412.

*Manuel de psychiatrie de l'enfant* (Paris 1970b)

*Le choix thérapeutique en psychiatrie infantile* (Paris 1967)

**Ajuriaguerra, Julian de/René Diatkine/Jean Badaracco**, « Psychanalyse et neurobiologie », in : Sacha Nacht (éd) *Psychanalyse d'aujourd'hui* (Paris 1956) 437-498.

**Akerley, Mary S.**, « Parents speak », *Journal of autism and childhood schizophrenia* (JACS) 5 (1975) 4.

**Amaral David Gil/Geraldine Dawson/Daniel Geschwind**, *Autism spectrum disorders* (Oxford 2011)

**American psychiatric association**, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5<sup>e</sup> éd. (DSM-5) (Paris 2015)

*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5<sup>e</sup> éd. (DSM-5) (Washington DC 2013)

*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4<sup>e</sup> éd. (DSM-III) (Washington DC 1994)

*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3<sup>e</sup> éd. (DSM-III) (Washington DC 1980)

*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2<sup>e</sup> éd. (DSM-II) (Washington DC 1968)

**Andronikof Anne/Patrick Fontan**, « Grounia Efimovna Soukhareva : la première description du syndrome dit d'Asperger », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* 64, 1 (2016) 58-70.

**Anonyme**, « Important announcement », *Journal of autism and developmental disorders* (JADD) 17 (1987) 1.

« Announcement », *JACS* 8 (1978) n. p.

« Registre de consultation du Dr Marguerite Badonnel à la Clinique annexe de neuropsychiatrie infantile 1925-1926 » (Paris s. d.), Archives du Fonds Georges Heuyer

**Aragona, Massimiliano**, « Rethinking received views on the history of psychiatric nosology: minor shifts, major continuities », in : Zachar Peter *et al.* (éds), *Alternative perspectives on psychiatric validation. DSM, ICD, RDoC, and beyond* (Oxford 2015) 27-46.

**Ariès, Philippe**, *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime* (Paris 1973)

**Aristote**, *Physique*, II, 3 (Paris 1909)

**Arveiller, Jacques**, « Adolescence, médecine et psychiatrie au XIX<sup>e</sup> siècle », *L'Évolution psychiatrique* 71, 2 (2006) 195-221.

**Aschaffenburg, Gustav** (éd.), *Handbuch der Psychiatrie* (Leipzig/Vienne 1911)

**Aschoff, Jürgen**, « Circadian rhythms in man. A self-sustained oscillator with an inherent frequency underlies human 24-hour periodicity », *Science* 148, 3676 (1965) 1427-1432.

**Asperger, Hans**, *Les psychopathes autistiques* (Le Plessis-Robinson 1998 [1944])

« Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter », *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 117, 1 (1944) 76-136.

« Das psychisch abnorme Kind », *Wiener klinische Wochenschrift* 49 (1938) 1314-1317.

**Aubry Edmond**, « Psychose de l'enfance à forme de démence précoce (*dementia praecocissima*) », *L'Encéphale* 10 (1910) 272-278.

**Bachelard, Gaston**, *Le rationalisme appliqué* (Paris 1966)

**Bacopoulos-Viau, Alexandra/Aude Fauvel**, « The patient's turn : Roy Porter and psychiatry's tales, thirty years on », *Medical history* 60, 1 (2016) 1-8.

**Badri, Malik**, « A new technique for the systematic desensitization of pervasive anxiety and phobic reactions », *The Journal of psychology* 65, 2 (1967) 201-208.

**Baron-Cohen, Simon**, « Social and pragmatic deficits in autism : cognitive or affective ? », *JADD* 18 (1988) 379-402.

**Barras, Vincent/Martin Dinges** (éds), *Maladies en lettres. 17<sup>e</sup>-21<sup>e</sup> siècles* (Lausanne 2013)

**Bartak, Lawrence/Michael Rutter**, « Differences between mentally retarded and normally intelligent autistic children », *JACS* 6 (1976) 109-120.

**Basso, Elisabetta**, « Où va la philosophie de la psychiatrie ? », *Revue de synthèse* 137, 1 (2016) 153-175.

**Basso, Elisabetta/Mireille Delbraccio**, « Introduction : la psychiatrie en ses archives, entre histoire et épistémologie », *Revue d'histoire des sciences* 2, Dossier « Archives des sciences : contribution à l'histoire de la psychiatrie » (2017) 255-273.

« Philosophie de la psychiatrie. Présentation », *Revue de synthèse* 137, 1 (2016) 1-9.

**Baxter, Wilfried**, « Leo Kanner Papers » (Arlington 1985), Melvin Sabshin Library & Archives, American psychiatric association [en ligne], consulté le 20 novembre 2025 URL : <https://autismuseum.net/la-reserve/leo-kanner/bibliography-leo-kanner-bibliographie/index-papiers-leo-kanner-papers-american-psychiatric-association/>

**Beaudoin, Henri**, « Réponse », *L'Aliéniste français* (1931) 272-273.

**Beers, Clifford**, *Raison perdue, raison retrouvée* (Paris 1951)

**Bender, Lauretta**, « The family patterns of 100 schizophrenic children observed at Bellevue, 1935-1952 », *JACS* 4 (1974) 279-292.

« Alpha and omega of childhood schizophrenia », *JACS* 1 (1971) 115-118.

« The nature of child psychosis », in : John Howells (éd.), *Modern perspectives in international child psychiatry* (Édimbourg 1969) 649-684.

« Childhood schizophrenia. Clinical study of one hundred schizophrenic children », *American journal of orthopsychiatry* 17, 1 (1947) 40-56.

**Bercherie, Paul**, « Le concept psychanalytique de structure, alternative à l'organicisme », *L'Information psychiatrique* 91 (2015) 819-827.

*Structure des psychoses. Une synthèse post-lacanienne* (Paris 2014)

**Bernet, Brigitta**, *Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbilds um 1900* (Zurich 2013)

**Berrios, German E./Dominic Beer**, « The notion of unitary psychosis: a conceptual history », *History of psychiatry* 5, 17 (1994) 13-36.

**Bideaud, Jacqueline/Olivier Houdé/Jean-Louis Pedinielli**, *L'homme en développement* (Paris 1994)

**Binswanger, Ludwig**, « Zur Frage der Häufigkeit der Schizophrenie im Kindesalter », *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie* juillet (1945) 33-50.

**Bizouard, Paul**, « Le délire chez l'enfant », in : Serge Lebovici/René Diatkine/Michel Soulé (éds) *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Paris 1999) 1315-1323.

**Black, Donald/Jon Grant** (éds), *DSM-5 Guidebook* (Washington DC 2014)

**Blanchard, Benoît**, « Entretien avec Roger Misès », *Enfances & Psy* 3 (2010) 144-156.

**Bleuler, Eugen**, *La psychanalyse de Freud* (Clichy 1994 [1911])

*Dementia praecox ou groupe des schizophrénies* (Paris 1993 [1911])

*L'invention de l'autisme* (Paris 1988)

« Autistic thinking », *American journal of insanity* 69 (1913) 873-886.

« Die Prognose der Dementia praecox (S.chizophreniegruppe) », *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychischgerichtliche Medizin* 65 (1908) 436-480.

- Boissier de Sauvages, François, *Nosologie méthodique* (Paris 1772)
- Bond, Andrew, « Victor H. Winston, 1925–2015 », *Urban geography* 28 (2017) 321-322.
- Botbol, Michel *et al.* (éds), *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2020*, 6<sup>e</sup> éd. (Paris 2020)
- Botbol, Michel/Yann Barrère/Mario Speranza, « Psychoses à l'adolescence », *EMC-Psychiatrie* 2, 3 (2005) 195-206.
- Boussion, Samuel, « Le premier congrès international de psychiatrie infantile (Paris, 1937), ou le baptême d'une spécialité ambitieuse », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »* 18 (2016) 57-80.
- Boussion, Samuel/Jean-Christophe Coffin, « Introduction », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »* 18 (2016) 51-54.
- Bouyssou, Pierre, « Les voies d'entrée de la démence précoce », Thèse de la Faculté de médecine de Paris (Paris 1928)
- Bowlby, John, *Le lien, la psychanalyse et l'art d'être parent* (Paris 2011)
- Braceland, Francis, « Pervasive anxiety and the need of wisdom », *American journal of psychiatry* 125, 2 (1968) 241-242.
- Braunstein, Jean-François, « Foucault, Canguilhem et l'histoire des sciences humaines », *Archives de philosophie* 79, 1 (2016) 13-26.
- « Histoire et philosophie de la médecine », *Archives de philosophie* 73, 3 (2010) 579-583.
- « Mort et naissance de la clinique », in : Daniel Couturier *et al.* (éds), *La mort de la clinique?* (Paris 2009) 135-152.
- « Daremberg et les débuts de l'histoire de la médecine en France », *Revue d'histoire des sciences* 58 (2005) 367-387.
- « Thomas Kuhn lecteur de Ludwik Fleck », *Archives de philosophie* 66, 3 (2003) : 403-422.
- « Bachelard, Canguilhem, Foucault. Le "style français" en épistémologie des sciences », in : Pierre Wagner (éd.) *Les philosophes et la science* (Paris 2002) 920-963.
- « Une révolution médicale exemplaire, le système de Broussais », *Raison présente* 131, 1 (1999) 45-60.
- Braunstein, Jean-François/Ivan Moya Diez/Matteo Vagelli (éds), *L'épistémologie historique. Histoire et méthodes* (Paris 2019)
- Brown, Bertram S., « A step forward », *JACS* 3 (1973) 1-4.
- « A task force with a goal », *JACS* 1 (1971) 1-13.
- « Serum Akerfeldt test for schizophrenia in children; preliminary report », *The Journal of pediatrics* 51, 1 (1957) 46-48.
- Brück, Valerie *et al.*, « Erwin Lazar un sein Wirken », *Zeitschrift für Kinderforschung* 40 (1932) 211-216.

- Buican, Denis, *Histoire de la génétique et de l'évolutionnisme en France* (Paris 1984)
- Burrows, Catherine *et al.*, « A data-driven approach in an unbiased sample reveals equivalent sex ratio of autism spectrum disorder-associated impairment in early childhood », *Biological psychiatry* 92, 8 (2022) 654-662.
- Bursztejn, Claude, « Les classifications en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : questions épistémologiques », *L'Information psychiatrique* 87, 5 (2011) 363-367.
- Bursztejn, Claude/Philippe Mazet, « Nouvelles classifications en psychiatrie de l'enfant », *EMC-Psychiatrie* 372000 B10 (1991) 1-6.
- Canguilhem, Georges, « Préface à Gaston Bachelard, *L'engagement rationaliste* », *Œuvres complètes V* (Paris 2018) 515-518.
- « Le cerveau et la pensée », in : Georges Canguilhem. *Philosophe, historien des sciences*, Actes du colloque 6-7-8 décembre 1990 (Paris 1993 [1980]) 11-33.
- Ideologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie* (Paris 1977)
- « Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique », in : *Le normal et le pathologique* (Paris 1966 [1943])
- Caroli, François (éd.), *Spécificité de la psychiatrie* (Paris 1980)
- Cassin, Barbara, *Éloge de la traduction. Compliquer l'universel* (Paris 2016)
- Certeau Michel de, *L'Écriture de l'histoire* (Paris 2016 [1975])
- Chamak, Brigitte, « Le militantisme des associations d'usagers et de familles : l'exemple de l'autisme », *Sud/Nord* 25, 1 (2010) 71-80.
- Chambrier-Slama, Josiane *et al.*, « La Cop 13 – Une clinique organisée des psychoses », *Revue française de psychanalyse* 78, 3 (2014) 821-861.
- Chappey, Jean-Luc (éd.), « Usages de l'enfant sauvage », *Revue d'histoire des sciences humaines* 38 (2021) 7-173.
- Charman, Tony, « Development from preschool through school age », in : David Amaral/Geraldine Dawson/Daniel Geschwind (éds) *Autism spectrum disorders* (Oxford 2011) 229-240.
- Chess, Stella, « Questions, answers, and comments », *JACS* 6 (1976) 94.
- Chomsky, Noam, *Aspects de la théorie syntaxique* (Paris 1971)
- Churchill, Don, « The relation of infantile autism and early childhood schizophrenia to developmental language disorders of childhood », *JACS* 2 (1972) 182-197.
- Claude, Henri/Georges Heuyer/Jacques Lacan, « Un cas de démence précocissime », *Annales médico-psychologiques* 1 (1933) 620-624.
- Clérambault, Gaëtan Gatien de, *L'automatisme mental* (Paris 1992)
- Coffin, Jean-Christophe, « La psychiatrie des années trente peut-elle dévoiler l'enfant ? », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »* 6 (2004) 21-44.
- La transmission de la folie 1850-1914* (Paris 2003)
- Cohen, Bernard, *Revolution in science*, vol. 1 « The Freudian revolution » (Harvard 1985) 352-366.

**Cohen, Donald et al.**, « Developmental Psychopathology of Multiplex Developmental Disorder », in : Sarah Friedman/Carl Haywood (éds), *Developmental follow-up : concepts, genres, domains, and methods*, (New York 1994) 155-179.

« Agreement in diagnosis. clinical assessment and behavior rating scales for pervasively disturbed children », *Journal of the American Academy of child psychiatry* 17, 4 (1978) 589-603.

**Cohen, Donald/Rhea Paul/Fred R. Volkmar**, « Issues in the classification of pervasive and other developmental disorders : Toward DSM-IV », *Journal of the American Academy of child psychiatry* 25, 2 (1986) 213-220.

**Condrau, Flurin**, « The Patient's view meets the clinical gaze », *Social history of medicine* 20 (2007) 525-540.

**Constant, Jacques**, « Pro memoriae. Roger Misès (1924-2012) », *L'Information psychiatrique* 89 (2013) 193-195.

**Couturier, Daniel et al.**, *La mort de la clinique ?* (Paris 2009)

**Craus, Yann**, « Le développementalisme en psychiatrie : quand la psychiatrie de l'enfant oriente la psychiatrie de l'adulte », *Annales médico-psychologiques* 182 (2024a) 284-289.

« What for developmentalism in psychiatry ? », *European child & adolescent psychiatry* 34, 2 (2024b), 819-822.

« Du syndrome d'Asperger au spectre autistique : médecine, société, histoire d'une maladie de la sociabilité », *Bulletin d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie* 29, 2 (2022) 203-222.

« La figure de l'enfant sauvage : genèse et avatar de l'homme civilisé », *Bulletin d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie* 26, 2 (2019) 187-203.

« Les vicissitudes de la paranoïa », Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Paris (Paris 2013)

**Crémieux, Albert/Mendel Schachter/Simone Cotte**, *L'enfant devenu délinquant* (Marseille 1945)

**Czech, Herwig**, « Response to "non-complicit: revisiting Hans Asperger's career in Nazi-era Vienna" », *JADD* 49 (2019) 3883-3887.

« Dr Hans Asperger und die "Kindereuthanasie" in Wien – mögliche Verbindungen », in : Andy Pollak (éd.) *Auf den Spuren Hans Aspergers Fokus Asperger-Syndrom: Gestern, Heute, Morgen* (Stuttgart 2015) 24-29.

« Zuträger der Vernichtung ? Die Wiener Universitäts-Kinderklinik und die NS Kindereuthanasieaufenthalt "Am Spiegelgrund" », *Festschrift 100 Jahre Wiener Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde* (Vienne 2011) 23-54.

*Erfassung, Selektion und Ausmerze*., *Das wiener Gesundheitsamt und die Umsetzung der nationalsozialistischen «Erbgesundheitspolitik» 1938 bis 1945* (Vienne 2003)

**Dagognet, François**, *La raison et les remèdes* (Paris 1964)

**Danion-Grilliat, Anne/Claude Bursztejn** (éds), *Psychiatrie de l'enfant* (Paris 2011)

**Davids, Anthony**, « Childhood psychosis. The problem of differential diagnosis », *JACS* 5 (1975) 129-138.

**Delaunay, Albert**, « Histoire de la génétique », Résumé d'une conférence faite à la Société française d'histoire de la médecine le 11 décembre 1965, [en ligne] consulté le 11 août 2025 URL <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm>

**Delille, Emmanuel**, « Une archive pour l'histoire des sociabilités savantes au xx<sup>e</sup> siècle : Georges Lantéri-Laura (1930-2004) et l'*Encyclopédie médico-chirurgicale* », *Revue d'histoire des sciences* 70, 2 (2017a) 351-377.

« Crise d'originalité juvénile ou psychose débutante ? Les représentations de l'adolescence « à risque » après-guerre en France et en Allemagne », *L'Évolution psychiatrique* 82, 3 (2017b) 593-607.

**Delion, Pierre**, « La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? », *Empan* 96 (2014) 104-112.

**Delion, Pierre**, (éd.), *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick* (Toulouse 2013)

**Demay, Georges**, « Réponse », *L'Aliéniste français* 96, 4 (1931) 274-275.

**Demazeux, Steeve**, *Le lit de Procuste du DSM-III : classification psychiatrique, standardisation clinique et ontologie médicale*, Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Paris (Paris 2011)

**Demazeux, Steeve/Patrick Singy** (éds), « Introduction », in : *The DSM-5 in Perspective. Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel* (Paris 2015) 13-24.

**De Sanctis, Sante**, « Le demenze infanto-puerili », in : *Neuropsychiatria infantile* (Rome 1925) 623-660.

« Su alcuni tipi di mentalità inferiore », in : *Atti del V congresso internazionale di psicologia* (Rome 1905) 576-587.

**Despert, Louise**, *La schizophrénie infantile* (Paris 1978)

« Reflections on early infantile autism », *JACS* 1 (1971) 363-367.

« Delusional et hallucinatory experiences in children », *American journal of psychiatry* 104, 8 (1948) 528-537.

« Schizophrenia in children », *Psychiatric quarterly* 12 (1938) 366-371.

« La schizophrénie chez les enfants », in : *Communications de psychiatrie générale, Premier congrès international de psychiatrie infantile* (Lille 1937) 57-60.

**Diatkine, René**, « Les psychoses infantiles, en dehors de l'autisme infantile précoce », in : Serge Lebovici/René Diatkine/Michel Soulé (éds), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Paris 1999) 1311.

« L'enfant prépsychotique », *La Psychiatrie de l'enfant* 12 (1970) 413-446.

**Diatkine, René/Conrad Stein**, « Les psychoses de l'enfance », *L'Évolution psychiatrique* 2 (1958) 277-322.

**Diatkine, René/Conrad Stein/Denise Kalmanson**, « Psychoses infantiles », *EMC-Psychiatrie* 37299 M10 (1959) 1-13.

**Dluzak, Samantha**, « Les pionniers oubliés de l'autisme : la vie et l'œuvre d'Anni Weiss et de Georg Frankl », *L'Information psychiatrique* 97, 5 (2021) 403-421.

- Driver, David/Nitin Gogtay/Judith Rapoport, « Childhood onset schizophrenia and early onset schizophrenia spectrum disorders », *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 22, 4 (2013) 539.
- Druel, Gwenola, « Leo Kanner (1894-1981), une vie, une œuvre », *Annales médico-psychologiques* 177 (2019) 710-716.
- Durand, V. Mark/Daniel Crimmins, « Assessment and treatment of psychotic speech in an autistic child », *JADD* 17 (1987) 17-28.
- Eggers, Christian, « Course and prognosis of childhood schizophrenia », *JACS* 8 (1978) 21-36.
- Eisenberg, Leon, « Questions, answers, and comments », *JACS* 6 (1976) 96.  
« The classification of childhood psychosis reconsidered », *JACS* 2 (1972) 338-342.
- Emminghaus, Hermann, *Die psychischen Störungen des Kindesalters* (Tübingen 1887)
- Engel, George L., « The clinical application of the biopsychosocial model », *American journal of psychiatry* 137 (1980) 535-544.
- Even, Paul, « Extrait de la première délibération sur le projet de loi portant modification de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés », *L'Aliéniste français* (1931) 279.
- Everard, Margaret, « The national society for autistic children in Britain », *JACS* 3 (1973) 280.
- Ey, Henri, « La conception d'Eugen Bleuler », in : Eugen Bleuler, *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies* (Paris 1993 [1911]) 639-658.  
*Des idées de Jackson à un modèle organodynamique en psychiatrie* (Toulouse 1975)  
« Qu'est-ce que la schizophrénie ? », *La revue de médecine* 15, octobre (1964) 781-788.  
« Unity and diversity of schizophrenia: clinical and logical analysis of the concept of schizophrenia », *The American journal of psychiatry* 115 (1959) 706-714.  
« Groupe des psychoses schizophréniques et des psychoses délirantes chroniques », *EMC-Psychiatrie* 37281 A10 (1955) 1-4.  
« Névroses et psychoses », *Acta psychotherapeutica* 1 (1954) 193-210.  
« La psychopathologie de Pierre Janet et la conception dynamique de la psychiatrie », in : Édouard Pichon (éd.), *Mélanges offerts à Monsieur Pierre Janet* (Paris 1939) 87-89.  
« La notion de constitution », *L'Évolution psychiatrique* 4 (1932) 25-54.
- Fagot-Largeault, Anne, *Ontologie du devenir. L'évolution, l'univers, le temps* (Paris 2021)  
« Leçon inaugurale », Chaire de philosophie des sciences biologiques et médicales, Archives du Collège de France (Paris 2001)  
*Les causes de la mort, histoire naturelle et facteurs de risque* (Paris 1989)
- Fagot-Largeault, Anne/Shahid Rahman/Juan Manuel Torres, *The Influence of genetics on contemporary thinking* (Dordrecht 2007)

- Falissard, Bruno, « Préface. Quelle place pour la CFTMEA dans la psychiatrie du XXI<sup>e</sup> siècle ? », in : Michel Botbol et al. (éds), *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2020* (Paris 2020a) 5-8.  
« Les jeunes psychiatres doivent avoir une pensée neurobiologique ET une pensée du sens et de la société », *Le Monde*, 17 juillet (2020b)
- Falk, Dean, « Non-complicité : revisiting Hans Asperger's career in Nazi-era Vienna », *JADD* 50 (2020) 2573-2584.
- Favreau, Jean, « Aspects psychanalytiques de la relation parents-enfants en pratique psychiatrique infantile », *Revue française de psychanalyse* 18, 3 (1954) 366-385.
- Feinstein, Adam, *History of autism* (Oxford 2010)
- Ferrari, Michael, « Letter to editor », *JADD* 12 (1982) 87.
- Ferrari, Pierre, « Manifeste pour une approche psychopathologique du fonctionnement mental », in : Michel Botbol et al. (éds), *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2020* (Paris 2020) 19-20.
- Fish, Barbara, « Neurobiologic antecedents of schizophrenia in children », *Archives of general psychiatry* 34, 11 (1977) 1297-1313.
- Fischer, Jean-Louis/William Schneider, *Histoire de la génétique. Pratiques, techniques et théories* (Paris 1998)
- Folstein, Susan/Michael Rutter, « Autism: familial aggregation and genetic implications », *JADD* 18 (1988) 3-30.
- Foucault, Michel, *Naissance de la clinique* (Paris 2005 [1963])  
*Les mots et les choses* (Paris 1966)  
*Maladie mentale et psychologie* (Paris 1962)  
*Maladie mentale et personnalité* (Paris 1954)
- Frankl, George, « Language and affective contact », *The Nervous child* 2 (1943) 251-262.
- Freud, Anna, *Le normal et le pathologique chez l'enfant* (Paris 1968)
- Freud, Sigmund, *A general introduction to psychoanalysis* (Durham 2014a [1920])  
*Le trait d'esprit et sa relation à l'inconscient*, traduit par Janine Altounian et al., Œuvres complètes de Freud/Psychanalyse VII (Paris 2014b [1905])  
*Trois essais sur la théorie sexuelle*, traduit par Pierre Cotet et Franck Rexand-Galais, Œuvres complètes de Freud/Psychanalyse VI (Paris 2006a [1905])  
*Fragments d'une analyse d'hystérie (Dora)*, traduit par Françoise Kahn, François Robert, Œuvres complètes de Freud/Psychanalyse VI (Paris 2006b [1905]) 187-301.
- Freud, Sigmund/Carl Gustav Jung, *Correspondance 1906-1914* (Paris 1975)
- Freud, Sigmund/Eugen Bleuler, *Lettres 1904-1937* (Paris 2016)
- Frith, Uta, « Autistic psychopathy in childhood », in : Uta Frith (éd.), *Autism and Asperger syndrome* (Cambridge 1991) 37-92.

Garnier Delamare, « Puberté », in : *Dictionnaire des termes de médecine*, 27<sup>e</sup> éd., (Paris 2002) 688.

Garrabé, Jean, « La classification française des troubles mentaux et la classification internationale des maladies : historique comparatif », *L'Information psychiatrique* 89, 4 (2013) 319-326.

« Pour une approche historique des classifications », *Annales médico-psychologiques* 169 (2011) 243-255.

« De l'emploi du mot "structure" en psychiatrie », *L'Évolution psychiatrique* 65, 3 (2000) 49-505.

« La paranoïa en 1911 », in : Daniel Devreese/Zvi Lothane/Jacques Schotte (éds), *Schreber revisité* (Louvain 1998) 55-64.

*Histoire de la schizophrénie* (Paris 1992)

« Le concept de psychose. Rapport de psychiatrie », *Comptes-rendus du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXV<sup>e</sup> session*, Limoges, 27 juin-2 juillet 1977 (Paris 1977) 91-234.

Garreau, Bernard *et al.*, « A comparison of autistic syndromes with and without associated neurological problems », *JADD* 14 (1984) 105-111.

Gateaux-Mennecier, Jacqueline, *Bourneville et l'enfance aliénée* (Paris 1989)

Gayon, Jean, « De la biologie comme science historique », *Les Temps Modernes* 630-631, 2 (2005) 55-67.

« Génétique, Psychologie génétique et épistémologie génétique dans l'œuvre de Jean Piaget (1896-1980) : une ambiguïté remarquable », in : Jean-Louis Fischer/Claude Bénichou (éds), *L'ordre des caractères. Aspect de l'hérédité dans l'histoire des sciences de l'homme* (Paris 1992) 147-173.

Geller, Barbara/Laurence Guttmacher/Martin Bleeg, « Coexistence of childhood onset pervasive developmental disorder and attention deficit disorder with hyperactivity », *American journal of psychiatry*, 138, 3 (1981) 388-389.

Génil-Perrin, Georges, « La prophylaxie mentale à l'Hôpital Henri Rousselle », *Le Bulletin médical* 34 (1939) 647-652.

Georgiades, Stelios/Somer Bishop/Thomas Frazier, « Editorial perspective : longitudinal research in autism – introducing the concept of "chronogeneity" », *JCPP* 58 (2017) 634-636.

Gesell, Arnold/Frances Lillian Ilg, *L'enfant de 5 à 10 ans* (Paris 1999 [1949])

Ghaemi, Nassir, « Bipolar spectrum : a review of the concept and a vision for the future », *Psychiatry investigation* 10, 3 (2013) 218-224.

Gillberg, Christopher/Pal Svendsen, « Childhood psychosis and computed tomographic brain scan findings », *JADD* 13 (1983) 19-32.

Gillberg, Christopher *et al.*, « Hypothyroidism and autism spectrum disorders », *JCPP* 33 (1992) 531-542.

Gineste, Thierry, « Naissance de la psychiatrie infantile ( destins de l'idiotie, origine des psychoses ) », in : Jacques Postel/Claude Quérel (éds), *Nouvelle histoire de la psychiatrie* (Paris 2004) 387-405.

Giovacchini, Peter, « Remarques sur la technique et le traitement de la psychose de l'adolescent », in Jean-José Baranès, *et al.* (éds), *Psychanalyse, adolescence et psychose* (Paris 1986) 84-95.

Goëb, Jean-Louis, « Le concept de schizophrénie infantile est-il pertinent ? », *Annales médico-psychologiques* 162 (2004) 511-513.

Goëb, Jean-Louis/Pierre Delion, « Considérations cliniques introductives à ce numéro spécial concernant les schizophrénies de l'enfant », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* 57, 1 (2009) 2-5.

Goldstein, Kurt, *Language and langage disturbances* (New York 1947)

Gould, Stephen Jay, *Darwin et les grandes énigmes de la vie. Réflexions sur l'histoire naturelle* (Paris 1997)

Grebelskaja-Albatz, Ewa, « Zur Klinik der Schizophrenie des frühen Kindesalters », *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 34 (1934) 244-253.

Guey Emmanuelle/Samuel Boussion, « Le fonds Georges Heuyer (1884-1977) : un xx<sup>e</sup> siècle scientifique, à l'orée de la psychiatrie infantile et de ses ramifications », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »* 12 (2010) 215-229.

Guillaume, Paul, *La psychologie de la forme* (Paris 1937)

Guillemain, Hervé, « Le retour aux sources : Points de vue sur l'histoire sociale de la psychiatrie et de la maladie mentale », *L'Évolution psychiatrique* 82, 3 (2017) 527-535.

Guloksuz, Sinan/Jim Van Os, « The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum », *Psychological medicine* 48 (2018) 229-244.

Haag, Geneviève, « De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme », *Enfance&Psy* 41 (2008) 14-22.

Hacking, Ian, « On the ratio of science to activism in the shaping of autism », in : *Philosophical issues in psychiatry III. The Nature and sources of historical change* (Oxford 2015) 326-339.

*Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory* (Princeton 1995)

*Taming a chance* (Cambridge 1990)

Halayem, Soumeyya *et al.*, « Signes neurologiques mineurs et troubles envahissants du développement », *L'Encéphale* 36 (2010) 307-313.

Halberstadt, Grégoire, « La démence précoce infantile », *Revue neurologique* II, 3 (1926) 209-219.

Hanson, Daniel/Irving Gottesman, « The genetics, if any, of infantile autism and childhood schizophrenia », *JACS* 6 (1976) 209-234.

Hartwell W., Samuel, « Symposium : the treatment of behavior and personality problems in children », *The American journal of orthopsychiatry* 1, 1 (1930) 3.

**Hautgen, Thierry/Jérémie Sinzelle**, « Emil Kraepelin (1856-1926) - 2. Le Traité », *Annales médico-psychologiques* 168, 9 (2010) 716-719.

**Heller, Theodor**, (*Grundriss der Heilpädagogik*) (Leipzig 1925)

« Uber dementia infantilis », *Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinn* 2 (1909) 17-28.

**Hempel, Carl/Paul Oppenheim**, « Studies in the logic of explanation », *Philosophy of science* 15, 2 (1948) 135-175.

**Heuyer, Georges**, *La schizophrénie* (Paris 1974)

« Esquisse d'une psychopathologie des jeunes adultes », *L'Évolution psychiatrique* 1 (1956) 181-188.

« G. G. de Clérambault », *L'Encéphale* 4 (1950) 413-439.

« Discours inaugural », *Premier congrès international de psychiatrie infantile* 1 (Lille 1937) 38, Archives de la Bibliothèque médicale Henri Ey

*Compte-rendu médical du fonctionnement de la clinique annexe de neuropsychiatrie infantile (Année 1935)* (Lille 1936), Archives du Fonds Georges Heuyer

« Le syndrome d'automatisme mental et son utilité en psychiatrie », *Journal belge de neurologie et de psychiatrie* 7 (1934a) 415-437.

« L'expertise psychiatrique », *La Semaine des hôpitaux de Paris* 31 juillet (1934b) 312-317.

« Examen médico-psychologique des mineurs délinquants dans le département de la Seine », *Revue médico-sociale de l'enfance* 2 (1933), tiré-à-part, Archives du Fonds Georges Heuyer

« La sélection des anormaux psychiques à l'école aux États-Unis. Le service de child guidance de Newark », *L'hygiène mentale* 3 (1931a) 7-15.

« L'hygiène mentale aux États-Unis », *La Semaine des hôpitaux de Paris* 15 janvier (1931b) 15.

« À propos de l'Hôpital Henri-Rousselle et des services ouverts », *L'Aliéniste français* 3 (1931c) 269-272.

« L'hygiène mentale de l'enfant aux États-Unis », *La Presse médicale* 64, 9 août (1930).

« Les principes de la neuropsychiatrie infantile », *La Semaine des hôpitaux de Paris* 18 (1929a) 539-546, Archives du Fonds Georges Heuyer

*Titres et travaux scientifiques* (Paris 1929b), [en ligne] consulté le 23 novembre 2025 URL: <https://numerabilis.u-paris.fr/medica/bibliotheque-numerique/>

« Les enfants difficiles », *La Nouvelle éducation* 77 (1929c) 113-125.

*Buts et méthodes de la neuropsychiatrie infantile* (Epinal 1927), Archives du Fonds Georges Heuyer

« Les troubles du caractère », in : *Extraits de cours de pédiatrie sociale* (Paris s.d.), Archives du Fonds Georges Heuyer

« Les psychoses passionnelles », fascicule (Epinal s.d.), Archives du Fonds Georges Heuyer

**Heuyer, Georges/Adrien Borel**, « Délire imaginaire à forme de délire de rêverie », *L'Encéphale* juin (1922) 125-130.

**Heuyer, Georges/Jacques Lacan**, « Note sur l'importance des troubles du caractère dans l'orientation professionnelle », in : Comité national pour l'enfance, *Congrès international pour la protection de l'enfance* (Paris 1935), Archives du Fonds Georges Heuyer

**Heuyer, Georges/Gilbert Robin**, « Les enfants anormaux en Allemagne », *Revue d'Allemagne* mai (1928), Archives du Fonds Georges Heuyer

**Heuyer, Georges/Suzanne Serin**, « Les troubles du caractère du début de la démence précoce », *Annales médico-psychologiques* (1930), Archives du Fonds Georges Heuyer

**Heuyer, Georges/Erich Stern**, « Einrichtungen zum Schutze sittliche gefährdeter Kinder in Paris », *Zeitschrift für Kinderforschung* (1934), Archives du Fonds Georges Heuyer

**Heuyer, Georges/Jean Dublineau/Daniel Chabert**, « Les démences infantiles », *Archives de neurologie* 9, 26 (1934) 459-498.

**Heuyer, Georges/Edgar Miller/K. Soddy** (éds), *Psychiatrie sociale de l'enfance*, Paris, Centre international de l'enfance (1951) 11-15, Archives du Fonds Georges Heuyer

**Hjelmslev, Louis**, *Essais linguistiques* (Paris 1971)

**Hochmann, Jacques**, « Le devenir des idées en pédopsychiatrie, à travers l'histoire de l'autisme », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* 60, 3 (2012) 207-215.

« Histoire et actualité du concept de psychose de l'enfant », *L'Information psychiatrique* 86 (2010) 227-235.

*Histoire de l'autisme* (Paris 2009)

**Holzman, Philip**, « Eye-tracking dysfunctions in schizophrenic patients and their relatives », *Archives of general psychiatry* 31, 2 (1974) 143-151.

**Jost, Waldemar**, « Dementia Praecocissima », *Travaux de la clinique universitaire de Strasbourg* (Strasbourg 1927) 190-213.

**Kahn, Roy/Michael Arbib**, « A cybernetic approach to childhood psychosis », *JACS* 3 (1973) 261-273.

**Kammerer, Théophile**, « Le verdict d'Honolulu », *Psychiatrie française* 4 (1977) 341-343.

**Kanner, Leo**, « Historical perspective on developmental deviations », *JACS* 3 (1973a) 187-198.

*Childhood psychosis : initial studies and new insights* (Washington DC 1973b)

« The birth of early infantile autism », *JACS* 3 (1973c) 93-95.

« Childhood psychosis : a historical overview », *JACS* 1 (1971a) 14-19.

« Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943 », *JACS* 1 (1971b) 119-145.

« Retrospect and prospect », *JACS* 1 (1971c) 453-459.

- « Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism », *American journal of orthopsychiatry* 19, 3 (1949) 416-426.
- « Autistic disturbances of affective contact », *Nervous child* 2, 3 (1943) 217-250. *In defense of mothers* (New York 1941)
- « Supplying the psychiatric needs of a pediatric clinic », *The American journal of orthopsychiatry* 2, 4 (1932) 400-410.
- Kaplan, Arnold (éd.)**, *Genetic factors in schizophrenia* (Springfield 1972) 141-172.
- Kapsambelis, Vassilis**, *L'angoisse* (Paris 2009)
- « L'opposition entre structure et travail psychique en psychopathologie », *L'Évolution psychiatrique* 65, 3 (2000) 559-576.
- Kendler, Kenneth**, « The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic–functional/hardware–software dichotomy with empirically based pluralism », *Molecular psychiatry* 17, 4 (2012) 377-388.
- Kendler, Kenneth/Joséf Parnas (éds)**, *Philosophical issues in psychiatry II : nosology* (Oxford 2012)
- Koupernik, Cyrille**, « Frontières de la schizophrénie infantile », *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance* 50 (1960) 395-397.
- Koupernik, Cyrille/Leon Eisenberg**, « Réflexions sur l'autisme infantile (1943-1969) », *Confrontations psychiatriques* 3 (1969) 31-55.
- Kraepelin, Emil**, « Paranoïa », in : *Psychiatrie : eine Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, 5<sup>e</sup> éd. (Leipzig 1896) 654-702.
- Kristeva, Julia**, « Par-delà la structure : une renaissance de l'espace psychique », *L'Évolution psychiatrique* 65, 3 (2000) 469-475.
- Küchenhoff, Bernhard**, « La psychologie des psychoses », in : Sigmund Freud/Eugen Bleuler, *Lettres 1904-1937* (Paris 2016), 275-293.
- Kydd, Rob/John Werry**, « Schizophrenia in children under 16 years », *JADD* 12 (1982) 343-357.
- Lacan, Jacques**, *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* (Paris 1975)
- « Structure des psychoses paranoïaques », *La Semaine des hôpitaux de Paris* 14 (1931) 437-445.
- Lalande, André (éd.)**, « Psychose », in : *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* 2 (Paris 1997) 858-859.
- Lamb, Susan**, *Pathologist of the mind : Adolf Meyer and the origins of American psychiatry* (Baltimore 2014)
- Landa, Rebecca**, « Developmental Features and Trajectories Associated with Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers », in : David Amaral/Geraldine Dawson/Daniel Geschwind (éds), *Autism spectrum disorders* (Oxford 2011) 213-228.

- Lang, Jean-Louis**, *Aux frontières de la psychose infantile* (Paris 1978)
- Lantéri-Laura, Georges**, « Généalogie du structuralisme », *L'Évolution psychiatrique* 65, 3 (2000) 77-497.
- La chronicité en psychiatrie* (Paris 1997)
- Psychiatrie et connaissance. Essai sur les fondements de la pathologie mentale* (Paris 1991)
- « Classification et sémiologie », *Confrontations psychiatriques* 24 (1984) 70-75.
- Phénoménologie de la subjectivité* (Paris 1968)
- La psychiatrie phénoménologique. Fondements philosophiques* (Paris 1963)
- Laroche, Jacques**, « Les idées délirantes de l'enfant », *La Psychiatrie de l'enfant* 4, 1 (1961) 1.
- Lebovici, Serge**, « À propos des productions imaginaires chez l'enfant : les solutions délirantes », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* 37 (1989) 2-3.
- « Préface », in : René Misès, *L'enfant déficient mental* (Paris 1975) 7-9.
- « Une observation de psychose infantile », *L'Évolution psychiatrique* 4 (1956) 843-863.
- « Contribution à l'étude nosologique et psychopathologique de la schizophrénie infantile », *L'Évolution psychiatrique* 3 (1949) 329-343.
- Lebovici, Serge/René Diatkine/Michel Soulé**, *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 2 (Paris 1999)
- Leboyer, Marion et al.**, « Is autism associated with anomalous dominance ? », *JADD* 18 (1988) 539-551.
- Le Bras, Anatole**, « Visages de l'enfance aliénée à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle », *Perspectives psychiatriques* 58, 3 (2019) 242-250.
- Un enfant à l'asile* (Paris 2018)
- Lepoutre, Thomas**, « Remarques sur l'autisme de la schizophrénie », *L'Évolution psychiatrique* 762, 4 (2011) 603-616.
- Lepoutre, Thomas/François Villa**, « Freud et la psychiatrie », in : Sigmund Freud/Eugen Bleuler, *Lettres 1904-1937* (Paris 2016), 17-46.
- Lévi-Strauss, Claude**, « Introduction », *Anthropologie structurale* (Paris 1958) 3-33.
- Levy, David**, « Psychiatry and orthopsychiatry », *The American journal of orthopsychiatry* 1, 3 (1931) 239-244.
- Lévy-Valensi, Joseph/Pierre Migault/Jacques Lacan**, « Ecrits inspirés : schizographie », *Annales médico-psychologiques* 2 (1931) 508-522.
- Loison, Laurent**, « Du microbe au gène, une nouvelle lecture de l'histoire de la génétique française », *Bulletin d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie* 19, 2 (2012) 203-215.
- Loyer, Emmanuelle/Patrice Maniglier**, « Préface », in : Roman Jakobson/Claude Lévi-Strauss, *Correspondance 1942-1982* (Paris 2018) 9-60.

- Lutz, Jakob, « Über die Schizophrenie im Kindesalter », *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 39 (1937) 5-64.
- Mahler, Margaret, *Psychose infantile* (Paris 1982)
- « Child psychosis : A theoretical statement and its implications », *JACS* 2 (1972) 3.
- Majerus, Benoît, « A chemical revolution as seen from below: The "Discovery" of neuroleptics in 1950s Paris », *Social history of medicine* 32 (2019) 395-413.
- Majerus, Benoît/Anne Roekens, *Vulnérables. Le sort des patients psychiatriques en Belgique (1914-1918)* (Namur 2018)
- Mâle, Pierre, « La formation du caractère chez l'enfant. La part de la structure et celle des événements », *L'Évolution psychiatrique* (1936) 31-60.
- Mâle, Pierre/André Green, « Les prépsychoses de l'adolescence », *L'Évolution psychiatrique* fasc. 2 (1958) 323-375.
- Markova, Ivana/German E. Berrios, « L'union vitale de l'épistémologie et de la psychiatrie », *L'Information psychiatrique* 98, 5 (2022) 361-368.
- Merleau-Ponty, Maurice, *La structure du comportement* (Paris 1967).
- Michaux, Léon, « Traitement de la schizophrénie infantile », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* 5 (1957) 542-546.
- Michaux, Léon/Charles Juredieu, « Pathologie de l'imagination chez l'enfant et l'adolescent », *La Revue du praticien* juin (1953) 1179-1186.
- Michaux, Léon/Michel Lepage, « Les délires de l'enfant et de l'adolescent », *Annales de pédiatrie* septembre (1956) 389-396.
- Minelli Alessandro/Thomas Pradeu, *Towards a theory of development* (Oxford 2014)
- Minkowski, Eugène, « La notion de constitution. Sa valeur théorique et pratique », *L'Évolution psychiatrique* 4 (1932) 83-89.
- Misès, Roger, « Les dysharmoniques psychotiques : une approche nosographique », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 48 (2000) 396-401.
- « Avant-propos », in : *Les pathologies limites de l'enfance* (Paris 1990) 3-10.
- L'enfant déficient mental* (Paris 1975)
- « Problèmes nosologiques posés par les psychoses de l'enfant », *La Psychiatrie de l'enfant* 11 (1968) 493-512.
- « Le concept de psychose chez l'enfant », *L'Évolution psychiatrique* 31 (1966) 741-766.
- Misès, Roger (éd.), *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012*, 5<sup>e</sup> éd. (Paris 2012)
- Misès, Roger/Marc Moniot, « Les psychoses de l'enfant », *EMC- Psychiatrie* 37299 M10 (1970) 1-14.
- Misès, Roger *et al.*, « Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent », *La Psychiatrie de l'enfant* 31 (1988) 67-134.
- Mnukhin S.S./Dimitry Isaev, « On the organic nature of some forms of schizoid or autistic psychopathy », *JACS* 5 (1975) 99-108.

- Montagner, Hubert, « Les rythmes majeurs de l'enfant », *Informations sociales* 153, 3 (2009) 14-20.
- Morange, Michel, « From genes to gene regulatory networks: the progressive historical construction of a genetic theory of development and evolution », in : Alessandro Minelli/Thomas Pradeu (éds), *Towards a theory of development* (Oxford 2014) 174-182.
- Morgenstern, Sophie, *La structure de la personnalité et ses déviations* (Paris 2003 [1939])
- Morgese, Giorgia/Pietro Lombardo, « Dementia praecocissima : the Sante de Sanctis model of mental disorder in child psychiatry in the 20th century », *History of psychiatry* 30, 3 (2019) 300-313.
- Mottron, Laurent/Danilo Bzdok, « Autism spectrum heterogeneity: fact or artifact ? », *Molecular psychiatry* 25 (2020) 3178-3185.
- Nacht, Sacha, « Allocution du Dr S. Nacht », *Revue française de psychanalyse* 18 (1954) 166-170.
- Nacht, Sacha/Serge Lebovici, « Indications et contre-indications de la psychanalyse », *Revue française de psychanalyse* 19 (1955) 135-204.
- Neumärker, Klaus-Jürgen, *...der Wirklichkeit abgewandt : eine Wissenschafts- und Kulturgeschichte des Autismus* (Berlin 2010)
- Nordin, Viviann/Christopher Gillberg, « Autism spectrum disorders in children with physical or mental disability or both. I: Clinical and epidemiological aspects », *Developmental medicine and child neurology* 38 (1996) 297-313.
- Odier, Bernard, « Penser ensemble le tout d'une psychose », *Revue française de psychanalyse* 78 (2014) 847-861.
- Oury, Jean, *La psychothérapie institutionnelle de Saint-Alban à La Borde* (Paris 2016)
- Palem, Robert-Michel, *Henri Ey et les congrès mondiaux de psychiatrie (1950-1977)* (Canet 2000)
- Park, Clara, *Histoire d'Elly* (Paris 1972a)
- « Two recent books by parents », *JACS* 4 (1972b) 406-409.
- The Siege: The First eight years of an autistic child* (New York 1967)
- Park, David, « Parents'speak », *JACS* 4 (1974) 189-191.
- Park, David/Philipp Youderian, « Light and number: ordering principles in the world of an autistic child », *JACS* 4 (1974) 313-323.
- Périssol, Guillaume, « La guidance du docteur Healy : modulation de la psychiatrie infantile ? », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »* 18 (2016) 213-230.
- Peters, Uwe Henrik, *Psychiatrie im Exil* (Düsseldorf 1992)
- Philippe, Anne/Laurence Colleaux/Arnold Munnich, « État des connaissances sur les recherches génétiques dans les troubles envahissants du développement », in : Bernard Golse/Olivier Putois/Alain Vanier (éds), *Épistémologie et méthodologie en psychanalyse et en psychiatrie : Pour un vrai débat avec les neurosciences* (Paris 2017) 237-262.
- Piaget, Jean, *L'épistémologie génétique* (Paris 2005)
- « Le développement mental de l'enfant », in : *Six études de psychologie* (Paris 1964) 9-86.

- Piggott, Leonard/Jacques Gottlieb, « Childhood schizophrenia – What is it ? », *JACS* 3 (1973) 96-105.
- Piggott, Leonard/Clyde Simson, « Changing diagnosis of childhood psychosis », *JACS* 5 (1975) 239-245.
- Porter, Roy, « The patient's view: doing medical history from below », *Theory and society* 14 (1985) 175-198.
- Porter, Basil, « Diagnosing the "strange" child », *Child: care, health and development* 18 (1992) 57-63.
- Potter, Howard W., « Schizophrenia in children », *American journal of psychiatry* 89, 6 (1933) 1253-1270.
- Prior, Margot/Malcolm Macmillan, « Maintenance of sameness in children with Kanner's syndrome », *JACS* 3 (1973) 154-167.
- Prior, Margot/Denis Perry/Christine Gajzago, « Kanner's syndrome or early-onset psychosis: A taxonomic analysis of 142 cases », *JACS* 5 (1975) 71-80.
- Rapin, Isabelle, « Introduction », in : David Amaral/Geraldine Dawson/Daniel Geschwind (éds), *Autism spectrum disorders* (Oxford 2011)
- Rechtman, Richard, « De l'efficacité thérapeutique et "symbolique" de la structure », *L'Évolution psychiatrique* 65 (2000) 511-530.
- Regier, Darrel *et al.* (éds), *The conceptual evolution of DSM-5* (Washington DC 2011)
- Reich, Walter, « The world of soviet psychiatry », *The New York Times*, 30 janvier 1983
- « The schizophrenia spectrum: a genetic concept », *The Journal of nervous and mental disease* 162 (1976) 3-12.
- « The spectrum concept of schizophrenia. Problems for diagnostic practice », *Archives of general psychiatry* 32, 4 (1975) 489-498.
- Rilke, Rainer Maria, *Poèmes à la nuit* (Paris 2017)
- Rimland, Bernard, « Childhood psychosis : initial studies and new insights by Leo Kanner », *JACS* 3 (1973) 88-92.
- « The differentiation of childhood psychoses: an analysis of checklists for 2, 218 psychotic children », *JACS* 2 (1971) 161-174.
- Robison, John, « Kanner, Asperger, and Frankl: a third man at the genesis of the autism diagnosis », *Autism* 21 (2016) 862-871.
- Rosenthal, David/Seymour Kety, *The Transmission of schizophrenia* (London 1968)
- Rosenthal, Judith/Henry Massie/Kenneth Wulff, « A comparison of cognitive development in normal and psychotic children in the first two years of life from home movies », *JADD* 10 (1980) 433-444.
- Rutter, Michael, « Developmental psychopathology: a paradigm shift or just a relabeling? », *Development and psychopathology* 25 (2013) 1201-1213.
- « Diagnosis and definition of childhood autism », *JACS* 8 (1978) 139-161.
- « The development of infantile autism », *Psychological medicine* 4 (1974) 147-163.

- « Foreword », in : Leo Kanner (éd.), *Childhood psychosis : initial studies and new insights* (Washington DC 1973) 2-8.
- « Childhood schizophrenia reconsidered », *JACS* 4 (1972) 315-337.
- « Concepts of autism : a review of research », *JCPP* 9 (1968) 1-25.
- « Prognosis : psychotic children in adolescence and early adult life », in : John Wing (éd.) *Early childhood autism* (London 1966) 83-99.
- Rutter, Michael/Lawrence Bartak, « Causes of infantile autism : some considerations from recent research », *JACS* 1 (1971) 20-32.
- Rutter, Michael/Eric Schopler, « Classification of pervasive developmental disorders : some concepts and practical considerations », *JADD* 22 (1992) 459-482.
- « Autism and pervasive developmental disorders : concepts et diagnostic issues », *JADD* 17 (1987) 159-186.
- « Editor's note », *JACS* 7, 1 (1977) 1.
- Rutter, Michael/Eric Schopler (éds), *Autisme, a reappraisal of concepts and treatment* (New York/Londres 1978)
- Rutter, Michael/David Shaffer/Michael Shepherd, *A multi-axial classification of child psychiatric disorders* (Genève 1975)
- Rutter, Michael *et al.*, « A tri-axial classification of mental disorders in childhood », *JCPP* 10 (1969) 41-61.
- Saussure, Ferdinand de, *Cours de linguistique générale* (Lausanne 1916)
- Schachar, Russell/Michael Rutter/Alan Smith, « The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children : implications for syndrome definition », *JCPP* 22 (1981) 375-392.
- Schopler, Eric, « Editorial », *JADD* 9 (1979) 311-314.
- « On confusion in the diagnosis of autism », *JACS* 8 (1978) 137-138.
- « Editorial », *JACS* 4 (1974a) 91-92.
- « Questions, answers, comments », *JACS* 4 (1974b) 94.
- « Thinking disorders in parents of young psychotic children », *Journal of abnormal psychology* 74 (1969) 281-287.
- « The development of body image and symbol formation through bodily contact with an autistic child », *JCPP* 3 (1962) 191-202.
- Schopler, Eric/Robert-Jay Reichler, « Parents as cotherapists in the treatment of psychotic children », *JACS* 1 (1971) 87-102.
- Schopler, Eric/Michael Rutter, « Journal of autism and childhood schizophrenia. Change of journal scope and title », *JADD* 9 (1979) 1-10.
- Sheffer, Edith, *Les enfants d'Asperger* (Paris 2019)
- Sierra, Mauricio/German E. Berrios, « Depersonalization: a conceptual history », *History of psychiatry* 8, 30 (1997) 213-229.
- Silberman, Steve, *NeuroTribes. The legacy of autism and the future of neurodiversity* (New York 2015)

- Simonds, John/Theodore Glenn, « Folie à deux in a child », *JACS* 6 (1976) 61-73.
- Sinzelle, Jérémie, « Cent ans de démence précoce », Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Strasbourg (Strasbourg 2008)
- Sinzelle, Jérémie/Yann Craus, « De l'autisme en cascades », *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 10, 2 (2020) 189-233.
- Soukhareva, Grunya, « Über den Verlauf der Schizophrenien im Kindesalter », *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 142 (1932) 309-321.
- « Die Schizoiden Psychopathien im Kindesalter », *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 60 (1926) 235-261.
- Speranza, Mario, « Approche psychopathologique et développementale de la schizophrénie infantile », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 54 (2006) 45-53.
- Spitz, René, « The adaptative viewpoint : its role in in autism and child psychiatry », *JACS* 3 (1971) 239-245.
- « Genèse des premières relations objectales. Observations directes sur le nourrisson durant sa première année », *Revue française de psychanalyse* 4 (1954) 479-575.
- Starobinski, Jean, *Histoire de la médecine* (Lausanne 2020 [1963])  
*Le remède dans le mal* (Paris 1989)
- Stengers, Isabelle/Judith Schlanger, *Les concepts scientifiques. Invention et pouvoir* (Paris 1991)
- Stutte, Hermann/Iris Dauner, « Systematized delusions in early life schizophrenia », *JACS* 4 (1971) 411-420.
- Sullivan, Ruth Christ, « The politics of definitions : how autism got included in the developmental disabilities act », *JADD* 9 (1979) 221-231.
- Swain, Gladys, *Dialogue avec l'insensé. Essais d'histoire de la psychiatrie* (Paris 1994)  
*Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie* (Toulouse 1977)
- Tarozzi, Giovanni, « Demenza precocissima (De Sanctis) (schizophrenia prepuberale) », *Rivista di patologia nervosa e mentale* 28 (1923) 302-310.
- Thiercé, Agnès, *Histoire de l'adolescence (1850-1914)* (Paris 1999)
- Thornton, Tim, *Essential philosophy of psychiatry* (Oxford 2007)
- Thurin, Jean-Michel, « L'étude de cas, au cœur de la formation et de la recherche en psychothérapie », *Perspectives psy* 51 (2012) 364-373.
- Thurin, Jean-Michel *et al.*, « Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* 62 (2014) 102-118.
- Tordjman, Sylvie *et al.*, « Dysharmonies psychotiques et multiplex developmental disorder : histoire d'une convergence », *La psychiatrie de l'enfant* 40 (1997) 473-504.
- Toulouse, Édouard, « Tuesday morning, May 6<sup>th</sup>, Session B », Archives du Fonds Georges Heuyer.
- Toulouse, Édouard/Georges Génil-Perrin, « L'organisation technique de la prophylaxie mentale », *Annales médico-psychologiques* 12 (1920) 513.

- Tramer, Moritz, *Manuel de psychiatrie infantile générale* (Paris 1949)
- Trémine, Thierry, « Clifford Beers, l'hygiène mentale et l'influence américaine en France dans l'entre-deux-guerres. Les prémisses du CMP », *L'Information psychiatrique* 92, 7 (2016) 563-566.
- Trénel, Marc, « La démence précoce ou schizophrénie d'après la conception de Bleuler », *Revue neurologique* 2 (1912) 372-383.
- Troubetzkoy, Nicolai, *Principes de phonologie* (Paris 1949)
- Van Krevelen, Dirk, « Early infantile autism and autistic psychopathy », *JACS* 1 (1971) 82-86.
- « Autismus infantum », *Acta paedopsychiatrica* 27 (1960) 97-108.
- Verhoeff, Berend, « Fundamental challenges for autism research: the science-practice gap, demarcating autism and the unsuccessful search for the neurobiological basis of autism », *Medicine, health care, and philosophy* 18, 3 (2015) 443-447.
- « Autism in flux: a history of the concept from Leo Kanner to DSM-5 », *History of psychiatry* 24, 4 (2013) 442-458.
- Vernazza-Licht, Nicole, « Les âges de l'enfant : réflexions sur l'usage des catégories », in : Thierry Lang *et al.* (eds), *Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant* (Paris 2019) 95-105.
- Voisin, Félix, *De l'idiotie chez les enfants* (Paris 1843)
- Voisin, Jules, *L'idiotie* (Paris 1893)
- Volkmar, Fred R./Donald Cohen, « Current concepts : Infantile autism and the pervasive developmental disorders », *Developmental and behavioral pediatrics* 7, 5 (1986) 324-329.
- « The experience of infantile autism : a first-person account by Tony W. », *JADD* 15 (1985) 47-54.
- Wagner, Hulse, « William Healy, M. D.: Father of the American child guidance movement », Master of arts, Université du Maryland (College Park 1981)
- Weizsaecker, Viktor Von, *Le cycle de la structure (der Gestaltkreis)* (Bruges 1958 [1939])
- Weygandt, Wilhelm, « Idiotie und Dementia praecox », *Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinn* 1 (1907) 311-332.
- Widlöcher, Daniel, « La psychiatrie clinique peut-elle disparaître ? », in : Daniel Couturier *et al.* (éds), *La mort de la clinique ?* (Paris 2009)  
*L'interprétation des dessins d'enfants* (Bruxelles 1975)
- Wiener, Paul, « Structure », in : Yves Pélicier (éd.), *Objets de la psychiatrie* (Le Bouscat 1997) 28-40.
- Wing, Lorna/Judith Gould, « Systematic recording of behaviors and skills of retarded and psychotic children », *JACS* 8 (1978) 79-97.
- Wing, Lorna, « The Relationship between Asperger's syndrome and Kanner's autism », in : Frith Uta (éd.), *Autism and Asperger syndrome* (Cambridge 1991) 93-121.
- « What is autism ? », in : Ellis, Kathryn (éd.), *Autism. Professional perspectives and practice* (Londres 1990) 1-24.

« Asperger's syndrome: a clinical account », *Psychological medicine* 11 (1981) 115-129.

« Questions, answers, and comments », *JACS* 6 (1976) 100.

« Book review », *JACS* 2 (1972) 109-110.

**Wing, Lorna/John Wing**, « Multiple impairments in early childhood autism », *JACS* 3 (1971) 256-266.

**Winter, Ken/John Neale**, « Delusions and delusional thinking in psychotics », *Clinical psychology review* 3 (1983) 227-253.

**Wong, Virginia/Stephen Lam**, « Fragile X positivity in Chinese children with autistic spectrum disorder », *Pediatric neurology* 8 (1992) 272-274.

**Zimra, Georges**, « Préface », in : Eugen Bleuler, *La psychanalyse de Freud* (Clichy 1994 [1911]) 4-20.

## Index des noms de personnes

### A

**Abadie, Jean (1873-1946)**, 71

**Abettan, Camille**, 389-390, 401

**Ajuriaguerra, Julian de (1911-1993)**, 137-138, 142-143, 147-148, 173, 175, 286-287, 289-290, 293, 310, 315, 321, 330-331, 372-373, 401

**Arveiller, Jacques**, 276, 402

**Aschaffenburg, Gustav (1866-1944)**, 67, 81, 91, 402

### B

**Badonnel, Marguerite (1895-1970)**, 55, 402

**Baker, Harvey-Humphrey (1869-1915)**, 9, 32

**Baron-Cohen, Simon**, 295, 402

**Beaudouin, Henri (1885-1968)**, 45

**Beers, Clifford (1876-1943)**, 9, 38-39, 403, 421

**Bender, Lauretta (1897-1987)**, 10, 42, 110, 120, 123-126, 129, 151-152, 199, 211-212, 214-215, 218-219, 403

**Berlin, Irving (1917-2013)**, 60, 78, 108, 156, 233, 417

**Berrios, German E.**, 23, 330, 393, 403, 416, 419

**Bideaud, Jacqueline**, 285, 287-288, 325, 328-329, 331, 403

**Binet, Alfred (1857-1911)**, 41, 51

**Bleuler, Eugen (1857-1911)**, 9, 30, 59-61, 63-70, 73, 75-100, 109, 111, 119, 123, 131, 137, 139-140, 144, 146, 148, 150, 193, 205, 207-208, 215, 218, 225, 245, 251, 254-258, 262, 264, 297, 385, 403, 408-409, 414-415, 421-422

**Bourneville, Désiré Magloire (1840-1909)**, 29, 410

**Bouyssou, Pierre (?-?)**, 57, 404

**Bronner, Augusta (1881-1966)**, 32

**Brouardel, Georges (1869-1959)**, 42

**Bursztejn, Claude**, 182, 184-185, 293, 405-406

### C

**Cabot, Frederick Pickering (1868-1932)**, 32

**Canguilhem, Georges (1904-1995)**, 13, 15, 20-21, 103, 125, 338-341, 352, 357, 379, 391, 394, 404-405

**Claude, Henri (1869-1945)**, 40, 57, 118, 153, 172, 185, 405-406, 410-411, 415

**Clérambault, Gaëtan Gatian de (1872-1934)**, 36, 248, 255, 405, 412

**Cohen, Donald (1940-2001)**, 178, 182, 295, 297, 306, 318, 389, 402, 405-406, 421

**Compayré, Gabriel (1843-1913)**, 274

## D

De Sanctis, Sante (1862-1935), 29, 77, 79, 118, 123, 140, 144, 148, 150, 249, 407, 420  
 Decroly, Ovide (1871-1932), 51  
 Delaville, Maurice (1926-2011), 41  
 Delay, Jean (1907-1987), 52  
 Delion, Pierre, 268, 374, 379, 407, 411  
 Demay, Georges (?-1953), 46, 407  
 Despert, Juliette Louise (1892-1982), 73-76, 120, 129-130, 140, 151, 197, 199, 220, 222, 245-246, 250-253, 366, 407  
 Diatkine, René, 137-140, 143, 152, 165-168, 171, 246, 255-256, 401, 403, 407, 415  
 Duché, Didier-Jacques (1916-2010), 213  
 Dupré, Ernest (1862-1921), 36, 49, 51, 150

## E

Eggers, Christian (1938-2020), 213-216, 219, 253, 366-367, 408  
 Emminghaus, Hermann (1845-1904), 29, 100, 408  
 Engel, George L. (1913-1999), 353, 408  
 Ey, Henri (1900-1977), 8-9, 70-71, 86, 94-97, 99, 131, 135, 148, 159-160, 170, 172-173, 255, 278-279, 308, 310, 358, 376, 401, 408, 412-413, 417

## F

Fish, Barbara (1920-2016), 314, 318, 326, 409  
 Fleck, Ludwig (1896-1961), 62, 404  
 Foucault, Michel (1926-1984), 18, 21-22, 160, 241, 357, 404, 409  
 Frankl, George (1897-1975), 111-113, 116, 121, 223, 407, 409, 418  
 Freud, Anna (1895-1982), 42, 139, 151, 177, 422  
 Freud, Sigmund (1856-1939), 30, 62-70, 83, 87, 89-93, 152, 164, 168, 258, 286-287, 308, 403, 405, 409, 414-415, 422  
 Frith, Uta, 114-115, 220, 409, 421

## G

Garrabé, Jean (1931-2020), 30, 61, 97-99, 158-159, 161, 181, 191, 238, 257, 410  
 Génil-Perrin, Georges, (1882-1964), 39, 48, 410, 420  
 Gesell, Arnold (1880-1961), 42, 286, 288, 310, 327-329, 410  
 Giovacchini, Peter (1922-2004), 275, 411  
 Grebelskaja-Albatz, Ewa (?-?), 73, 411

## H

Hacking, Ian (1836-1923), 236, 351, 355, 411  
 Halberstadt, Grégoire (1873-1937), 78-79, 411  
 Hall, Stanley (1846-1924) 252, 274, 286  
 Hartman, Heinz (1894-1970), 221  
 Hartwell, Samuel W. (1882-1951), 37, 411

Healy, William (1869-1963), 32-33, 417, 421  
 Hecker, Ewald (1843-1909), 277  
 Heller, Theodor (1869-1938), 29, 78-80, 118, 140, 145, 150, 375, 412  
 Heuyer, Georges (1884-1977), 8, 24, 32, 34-37, 40-46, 48-55, 57, 70-73, 80, 95, 105, 108, 118, 126, 132, 173, 213, 247-248, 277-278, 280, 374, 401-402, 405, 411-413, 420  
 Hoche, Alfred (1865-1943), 67  
 Houdé, Olivier, 285, 287-288, 325, 328-329, 331, 403

## I

Isserlin, Max (1879-1941), 67

## J

Janet, Pierre (1879-1941), 83, 89, 274, 308, 408  
 Jost, Waldemar, 78-79, 118, 413

## K

Kanner, Leo (1894-1981), 9, 70, 80, 98, 100, 107-114, 116, 118-121, 124, 126-128, 130, 133, 140, 151, 194-195, 197-201, 203-208, 210-211, 219-221, 223-230, 236, 245-246, 297-298, 303, 309-310, 366, 371-372, 377, 385, 403, 408, 413, 418-419, 421  
 Kety, Seymour (1915-2000), 198, 334, 343, 418  
 Klein, Melanie (1882-1960), 42, 124, 127, 139, 151-152, 166, 238  
 Koupernik, Cyrille (1917-2008), 126, 194, 198, 414  
 Kraepelin, Emil (1856-1926), 29, 60-61, 66, 75, 78-79, 81, 89, 97-98, 123, 139, 141, 144, 148, 150, 258, 260, 277, 317, 355, 412, 414  
 Kretschmer, Ernst (1888-1964), 280  
 Krevelen, Dirk Arnold van (1909-1979), 114, 119, 198, 221, 226-227, 421

## L

Lacan, Jacques (1901-1981), 81, 107, 118, 152, 158, 163, 280, 405, 413-415  
 Lahy, Jean-Maurice (1872-1943), 41  
 Lantéri-Laura, Georges (1930-2004), 138, 155-159, 191, 259, 317, 319, 376, 390, 407, 415  
 Laugier, Henri (1888-1973), 41  
 Lazar, Erwin (?-2000), 112, 121, 404  
 Lebovici, Serge, 126, 136-137, 152, 162, 218, 246, 249, 403, 407, 415, 417  
 Legrain, Paul-Maurice (1860-1939), 39  
 Levy, David 33-34, 415  
 Lorsignol, Suzanne (?-1942), 53  
 Lutz, Jakob (1903-1998), 77-79, 198, 416

## M

Mahler, Margaret (1897-1985), 10, 123, 127-129, 140, 151-152, 198-199, 416  
 Mâle, Pierre (1900-1976), 43, 158, 169-173, 280, 416  
 Martin, Louis (1864-1946), 42, 402, 410  
 Meyer, Adolf (1866-1950), 39, 77, 108, 113, 197, 208, 354, 414  
 Michaux, Léon (1899-1982), 72, 105, 130, 248-251, 256, 416  
 Minkowski, Eugène (1885-1978), 78, 94, 99, 158, 278-280, 416  
 Misès, Roger (1924-2012), 18-19, 137-152, 162, 165, 173-177, 179-180, 183-184, 186-187, 189-190, 269, 297, 403, 406, 415-416  
 Moniot, Marc (?-?), 18-19, 138-140, 416  
 Morel, Benedict Augustin (1809-1873), 51, 60, 78, 97, 277  
 Morgenstern, Sophie (1875-1940), 53, 73, 78, 417

## N

Nacht, Sacha, 135-136, 138, 401, 417  
 Neumärker, Klaus-Jürgen, 91, 417  
 Neumärker, Maximilian (?-?), 60

## O

Oury, Jean (1924-2014), 380, 417

## P

Park, Clara (1923-2010), 108, 208, 235-236, 367, 417, 421  
 Pedinielli, Jean-Louis, 285, 287-288, 325, 328-329, 331, 403  
 Piaget, Jean (1896-1980), 175, 287, 289, 315, 329, 384, 410, 417  
 Piéron, Henri (1881-1964), 41  
 Potter, Howard W. (1892-1984), 76, 418

## R

Reich, Walter, 132, 200, 335-336, 341, 344-347, 358, 418-419  
 Ribot, Théodule (1839-1916), 274, 286  
 Rimland, Bernard (1928-2006), 206-207, 297, 418  
 Rollet, Henri (1860-1934), 9, 32, 34-35, 49  
 Rosenthal, David (1916-1996), 310, 334, 343, 418  
 Roudinesco, Jenny (1903-1987), 53  
 Rutter, Michael (1933-2021), 198, 201-203, 207-208, 213, 216-220, 222, 224, 226, 228-229, 237, 265, 298, 303-304, 314, 350, 402, 409, 418-419

## S

Schopler, Eric (1827-2006), 110, 195, 199-203, 226, 228-231, 235, 237, 303-304, 350, 419  
 Schröder, Paul (1873-1941), 72  
 Simon, Théodore (1873-1961), 51, 105, 208, 295, 402, 406, 420  
 Soukhareva, Grounia Efimovna, 73, 78, 402, 420

Stern, Erich (1889-1959), 37, 53, 413  
 Strunk, Peter (1929-2020), 213

## T

Tinbergen, Elisabeth (1912-1990), 223  
 Tinbergen, Nikolaas (1907-1988), 223  
 Tosquelles, François (1912-1994), 380  
 Toulouse, Édouard (1865-1947), 9, 36, 38-41, 43-45, 47-49, 52, 407-408, 420  
 Tramer, Moritz (1882-1963), 70, 72, 126, 195, 421

## V

Vallée, Hippolyte (1816-1885), 29, 173  
 Voigt, Leonhard (1835-1925), 79

## W

Wallon, Henri (1879-1962), 72, 175, 287  
 Weiss, Anni (1897-1991), 111-113, 116, 121, 407  
 Weygandt, Wilhelm (1870-1939), 29, 67, 80, 118, 421  
 Widlöcher, Daniel, (1929-2021), 22, 152, 421  
 Wing, John (1923-2010), 198, 220, 227, 419, 422  
 Wing, Lorna (1928-2014), 113-114, 116, 119, 121, 210, 220, 223, 227, 232, 234, 322, 421-422  
 Wolfsohn, Ryssia (1880-?), 60  
 Wundt, Wilhelm (1832-1920), 286

## Z

Zablocka, Marie-Emma (1878-?), 60  
 Zazzo, René (1910-1995), 43

*Folle enfance. Une histoire conceptuelle de la pédopsychiatrie* a été achevé  
d'imprimer en mai 2026 par la Tipolitografia Saccardo snc,  
Ornavasso (VB), Italie.  
Dépôt légal : mai 2026

Les psychoses de l'enfant ont disparu des classifications psychiatriques internationales. Les symptômes qu'elles regroupaient demeurent pourtant un défi pour la communauté médicale ; sans ce cadre clinique tant les propositions thérapeutiques que la recherche dans le champ pédopsychiatrique vacillent. Par quelles entités nosologiques ces psychoses ont-elles été remplacées ? Et qu'ont-elles apporté à la pédopsychiatrie quand elles en constituaient l'objet, certes énigmatique mais central ? *Folle enfance* propose une histoire conceptuelle de cette catégorie refoulée au fil d'un long 20<sup>e</sup> siècle qui éclaire un certain nombre des enjeux actuels de la santé mentale des enfants et des adolescents.

Praticien hospitalier à l'hôpital Sainte-Anne, **Yann Craus** exerce la pédopsychiatrie à Paris. Docteur ès sciences de la vie de l'Université de Lausanne et docteur en philosophie de l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, il mène des recherches en histoire et épistémologie de la médecine afin d'analyser les concepts cliniques et de renouveler la relation soignante.



9 782940 527625

29 €

**BHMS**