

L'avenir de la psychiatrie de l'enfant



Collection « La vie de l'enfant »
dirigée par Sylvain Missonnier
syl@carnetpsy.com

De l'enfant imaginaire dans la tête des parents virtuels à l'adolescent rappeur, il y a tout un monde ! Chacun des ouvrages de la collection est une pièce du puzzle de cet univers peuplé d'enfants vivants, morts, bien portants, souffrants, handicapés, maltraités, soignés, accueillis, éduqués, aimés..., indissociables de leur environnement.

La vie de l'enfant s'adresse aux professionnels et aux curieux de la genèse de l'humain, de la parentalité et du soin. Elle privilégie la clinique et ses pratiques, matrices de nos hypothèses théoriques et non servantes. La lisibilité, exempte d'ésotérisme, n'y rime pas avec simplisme. À la croisée des domaines psychanalytique, psycho (patho)logique, médical, social, historique, anthropologique et éthique, sa convivialité épistémologique réconcilie l'enfant observé et l'enfant reconstruit.

La collection publie des auteurs confirmés ou à découvrir et des collectifs réunis autour d'une diagonale essentielle. Témoin de l'évolution des usages, des mutations sociales et culturelles, elle souhaite constituer un vivier d'informations réflexives dédié aux explorateurs de la santé mentale infantile d'ici et d'ailleurs.

Initiatrice de rencontres, *La vie de l'enfant* désire être une vivante agora où enfants, parents et professionnels élaborent avec créativité les métamorphoses du troisième millénaire.

Membres du comité éditorial :

Dominique Blin, Nathalie Boige,
Edwige Dautzenberg, Pierre Delion,
Anne Frichet, Bernard Golse,
Sylvie Séguret
et Michel Soulé, fondateur de la collection en 1959.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Yvon Gauthier

L'AVENIR DE LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT

Le parcours d'un psychiatre d'enfant

Préface de Françoise Molénat

« La vie de l'enfant »

éres
éditions

REMERCIEMENTS

Je veux remercier tout spécialement mes amis et lecteurs Solange Cook-Darzens, Denise Marchand et Martin St-André qui ont bien voulu lire les premières versions de ce manuscrit et m'ont fait des commentaires judicieux pour une version définitive ; sans oublier ma fille, Anne, qui en a « patiemment » revu l'écriture.

Conception de la couverture
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-1816-8
Première édition © Éditions érès, 2009
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

TABLE DES MATIÈRES

Préface de Françoise Molénat	9
Introduction	15
1. Le rôle historique de la psychanalyse en psychiatrie de l'enfant	21
2. Psychiatrie de l'enfant et hôpital pédiatrique	31
3. Psychanalyse ou psychothérapie: la place de l'imaginaire en psychiatrie de l'enfant.....	37
4. Les maladies psychosomatiques: le cas de l'asthme du très jeune enfant	45
5. L'observation des interactions mère-enfant	55
6. Vers la périnatalogie.....	65
7. Une approche intégrée et précoce de l'enfant et de la famille.....	77
8. Attachement et carence affective: réversibilité ou irréversibilité des troubles.....	85
9. La théorie de l'attachement 1: une conception très nouvelle et les résistances du milieu ...	99
10. Attachement 2: nouvelles avancées et implications cliniques...	115
11. Interventions précoces: quelques résultats prometteurs.....	127
12. Les facteurs de changement et le processus thérapeutique	139
13. Traumatisme et protection de l'enfant	151
14. Intégrer l'organique et le psychique: l'influence de l'environnement.....	167
15. Une psychodynamique revisitée	183
16. Les enjeux et l'avenir de notre discipline.....	199
17. ... car l'enfant construit son histoire à travers l'autre... ..	213
Bibliographie.....	217

*Pour Elizabeth, ma femme,
qui m'a accompagné et soutenu tout au long des années,
et à Martin, Anne, Bernard, Madeleine et Marie-Chantal, nos enfants,
qui, chacun à leur manière,
m'ont appris comment se construit un enfant.*

PRÉFACE

En ces moments de turbulence, nous avons besoin d'un tel témoignage: celui d'un psychiatre, d'un enseignant soucieux d'une médecine ouverte, d'un grand lecteur, et pour ma part d'un ami fidèle. Si Yvon Gauthier pose d'emblée sa profonde inquiétude sur les pratiques psychiatriques actuelles, la manière dont il éclaire les à-coups dans la succession des théories redonne vie aux contextes historiques et assouplit les heurts. N'est-ce pas ce chemin que nous sommes d'ailleurs amenés à parcourir avec un enfant, des parents, pour repérer les points de clivage dans leur histoire traumatique et y redonner du sens?

Dans son introduction, Yvon Gauthier nous propose de retracer le fil de sa propre avancée, et ainsi de partager avec les lecteurs de sa génération et des plus jeunes ses inquiétudes, mais aussi ses convictions. Il nous décrit comment, très tôt, sa réflexion s'est développée à partir d'une position très personnelle « aux confins entre le corps et l'esprit », mais aussi dans le climat particulier de la « révolution tranquille » au Québec. Comment, tôt dans ses études, son chemin l'a mené vers la pédiatrie sociale puis la psychiatrie. En évoquant le rôle important joué par la lecture de certaines œuvres littéraires dans son inclination pour la complexité de l'être, il nous conduit à soupeser, dans le débat actuel annoncé d'entrée de jeu, les multiples influences qui peuvent façonner le choix de futurs psychiatres. Comment s'oriente notre regard sur l'humain, en deçà et au-delà des démonstrations « scientifiques »? Sujet brûlant dans une époque où les jeunes psychiatres – mais aussi l'ensemble des professionnels concernés par la souffrance psychique et son retentissement existentiel – parlent de déchirure éprouvée à l'écoute de discours aussi disparates. Ce n'est pas nouveau, mais la

gravité des problèmes rencontrés dans tous les lieux de soins et de vie sociale rend urgente la confrontation des pratiques et des points de vue. La volonté de dégager un minimum de consensus s'impose, tout en préservant une riche diversité.

Cette part subjective, frappée du poids de la réalité sociale à une époque donnée, a marqué l'histoire de la psychanalyse. Yvon Gauthier le décrit longuement, son propre chemin en témoigne à nouveau. Une succession de lectures et de rencontres ont guidé sa curiosité vers les nouveaux champs de pensée qui s'ouvraient ici ou là. Mais une grande leçon se dégage de l'ouvrage : à chaque tournant, c'est la confrontation clinique qui provoque une nouvelle interrogation. La littérature sur le sujet viendra éclairer la démarche empirique dans un deuxième temps. Ainsi, tout au long de son parcours, Yvon Gauthier questionne les développements théoriques, sans rejeter ni opposer un courant à l'autre. Il tente plutôt de retrouver ce qui les articule en dépliant concepts et contextes. Il les apprécie à l'aune de ses observations, et non d'une construction intellectuelle préétablie. Il rappelle que, tôt dans sa formation auprès d'enseignants attentifs, il a rencontré l'enfant malade en pédiatrie, éprouvé le poids des affects dans l'évolution somatique, et qu'il gardera présent le lien entre réalité et registre imaginaire.

S'il se décrit comme un *contemplatif*, il fut un *actif*, car il a fait des choix. Sa venue à Montpellier en fut un. Venu présenter sa recherche sur l'asthme infantile, voici presque trente ans, il raconta comment il avait dû remettre en question ses hypothèses de départ conformes aux idées en cours, et accepter que le psychisme maternel ne s'avérât pas tout-puissant dans la survenue des manifestations chez l'enfant. Dans la discussion qui s'ensuivit, j'ai sursauté en l'entendant parler de « puéricultrices ». Plongée moi-même à cette époque dans l'univers de la pédiatrie néonatale, et découvrant le potentiel humain des soignants les plus modestes, cet intérêt exprimé par un psychiatre de son rang pour leur place suscita un premier échange entre nous. Sur cet axe se poursuivront au fil des années nos échanges.

Sa présence à Montpellier, lors de son année sabbatique, fut d'un grand soutien dans la confiance qui allait s'établir, dans ce début des années 1980, entre l'équipe obstétricale et l'équipe de pédopsychiatrie. J'eus la chance de défricher avec lui le domaine très peu exploré jusqu'alors de ce qu'il nomme la périnatalogie. Il nous racontait émerveillé les histoires cliniques de son collègue Gilles Lortie, très impliqué en obstétrique. Ce psychanalyste décrivait les mouvements psychiques spectaculaires observés chez des femmes hospitalisées en obstétrique pour menace de travail prématuré, au cours et au décours d'une intervention ponctuelle, fondée sur l'interprétation – mais articulée à l'intérêt des médecins pour leur patiente. Il rappelle à ce propos, et nous donne à méditer, que l'appel vers un psychiatre était venu en 1970 d'un obstétricien déjà convaincu de l'intrication entre soma et psyché. Dans le grand hôpital de réputation mondiale qu'est

Sainte-Justine à Montréal, la conviction clinique de ce « somaticien » n'avait pas attendu de passer sous les fourches caudines de l'evidence based medicine pour créer un tel poste !

Sa participation fidèle, comme expert étranger, aux formations interdisciplinaires que nous animons à Montpellier a compté dans le rayonnement d'une clinique de la naissance ancrée dans l'actualité des liens entre parents, nourrisson et soignants. Sa remarquable capacité de synthèse et sa connaissance de la littérature anglo-saxonne rafraîchissaient nos esprits quelque peu embourbés dans des concepts utiles mais insuffisants à penser – et surtout à transmettre – la complexité des processus observés. Une fois de plus, nous constatons qu'une théorie a pour effet premier d'orienter le regard vers ce qui lui échappe, à condition de supporter l'idée de faire évoluer la dite théorie. Sur cet aspect de « résistance » à la nouveauté chez les psychanalystes, Yvon Gauthier s'étend longuement. La peur d'être attaqué, la peur de perdre un peu de son identité, a fortement marqué l'évolution des idées. Lors des décennies précédentes – et nous n'en sommes pas tout à fait sortis –, il paraissait en effet sacrilège à nombre de nos collègues de s'intéresser au présent, au lien humain, à la réalité somatique, aux personnes significatives pour une famille. Se rendre disponible aux intervenants médicaux et sociaux ne faisait pas consensus.

Yvon Gauthier évoque longuement, en s'appuyant sur des biographes, l'abandon par Freud du traumatisme réel au profit de la dimension fantasmatique et du complexe œdipien. Il rappelle à ce propos combien la fixation des successeurs à l'imaginaire a entravé longtemps l'observation sereine des premières étapes du développement. Est-ce là un des freins qui jouera plus tard un rôle dans la bascule réductionniste vers le « tout organique », qui l'inquiète tant ?

Au fil des années où il a fidèlement participé à nos « formations de formateurs », il nous parlait de plus en plus, avec insistance, de la théorie de l'attachement à travers Bowlby et ses successeurs, qu'il connaît à fond. Nous nous en agacions parfois et il nous répondait gentiment : « Mais vous ne parlez que de cela : la construction des liens... » Pour certains d'entre nous, il est vrai, l'influence en France de Françoise Dolto dans le monde de l'enfance, infirmière puis « médecin d'enfants », son intérêt pour l'ancrage corporel mais aussi pour la place des soignants et des éducateurs, réduisait probablement notre curiosité. Peu à peu cependant la lecture des processus précoces d'attachement aidera à proposer des ponts entre les disciplines, entre les théories du développement. La meilleure connaissance actuelle des mécanismes intimes sur le plan biologique croise les données sur l'attachement humain. Yvon Gauthier consacre un chapitre à l'apport des neurosciences, et rappelle les voies de recherche passionnantes qui s'ouvrent, en particulier dans le domaine de la carence, du traumatisme et de leur prévention précoce.

Si, dans l'histoire de la psychanalyse, de nouvelles hypothèses ont parfois abouti à l'exclusion de leur auteur, ou à des conflits passionnels encore à l'œuvre, Yvon Gauthier n'oppose aucune idée à une autre. Il éclaire les divergences en les situant chaque fois dans le contexte de l'époque, rappelant que la guerre et les conditions de vie des enfants en rupture de liens ont ouvert des voies de connaissance nouvelles : le poids de la réalité vécue, le rôle de l'environnement, l'effet dramatique des séparations précoces non accompagnées, dans le développement ultérieur de l'enfant. En France, un fort mouvement de psychologues et psychiatres engagés démontrait également les effets nocifs des pouponnières médicales ou sociales. L'importance des carences affectives dans la constitution des mécanismes de défenses reste d'une grande actualité. Le praticien le constate tous les jours : s'intéresser dans l'anamnèse à ce qui s'est vécu aux premières étapes de la vie, plutôt que de fixer l'attention sur les symptômes en tant que tels, accélère le changement en ouvrant le champ des représentations internes. Travailler avec les parents autant qu'avec l'enfant aide à dégager celui-ci des entraves transgénérationnelles. Soutenir les substituts parentaux en cas de défaillance familiale s'avère absolument nécessaire pour qu'un accueil social tienne dans la durée.

Nous arrivons par là à des questions cliniques précises, qu'Yvon Gauthier amène le lecteur à pressentir : l'intérêt de la fonction soignante dans la renarcissisation de mères blessées d'une part, et d'autre part les effets d'une approche collective coordonnée versus la relation individuelle unique. Il insiste sur le rôle princeps des intervenants de première ligne et sur l'efficacité d'une personne intervenant à domicile dès la grossesse. Il souligne à cette occasion ce qui est démontré pour la première fois dans la littérature anglo-saxonne : l'infirmière obtient plus de résultats que le travailleur social. Il ne s'agit pas de compétence mais de représentations et d'éprouvés : recevoir du soin d'un professionnel de santé est ressenti comme moins dévalorisant qu'un soutien social fondé sur un « manque » – quel que soit le terme utilisé pour définir ce manque. Ce fut notre hypothèse de travail dès nos premiers pas dans le champ de la naissance en constatant les effets remarquables du « holding » effectué par les soignants à l'occasion d'une maternité. La validation de l'hypothèse ouvre de nouvelles perspectives dans le chevauchement des disciplines vers un objet commun : éviter que l'insécurité parentale ne génère des désordres chez l'enfant.

Pour le deuxième point, celui d'une coordination d'action autour d'une famille vulnérable et les changements spectaculaires qui peuvent en découler, il ne l'aborde pas de front mais cite les travaux d'E. Fivaz et A. Corboz sur la triade. Frappés par l'analogie entre la description que ces auteurs en font dans la construction de l'enfant et les termes utilisés dans la clinique « en réseau », nous sommes plus nombreux désormais à avancer dans cette recherche. Ce qui a achoppé dans l'enfance des parents doit-il se réparer uniquement dans un travail individuel ? Pour le démontrer selon les règles en vigueur, nous butons là sur

la complexité des interactions dans un faisceau de liens de confiance, lorsqu'il s'agit d'évaluation. Mais Yvon Gauthier explore longuement les conditions d'une première alliance entre des parents blessés et un professionnel. Le psychothérapeute est-il le mieux placé pour accéder à la vie psychique de ces mères qui ont peur de l'abandon et du jugement ? Sans un intérêt soutenu du monde psychologique pour les intervenants de première ligne, force est de constater que les plus en souffrance n'iront pas d'emblée vers l'évocation trop dangereuse des traumatismes anciens. Une autre alliance est nécessaire : celle qui rapproche les psychothérapeutes du monde médical et social.

Ces questions amènent Yvon Gauthier à se pencher sur les politiques de santé et plus largement sociales. Ce n'est pas la moindre de ses qualités. S'il déplore le clivage entre deux systèmes – la pédopsychiatrie et la protection de l'enfance –, il s'y est fortement engagé lui-même, en lien avec des représentants d'autres disciplines. Clinique du développement, clinique de l'attachement : son implication dans une équipe interdisciplinaire et sa quête d'une évaluation rigoureuse des liens entre l'enfant et les adultes significatifs témoignent de son esprit de recherche et de sa rigueur clinique.

Lors d'une conversation récente, nous évoquons un domaine qu'il aborde peu faute de démonstration suffisante : la prévention de la psychopathologie et de la dépression parentale hors facteurs de risque voyants tels que la précarité. En effet, des programmes d'intervention précoce comme Early Head Start aux États-Unis, qu'il décrit longuement, s'adressent à des populations « ciblées ». Qu'en est-il des familles bien insérées dans la société, sans signes d'appel, et porteuses cependant de nœuds affectifs retrouvés plus tard dans l'anamnèse des troubles de l'enfant ou des décompensations maternelles, nœuds qui auront d'autant plus d'impact qu'ils sont restés enkystés et rebondissent littéralement face au nourrisson ? Ces cas font le quotidien du pédopsychiatre. Il faut remercier Yvon Gauthier d'évoquer dans son ouvrage le mouvement actuel en France, et le Plan périnatalité récent qui place la sécurité émotionnelle des femmes enceintes comme un enjeu majeur des pratiques périnatales. Quel autre moyen que l'ouverture précoce d'un dialogue avec un soignant, en début de grossesse, pour recueillir les facteurs de stress, offrir une nouvelle expérience de relation, favoriser l'émergence de contenus psychiques enkystés, orienter vers un psychothérapeute si nécessaire ? Nous savons désormais que l'activation des gènes et le développement du cerveau sont influencés par l'environnement humain précoce. Le rôle du stress prénatal dans le devenir de l'enfant est illustré par des publications nombreuses. La question devient aiguë : qui est le mieux placé pour accéder aux émotions de jeunes parents qui ne montrent rien ?

Mais le tournant s'amorce à peine. Le changement d'état d'esprit s'avère douloureux pour toutes les disciplines. La compréhension du psychisme reste un terrain d'aventures, pour le meilleur et pour le pire. Le constat d'une perte

d'humanité dans certaines pratiques psychiatriques est préoccupant. Gageons que cet ouvrage empreint d'humanité et de rigueur favorisera le rapprochement et dynamisera des forces encore inemployées.

Je dois remercier Yvon Gauthier de nous avoir permis de rencontrer Gloria Jeliu, une grande pédiatre de l'hôpital Sainte-Justine, exemple vivant de l'alliance possible d'une compétence reconnue dans le domaine somatique avec une pertinence aiguë dans le champ du développement affectif et des relations familiales. Son éloquence a secoué plus d'un psychiatre ou psychologue venu l'écouter lors de nos rencontres à Montpellier. Le maintien des liens entre Montréal et ici au travers de Martin St-André est également source de plaisir intellectuel et humain. L'histoire continue... je l'en remercie.

Françoise Molénat
Pédopsychiatre
CHU de Montellier

INTRODUCTION

Je suis, avec d'autres, très inquiet devant l'évolution de la psychiatrie de l'enfant, et ce livre tente de répondre à cette inquiétude profonde qui m'habite depuis déjà plusieurs années.

Le courant pharmacologique ainsi qu'une perspective trop exclusivement comportementaliste sont devenus dominants en psychiatrie et touchent même la pratique de notre discipline. Je m'aperçois que, même chez de jeunes enfants, des médications telles qu'amphétamines, anxiolytiques, antidépresseurs, voire antipsychotiques sont de plus en plus utilisées pour calmer l'angoisse, la tristesse et les troubles de comportement. Je ne peux plus ignorer que nous voyons de plus en plus d'enfants hyperactifs qui éprouvent précocement d'énormes difficultés à se concentrer et à s'asseoir assez longtemps pour réaliser les étapes qui conduisent à la réussite de tâches plutôt simples, et que la thérapeutique de ces troubles est devenue presque exclusivement pharmacologique. Je constate que les pédopsychiatres se disputent autour de la maladie bipolaire, une maladie de l'adulte que l'on a tendance à diagnostiquer de plus en plus tôt dans la vie de l'enfant, en se basant sur des critères qui demeurent flous.

La plupart des congrès et colloques organisés dans nos milieux me semblent consacrés presque uniquement à la psychopharmacologie des divers troubles rencontrés chez l'enfant, et de même, les revues canadiennes et américaines me paraissent publier surtout les travaux des chercheurs dans ce domaine. Sous l'influence du DSM-IV – manuel développé aux États-Unis pour tenter d'uniformiser l'approche

diagnostique –, les psychiatres d'enfant s'attachent essentiellement aux symptômes, oubliant souvent que l'établissement d'une relation avec l'enfant et la famille sera un élément essentiel du suivi thérapeutique. Je perçois ainsi une tendance assez généralisée à délaisser tout ce qui concerne les conflits intérieurs de l'enfant et la dynamique familiale.

Sommes-nous en train d'assister à un changement radical dans la compréhension et la thérapeutique des troubles graves auxquels nous sommes confrontés dans une société elle-même soumise à d'importantes transformations? Sommes-nous, sans trop nous en rendre compte, en train d'abandonner une pratique centrée sur l'imaginaire et l'esprit pour nous concentrer uniquement sur un cerveau nouvellement découvert, en train de vivre un véritable transfert paradigmatique, comme le suggérait récemment un collègue américain (Drell, 2007)?

Dans ce contexte, les diverses étapes de mon cheminement personnel me reviennent souvent à l'esprit. Je pense alors à ce qui m'a amené à la psychiatrie et à la psychanalyse, et graduellement à la psychanalyse de l'enfant, et à travers les années, aux diverses expériences qui m'ont conduit à m'inscrire dans un mouvement fondé sur l'observation des premiers développements de l'enfant, et éventuellement, à une pratique constamment renouvelée de la psychiatrie de l'enfant.

Il m'a semblé qu'il pourrait être utile de raconter mon cheminement qui me paraît suivre l'évolution de notre discipline au cours des quarante dernières années, révélant un domaine complexe et diversifié, toujours en pleine évolution.

Née de la psychanalyse, la pédopsychiatrie a suivi au cours des dernières décennies un chemin laborieux, mais assez fascinant, qui l'a conduite depuis les premières avancées et constructions théoriques de Freud sur la névrose infantile jusqu'à la découverte des mécanismes qui se trouvent au cœur du fonctionnement de l'esprit humain. La psychanalyse a en quelque sorte découvert le monde de l'enfant, et suggéré que ce qui se jouait dans l'esprit du jeune enfant annonçait déjà les conflits les plus profonds de l'adulte.

L'opposition entre réalité et fantasme, entre théorie et observation, celle aussi entre traumatisme réel et monde imaginaire de l'enfant (et de l'adulte) prendront une grande place dans l'histoire de la pensée psychanalytique. Mais ces luttes idéologiques n'empêcheront pas, heureusement, une prise de conscience graduelle des réalités pathogènes d'un environnement carenciel qui conduit aux pathologies les plus désastreuses de nos sociétés – troubles antisociaux, personnalités prépsychotiques, aux confins de la perte de contact avec la réalité – avec toutes les

conséquences que ces troubles entraînent au plan du développement et du soutien des enfants.

Ce sont les observations systématiques de psychanalystes d'enfants – je pense en particulier à René Spitz, John Bowlby, Robert Emde, Peter Fonagy – qui nous ont permis de réaliser qu'il fallait se pencher sur les premiers développements de l'enfant, se rapprocher des premières étapes de sa vie, pour mieux comprendre ce qui s'y joue, et ce même avant l'apparition du langage. C'est dans cette démarche résolument fondée sur une approche micro-analytique – représentée principalement par les travaux de Daniel Stern, de Edward Tronick, d'Élizabeth Fivaz – que l'on a pu comprendre que l'enfant est essentiellement le fruit des interactions précoces engagées entre lui et son environnement, entre lui et ses parents, mais surtout entre lui et sa mère qui, même dans un contexte social qui évolue rapidement, demeure le partenaire privilégié du très petit.

Cette reconnaissance de l'importance des premières années s'est cristallisée autour de la théorie de l'attachement. Ce n'est pas une découverte dont on peut fixer la date. Il s'agit plutôt d'observations faites d'abord avec des enfants (et en éthologie, sur de petits singes), puis graduellement en laboratoire avec des mères et leurs bébés âgés de 1 an. Ces travaux ont suscité des hypothèses et des recherches de plus en plus sophistiquées, et il en est sorti une somme de connaissances appelées maintenant la théorie de l'attachement, qui est essentiellement l'œuvre de John Bowlby et de Mary Ainsworth. Ces données sont venues éclairer l'expérience séculaire de l'homme pour assurer la survie de son petit, et du genre humain, et en même temps elles ont permis une compréhension considérable du développement normal et pathologique de l'enfant. Le suivi longitudinal d'enfants depuis la grossesse nous confirme maintenant que le contexte de ces premières années de vie joue un rôle primordial dans le devenir à l'âge adulte (Sroufe et coll., 2005; Grossmann et coll., 2005).

Ces diverses observations sur le très jeune enfant ont aussi été à l'origine de l'intérêt marqué pour les populations les plus vulnérables de nos sociétés, conduisant à des interventions variées pour tenter d'aider, très tôt dans leur vie, de jeunes familles au sein desquelles plusieurs facteurs de risque peuvent entraîner l'éclosion de psychopathologies. Quelques-unes de ces interventions ont déjà produit à court et à long terme des résultats assez fascinants, et très encourageants.

Depuis l'Antiquité, la philosophie a posé le problème des relations entre corps et esprit, et on retrouve celui-ci au cœur de discussions récentes entre savants et philosophes (Popper et Eccles, 1977; Changeux et Ricœur, 1998). La psychiatrie de l'enfant s'est trouvée depuis ses origines au cœur de cette problématique, à preuve les travaux de Spitz et

en particulier ceux menés par Kreisler, Soulé et Fain en France. L'histoire personnelle de Freud nous apprend que, même après avoir développé une métapsychologie complexe, il ne s'est jamais complètement fermé aux questions de la neurologie, et en venait même à suggérer que les recherches en chimie et en physiologie pourraient supplanter ses plus belles hypothèses (Freud, 1920).

Les travaux des dernières décennies sur le cerveau humain – « cet objet matériel le plus complexe de l'univers connu¹ » (Edelman, 2004, p. 14), « cent milliards de neurones, chacun en mesure d'échanger une dizaine de milliers de connexions avec d'autres neurones [...] un nombre pratiquement incommensurable de circuits neuronaux possibles, multi-branchés, et qui se modifient en permanence » (Kahn, 2000, p. 188) – sont à l'origine de connaissances de plus en plus poussées sur le rôle des neurotransmetteurs. Les travaux en biologie moléculaire ont fait avancer les connaissances en génétique, ouvrant de vastes perspectives sur l'origine et la transmission des maladies. La pratique de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie est déjà très influencée par ces découvertes, aussi peut-on comprendre la tendance des cliniciens à se tourner vers une pratique très centrée sur l'utilisation de ces nouvelles molécules, avec l'impression d'avoir enfin trouvé la solution magique. Notre société est à la recherche du remède miracle, celui qui jouerait le rôle qu'avait la magie dans les cultures primitives. Et il est tentant de penser que la compréhension du cerveau humain pourra nous offrir ces recettes miracle, applicables chez l'adulte aussi bien que chez l'enfant.

C'est précisément ici qu'apparaît mon inquiétude. Suivant le penchant de l'esprit humain de faire table rase des acquis devant l'attrait de la nouveauté, la tentation semble très forte de mettre de côté la psychodynamique freudienne, de considérer la recherche de l'imaginaire infantile comme une étape historique intéressante, mais dépassée, et de faire le saut et s'engager dans une pratique centrée sur l'efficacité pharmacologique. Dans ce nouveau paradigme, il ne serait plus nécessaire de faire appel aux luttes et malédictions d'Œdipe pour comprendre et expliquer les aléas de la condition humaine. La biologie moléculaire a révélé les substances qui s'agitent et s'unissent au niveau de nos milliards de synapses nerveuses, et les phénomènes impliquant l'infiniment petit seraient désormais une explication suffisante des origines de tous les phénomènes mentaux et émotionnels.

Le danger me paraît très grand d'adopter ici une position réductionniste. Ce serait une grave erreur de ne suivre que la piste pharmacologique.

1. « *The human brain is the most complicated material object in the known universe.* »

Il est toujours dangereux d'abandonner trop rapidement ce sur quoi s'est fondée la pratique de plusieurs générations. Ne devrait-on pas plutôt retrouver nos origines et tenter de retracer les chemins que nous avons empruntés? Des concepts et des instruments que nous avons utilisés, il faut sans doute mettre de côté ce qui s'est prouvé moins utile, mais conserver ce qui apparaît toujours nécessaire, et trouver les moyens de l'intégrer dans la pratique nouvelle qui se met en place. En parcourant l'histoire de nos acquis et de nos constructions, une tâche importante consiste à faire ressortir les éléments fondamentaux à une prise en charge globale de l'enfant qui deviendra le citoyen adulte, créateur, responsable, et capable de faire face aux conflits et catastrophes qui font partie de notre destin individuel et de celui de nos sociétés.

Faut-il absolument que les progrès actuels de la neuro-géno-pharmacologie se fassent au prix des théories relationnelles? Ou, au contraire, peut-on penser que ces deux courants non seulement coexistent, mais se rejoignent et s'alimentent mutuellement? Nous sommes à un tournant dans l'évolution de notre discipline. Il serait malheureux de tout jeter à ce moment de notre histoire où l'on devrait au contraire rassembler ces instruments et tenter d'intégrer nos connaissances dans un ensemble qui unifierait ces approches – de la même façon que corps et esprit s'unissent pour former cet ensemble admirable qui nous permet de survivre dans un monde souvent menaçant.

Mon intention n'est pas de faire ici l'histoire de la psychiatrie de l'enfant, car je ne suis pas historien, mais d'abord et surtout clinicien. Je veux plutôt retracer les étapes plus récentes de cette histoire, tout en suivant mon propre cheminement, qui me paraît semblable à plusieurs de ceux qui ont construit la pédopsychiatrie moderne. À un moment où la psychiatrie canadienne était enfermée dans la tradition asilaire, j'ai eu la chance d'acquérir une formation en psychiatrie de l'adulte et de l'enfant aux États-Unis, dans un centre déjà très influencé par la théorie et la clinique psychanalytique. C'est aussi là, à Philadelphie, que j'ai pu commencer ma formation en psychanalyse de l'adulte et de l'enfant, formation qui s'est poursuivie à Montréal dans un milieu qui s'ouvrait aux manières de penser et aux pratiques françaises, britanniques et américaines. Toute ma carrière s'est déroulée à Montréal dans un hôpital universitaire pour enfants, l'hôpital Sainte-Justine, où se retrouvaient de jeunes pédiatres qui avaient pu, comme moi, trouver aux États-Unis ou au Canada anglais une formation avancée dans les diverses spécialités pédiatriques. J'ai aussi eu le privilège de vivre deux années sabbatiques

en France (CHU de Montpellier²), ce qui m'a permis de connaître de l'intérieur, beaucoup mieux que j'aurais pu le faire uniquement par les revues et des rencontres occasionnelles, les divers milieux français et européens qui œuvrent auprès des enfants et de leurs familles. Une participation soutenue au long des années à nombre de rencontres internationales m'a donné l'occasion d'entrer en contact et de travailler de près avec des collègues, canadiens, américains et européens, la plupart d'entre eux de formation psychanalytique, qui cherchaient à approfondir et unifier les connaissances et les pratiques autour de la première enfance.

La perspective « intégrationniste » – pour employer un néologisme à caractère politique – proposée dans ce livre se fonde en rappelant quelques étapes sur le cheminement de connaissances acquises tout au cours des quarante dernières années, mais elle est aussi le fruit de ces échanges avec un grand nombre de ceux qui ont élaboré une vision théorique et une pratique clinique qui tiennent compte de l'histoire et témoignent de la complexité du développement de l'enfant à l'intérieur de sa famille et de sa culture.

Je m'adresse d'abord à mes collègues, ceux de ma génération qui sont encore là – compagnons tout au long de ces années qu'ils ont enrichies de leur compétence et de leur esprit critique – et à mes collègues plus jeunes, que je connais moins, et que je sens très influencés et imprégnés par les avancées de la génétique et de la psychopharmacologie, avec toutes les conséquences – heureuses et malheureuses – que ce courant apporte dans la pratique quotidienne. Je m'adresse aussi à tous les professionnels qui œuvrent dans le domaine de l'enfance – et particulièrement de la première enfance –, mon expérience m'ayant conduit à reconnaître combien sont cruciales les premières années de vie de l'enfant pour le devenir de l'adulte. Et combien une intervention précoce, venant de professionnels de disciplines diverses, peut avoir une influence déterminante sur l'équilibre de sa famille, et donc sur l'évolution du jeune enfant.

J'aimerais aussi m'adresser à tous les parents qui, dans le quotidien, construisent celui qui, à son tour, deviendra, comme eux, un être autonome et créateur.

2. J'ai eu ainsi le plaisir de travailler avec Jean-Pierre Visier qui était, lors de ces deux années, professeur de pédopsychiatrie au CHU de Montpellier et qui m'avait invité à partager leurs travaux.

1

LE RÔLE HISTORIQUE DE LA PSYCHANALYSE EN PSYCHIATRIE DE L'ENFANT

La psychiatrie de l'enfant est née de plusieurs parents, le plus important étant sans doute la psychanalyse, et c'est à travers celle-ci que j'ai retrouvé lentement le monde de l'enfant.

Mon enfance s'inscrit au Canada français, dans un milieu très contrôlé par un discours religieux, où toute la connaissance était profondément éclairée – ou au contraire cachée – par l'influence de l'Église. Il n'était pas facile d'en sortir et de s'ouvrir à d'autres influences, toutes d'avance perçues comme dangereuses et mauvaises. Dans cet univers imprégné de religieux, on ne pouvait que s'orienter vers l'étude et la contemplation – j'y étais très porté – ou vers le social, l'être souffrant. J'étais très partagé entre les deux, et après un assez long séjour en vie bénédictine où des tensions intérieures ont entraîné un mal que j'ai pu ensuite reconstruire comme étant psychosomatique, je me suis tourné vers le monde de l'homme souffrant, et me suis dirigé en médecine.

Mais ce monde religieux nous pousse aussi vers des interrogations essentielles – d'où venons-nous et où allons-nous? – et plus particulièrement celle des liens unissant le corps et l'esprit. Très tôt en médecine, à travers les premières leçons de biologie, et au cours de réunions d'une petite société étudiante qui existait alors à la faculté de médecine où nous invitions des conférenciers, j'ai été confronté à cette question qui mène inéluctablement à l'étude du cerveau et du système nerveux, et vers la médecine psychosomatique où se pose le problème des relations psychosoma. Nous étions au début des années 1950, dans les premiers temps

d'un mouvement qui allait conduire le Québec à la « révolution tranquille ». J'ai eu l'avantage d'être en contact à l'Université avec des collègues de disciplines diverses qui cherchaient à sortir le christianisme de ses ornières traditionnelles, et tentaient de montrer que des laïcs chrétiens pouvaient aussi s'inscrire dans le monde scientifique moderne. J'étais très préoccupé par les inégalités sociales et le problème de leur influence sur la santé et la maladie me paraissait un lieu où la médecine devait intervenir. Je me rappelle, dans cette optique, avoir collaboré durant ces années-là à un numéro entier du journal étudiant consacré à l'assurance maladie et aux régimes qui existaient déjà dans d'autres pays, comme la Suède. À l'époque, au Québec, c'était un geste presque révolutionnaire que d'aborder cette question.

Ainsi partagé entre médecine sociale et psychiatrie, mon professeur de pédiatrie m'a fait comprendre qu'on entrait dans le domaine social à travers le monde de la clinique. C'est ce qui m'a graduellement amené à choisir la psychiatrie. Mais cette spécialité demeurait, à l'intérieur de notre faculté et de notre système de santé, le parent pauvre, très isolée dans ces grands hospices qui n'étaient alors qu'un lieu de garde des grands malades délirants et hallucinés, sans que l'on pense à écouter et comprendre ce qu'ils racontaient, et à situer leur maladie dans une histoire familiale et sociale.

Il fallait sortir de ce milieu, de ce régime asilaire. La lecture des grands romanciers du temps – Mauriac, Duhamel, Plisnier – m'avait fait prendre conscience du monde complexe des relations humaines. Proust, à travers Charlus et ses amis, m'avait ouvert les yeux sur la sexualité perverse. Freud ne faisait évidemment pas partie de notre univers, ses écrits étaient à l'index. C'est à travers la lecture de Dalbiez (*La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne*, 1949) que j'ai commencé d'imaginer une tout autre façon de comprendre ce que le patient névrosé, délirant ou halluciné essaie de nous dire de son monde intérieur. La lecture d'un traité de médecine psychosomatique me conduisit à prendre contact avec l'un de ses auteurs, le docteur Spurgeon English, dont je garde toujours avec plaisir la correspondance m'offrant une formation dans son service. C'est ainsi que je me retrouvai à Philadelphie, dans un monde complètement nouveau, un milieu psychiatrique déjà profondément influencé par la théorie et la pratique psychanalytiques.

Je prenais contact pour la première fois avec la psychose aiguë, n'ayant fait aucun stage en asile psychiatrique auparavant. Dans les hôpitaux américains, l'on était immédiatement mis à l'épreuve, assigné comme responsable de malades en phase psychotique ou dépressive aiguë que l'on traitait alors par électrochoc ou insulinothérapie. Assez

rapidement aussi, on nous confiait la prise en charge de quelques patients névrosés que l'on devait suivre en psychothérapie. C'est dans ce contexte que j'ai traité mon premier patient, un homosexuel dont les crises de panique étaient survenues dans le contexte de recherche d'un partenaire. Nous étions bien encadrés, supervisés par des psychanalystes engagés à la fois dans la pratique hospitalière et leur propre pratique psychanalytique. Nous étions respectés comme jeunes résidents, et sans être indûment influencés, nous commençons à penser que l'on pouvait devenir psychanalyste. Mais il fallait faire le pas de vaincre nos propres résistances intérieures, et trouver le psychanalyste didacticien qui nous accepterait sur son divan!

Le milieu psychanalytique américain que j'ai fréquenté pendant cinq ans était en très grande majorité juif, mais non religieux, ou s'il l'était, on n'en décelait aucune manifestation évidente. Je me rappelle par ailleurs que l'on s'étonnait que moi, catholique, je m'intéresse à la psychanalyse et pense même poursuivre une formation et entreprendre une carrière dans ce domaine! C'était évidemment pour moi une décision importante, mais je ne me souviens pas d'en avoir été bouleversé. Il me semble que tout le chemin fait durant mes années de médecine vers une chrétienté très ouverte sur le monde laïque m'avait en quelque sorte préparé à concevoir la psychanalyse freudienne comme un champ où l'on pouvait œuvrer sans remettre en question son cheminement personnel à l'intérieur du catholicisme. Je ne me rappelle pas avoir été très influencé par les idées de Freud sur les origines de la religion.

J'ai eu, tout au cours de ces années de formation, des patrons qui m'ont beaucoup influencé dans la pratique d'une psychanalyse très classique, centrée sur le respect du patient, de ses résistances, et de ses mécanismes de défense. C'est durant un court stage en psychiatrie de l'enfant, que nous faisons en deuxième année de formation, que je suis entré en contact avec des enfants. Au cours de ce stage, deux psychanalystes d'enfants avec qui j'ai travaillé pendant ces deux mois ont semblé observer que j'avais une capacité de contact avec les enfants qui me destinait à cette discipline. Ils me l'ont dit, et c'est ainsi que je me suis graduellement orienté de ce côté. Je les en remercie encore¹.

1. J'ai perdu contact avec l'un d'entre eux – Robert Holter – rapidement parti pratiquer dans une autre ville, mais j'ai conservé des liens d'amitié très proches avec Herman Belmont, tout au long des années.

FREUD ET LA PSYCHANALYSE

Une psychiatrie influencée par Sigmund Freud nous fait immédiatement pénétrer dans le monde de l'enfance. Car il faut se rappeler qu'en découvrant l'inconscient et le rôle de la sexualité, Freud a en même temps, et au cours d'un même processus, découvert l'univers de l'enfance. L'association libre conduit spontanément à des souvenirs d'enfance, très souvent autour d'expériences sexuelles. C'est durant l'enfance que les premières manifestations de la sexualité se font jour, et c'est aussi durant ce temps que les enfants peuvent devenir objet de séduction et d'attaques sexuelles, qui seront au cœur des premiers écrits de Freud sur les névroses. En 1897, au cours de son autoanalyse dans les années suivant la mort de son père, Freud abandonne l'hypothèse de la séduction pour celle du fantasme : l'Œdipe deviendra alors le concept central des hypothèses freudiennes sur le développement psychique.

Pour Freud en effet, le développement de l'enfant implique la phase cruciale de l'Œdipe. Entre 3 et 5 ans, l'enfant développe une relation amoureuse avec son parent de sexe opposé, conduisant à une situation conflictuelle, où il est question de haine, de désir de mort, de peur de la vengeance de l'autre, pouvant même aller jusqu'à la castration. L'histoire du Petit Hans, telle que rapportée par Freud, est essentielle pour comprendre comment ce conflit se joue dans l'imaginaire du petit garçon. La phobie des chevaux développée par Hans est reconstruite comme la peur d'un père vengeur, par suite des désirs incestueux de Hans à l'égard de sa mère. Freud n'a jamais traité Hans, il était consulté à l'occasion par le père qui, de son côté, faisait parler l'enfant de son monde imaginaire ; et Freud en vint à écrire l'histoire de Hans et à l'interpréter à la lumière de sa théorie où l'Œdipe et la castration sont les concepts essentiels. Lorsqu'on relit ce matériel à la lumière de concepts plus récents, on formule facilement d'autres hypothèses : certaines verbalisations du petit Hans font penser à une identification à la fonction maternelle. Bowlby en particulier, à la lumière de la théorie de l'attachement, a repris cette histoire de cas et suggéré que les menaces subies par Hans d'être abandonné par sa mère s'il continuait à toucher ses organes génitaux pouvaient expliquer ses symptômes (Bowlby, 1973, p. 287).

Mais, dans le milieu de formation où je travaillais, une lecture différente de cette histoire n'était pas alors vraiment possible. C'était l'époque où l'on acceptait d'emblée les hypothèses freudiennes du développement de l'enfant. Dans le monde de la psychanalyse des enfants, il était difficile de ne pas s'identifier à Freud, et à sa fille, Anna. Le *Traitement psychanalytique*

des enfants était le petit livre absolument nécessaire qui nous apprenait, en particulier, comment aborder l'enfant (A. Freud, 1946).

Dans ce monde de la psychanalyse de l'enfant, il n'existait alors que deux écoles de pensée, celle de Anna Freud et celle de Melanie Klein. On ne pouvait passer à côté de ce conflit premier, entre la fille de Freud, devenue gardienne de son héritage, et la première « révoltée », Melanie Klein qui, à sa façon, remettait en question la théorie des premiers développements de l'enfant, et aussi au plan technique, la façon d'aborder l'enfant. Je reviendrai plus loin sur leurs visions différentes. Disons pour le moment qu'aux États-Unis, dans les années 1950, on parlait de Melanie Klein, mais on ne nous conseillait pas de lire son œuvre maîtresse *La psychanalyse des enfants*, ou ses articles. C'est beaucoup plus tard que j'ai appris qu'en Angleterre, cette lutte se jouait constamment : on était enrôlé dans un camp ou dans l'autre, selon les psychanalystes avec qui on travaillait, et l'on était forcé de prendre parti². À Philadelphie, comme à peu près partout aux États-Unis, Anna Freud représentait l'école classique, et c'est à elle que l'on se rattachait. Les concepts et techniques de Klein étaient ainsi mis à l'écart et condamnés par tous les partisans d'Anna Freud. J'ai été évidemment très influencé par ce climat, mais je n'en ai été vraiment conscient qu'à mon arrivée à Montréal³.

CONFLIT INTÉRIEUR ET STADES DE DÉVELOPPEMENT

Selon le modèle structurel classique auquel Freud est arrivé, l'homme vit un conflit permanent entre ses tendances instinctuelles et les interdits internalisés tout au cours de son développement en réponse aux règles et exigences sociétales, et le Moi doit trouver des solutions de compromis entre ces poussées contradictoires. Le concept de conflit intérieur entre des structures adverses qui sont fréquemment en opposition est donc au centre de la théorie psychanalytique et a conduit Anna Freud à mettre l'accent sur le concept de mécanisme de défense – concept essentiel et qui demeure toujours très utile dans notre compréhension des

2. Enid Balint, l'épouse de Michael Balint, raconte qu'elle avait voulu être supervisée par un analyste du groupe de Klein, et qu'on lui reprocha aussitôt d'avoir été analysée par quelqu'un de l'autre groupe (Rudnystky, 2000)!

3. Un collègue psychanalyste présent à l'hôpital Sainte-Justine à mon arrivée, Jean-Baptiste Boulanger, avait traduit *La psychanalyse des enfants* en français, et était en quelque sorte devenu le disciple de Klein, même s'il n'était pas psychanalyste d'enfant. Nous étions donc très loin l'un de l'autre sur le plan de la pensée, mais il me fallait être prudent, il était didacticien et j'étais toujours en formation psychanalytique à l'Institut canadien de psychanalyse!

comportements de l'enfant soumis à diverses angoisses contre lesquelles il cherche à se protéger.

Cette notion de conflit est étroitement liée à celle des stades de développement de la sexualité infantile. L'enfant traverse des phases bien identifiées – orale, anale-sadique, phallique – conduisant à l'Œdipe, et c'est à travers ces stades que l'on voit se dessiner la lutte entre désirs instinctuels et interdits parentaux. Anna Freud a poussé plus loin cette notion de stade, en développant le concept de « lignes de développement », où elle tente de suivre, à mesure que l'enfant grandit, le cheminement des conflits originaux à travers les diverses étapes de développement. Cette notion de stades, centrés sur les zones érogènes, a été heureusement élargie par Erickson qui a proposé le concept de « modes de fonctionnement » : tout en cherchant la satisfaction de ses désirs, l'enfant entre en rapport avec le monde extérieur selon des modalités inhérentes à la phase traversée, et est influencé aussi par la culture spécifique dans laquelle il est élevé. Erickson annonçait déjà l'« interpersonnel » et le « transactionnel » des théories plus récentes – mais je pense que nous n'étions alors aucunement conscients de l'importance de cette composante relationnelle. Les concepts de stades de développement et de zones érogènes étaient sacrés et personne ne les questionnait dans le milieu où j'étais. Récemment, ces notions ont été remises en question, notamment à travers la théorie du développement du self (Stern, 1985).

La théorie de Melanie Klein est toute centrée sur ce qui se joue à l'intérieur du psychisme de l'enfant, selon un modèle très précoce, où la première année de vie est vraiment déterminante. Même l'Œdipe est ainsi projeté durant la première année. Pour elle, on devait reconnaître et traiter l'enfant comme un être en soi, qui ne serait pas influencé par son environnement. Melanie Klein ne voyait les parents qu'à l'occasion, comme pour leur faire plaisir, tout le travail devant se faire avec un enfant qui est soumis à des pulsions et à des fantasmes extrêmement puissants et dangereux. Bowlby a raconté comment il s'est éloigné de Klein qui le supervisait dans le traitement d'un jeune hyperactif, et lui défendait de rencontrer la mère, pourtant clairement très anxieuse dans la salle où elle attendait son fils cinq jours par semaine. La thérapie s'est terminée alors que celle-ci dut être hospitalisée dans un hôpital psychiatrique : « Quel malheur, nous devons trouver un autre cas », répondit Klein à Bowlby qui lui annonçait la nouvelle, sans s'inquiéter plus de la mère, ou de l'enfant (Karen, 1998, p. 47).

Pour Anna Freud, l'environnement demeurerait un facteur important de développement de l'enfant, car elle avait été influencée à la fois par ses premières expériences en milieu défavorisé à Vienne et, après son arrivée

en Angleterre en 1938, par son travail avec les enfants traumatisés par la guerre et séparés de leurs parents. Cette influence de l'environnement sur le développement de l'enfant et l'apparition de psychopathologies était depuis longtemps présente aux États-Unis dans le modèle des *Child guidance clinics*, où psychiatre, psychologue et travailleur social œuvraient ensemble avec l'enfant et la famille, selon une approche qui n'était pas encore « familiale » mais qui cherchait à repérer le rôle des facteurs environnementaux sur le développement de la pathologie de l'enfant. Ce modèle, développé dans les années 1920-1930, avait été largement influencé par le travail avec des adolescents délinquants, puis de plus en plus imprégné des concepts psychanalytiques.

L'on peut dire aussi que toute l'approche thérapeutique de l'enfant était très influencée par le modèle psychanalytique adulte : travail un à un, entrevues fréquentes. Une fréquence plus grande d'entrevues par semaine était le plus souvent souhaitée : la qualité du travail avec un enfant était nécessairement inférieure si l'on voyait l'enfant seulement une fois par semaine, ou moins ! La fréquence des entrevues était une condition essentielle, gage de qualité, et déjà toute la profession de psychothérapeute se trouvait dévalorisée par rapport à celle du psychanalyste. Rappelons que Freud avait fait cette comparaison entre la psychanalyse qu'il avait associée à l'or pur, alors que toute autre forme de psychothérapie était associée au plomb.

Il a été pendant longtemps difficile de lutter contre une telle dévalorisation de thérapie moins fréquente, même en psychiatrie de l'enfant. Vers la fin des années 1960, des travaux qui mettaient en lumière des résultats thérapeutiques positifs à une fréquence d'entrevues moindre étaient reçus avec scepticisme dans notre milieu très marqué par la psychanalyse.

LE TRANSFERT EXISTE-T-IL CHEZ L'ENFANT ?

Le concept de transfert est l'un des concepts essentiels de la théorie psychanalytique, et on y est confronté dès nos premières expériences thérapeutiques. La question se pose aussi dans le contact thérapeutique avec l'enfant : le transfert est-il possible chez l'enfant ? On retrouve cette question au cœur même de la querelle entre Anna Freud et Melanie Klein, dès les débuts de la psychanalyse d'enfant. Anna Freud, en prônant la « séduction » de l'enfant, compromet peut-être ainsi la possibilité du transfert, alors que Klein propose que l'interprétation précoce conduit au transfert. Dans le travail avec l'enfant, on se demande souvent ce qui est du domaine de la répétition, donc du transfert, et ce qui, au contraire,

appartient à une relation nouvelle, qui se met en place pour la première fois, particulièrement chez un enfant carencé, soumis à un milieu familial qui répond peu à ses besoins. Le thérapeute est quelqu'un qui le considère, peut-être pour la première fois, comme un être à part, l'objet unique d'intérêt, et qui l'accompagne dans ses jeux sans intervenir, sans juger ou condamner, ou sans le distraire, permettant ainsi la reprise d'un développement stagnant, bloqué à des niveaux primitifs. Dans une entrevue à la fin de sa vie, Enid Balint parle de l'importance pour un patient d'« être reconnu » (Rudnytsky, 2000).

Étais-je vraiment conscient, dans ces années de formation, de la nouveauté de la théorie freudienne et de son approche auprès du patient, toute centrée sur l'écoute de ses verbalisations, sur ses attitudes et comportements – et dans le cas de l'enfant, sur ses jeux, ses fantasmes, toute sa vie imaginaire? Rappelons que la psychiatrie était jusque-là centrée sur la description des phénomènes mentaux, en accentuant leur bizarrerie, leur caractère grotesque, sans vraiment trouver d'explication à de tels débordements. Freud et la psychanalyse ouvraient un monde nouveau, où l'on tentait d'avoir accès à la vie intérieure de chacun de nos patients, d'entrer dans le monde caché de la sexualité, dans les secrets bien gardés de l'enfance. Ce climat de découverte de l'inconscient était fascinant. La mise au jour du monde de l'enfant était une nouveauté quotidienne. Je ne connaissais alors rien des théories françaises sur la dégénérescence comme explication des grands syndromes observés chez l'enfant. J'étais d'emblée projeté dans un monde conflictuel où les problèmes de l'enfant étaient immédiatement placés dans le contexte d'événements qui avaient suscité l'angoisse, la dépression ou la colère et qui résultaient en des symptômes incapacitants.

Je ne peux cacher ici que des événements très personnels m'ont alors fourni l'occasion d'observer le développement de l'enfant. C'est en effet dans ce climat de découverte de l'enfant qu'avec mon épouse j'étais confronté aux réactions quotidiennes de nos trois premiers enfants à la naissance d'un quatrième. Alors que je parlais presque chaque jour de leurs réactions à mes patrons psychanalystes, je me faisais répéter qu'il fallait noter et écrire tout cela! Car nous avions devant nous la confirmation quotidienne des mécanismes que le jeune enfant utilise pour faire face aux émotions intenses et variées que suscite l'arrivée d'un rival qui vient lui prendre sa mère. Ces réactions étaient plus ou moins organisées selon l'âge et le développement du « moi » de l'enfant – car nous étions alors très influencés par la théorie « annafreudienne » du développement du moi. C'étaient là mes premiers apprentissages tirés de l'observation, à mesure que les choses se déroulaient. On n'était plus

dans la reconstruction du passé, mais dans une construction en train de se faire sous nos yeux. Ce fut sans doute mon initiation au monde de l'observation, qui deviendra, comme on le verra, un instrument privilégié de connaissance du développement précoce de l'enfant. Peut-être inspiré par Piaget⁴, j'acceptai de réunir mes observations dans ce qui deviendra ma première publication (Gauthier, 1960).

C'est ainsi que la psychanalyse est devenue pour moi cet instrument, à la fois théorique et technique, qui m'a permis d'aborder et pénétrer le monde de la psychopathologie, aussi bien de l'adulte que de l'enfant. Cet outil a été toujours présent, tout au cours d'un cheminement qui a emprunté des formes diverses, puis s'est graduellement orienté de plus en plus vers le très jeune enfant, vers la première enfance. Je voudrais tenter de le retracer, y retrouver les influences qui s'y sont jouées, et voir jusqu'à quel point la psychanalyse – démarche très spécifique visant à comprendre le développement normal et psychopathologique – demeure actuelle dans notre approche et compréhension de l'enfant, et peut continuer de nous être utile, dans le monde complexe du XXI^e siècle.

4. Piaget s'est beaucoup fondé sur l'observation de ses propres enfants pour arriver à ses conclusions sur le développement intellectuel de l'enfant.

PSYCHIATRIE DE L'ENFANT
ET HÔPITAL PÉDIATRIQUE

On ne conduit pas un enfant d'abord chez le psychiatre d'enfant. C'est le pédiatre qui reçoit le premier l'enfant malade, et souvent il doit l'hospitaliser pour lui faire passer un ensemble de tests et en arriver à un diagnostic plus certain. Il est assez fréquent que les symptômes de l'enfant ne puissent s'expliquer par des causes physiologiques et organiques, et c'est alors qu'on pense aux facteurs affectifs, qu'on se tourne vers la psychologie de l'enfant.

Dans mes années de formation à Philadelphie, j'avais fréquemment été en contact avec des enfants hospitalisés en pédiatrie. À mon arrivée à Montréal dans un grand hôpital pédiatrique (Sainte-Justine), le chef du tout nouveau service de psychiatrie de l'enfant, Denis Lazure, m'a immédiatement confié le rôle de consultant auprès des pédiatres¹. C'est ainsi que j'ai rencontré un grand nombre d'enfants dont les symptômes variés exprimaient les conflits psychologiques qui s'agitaient en eux, et dont ils ne pouvaient parler facilement ou spontanément. Les réactions de somatisation et de conversion étaient fréquentes. Les conflits intérieurs d'un enfant, qui surgissent ordinairement en relation avec un événement stressant de son environnement, ou à l'intérieur d'une étape développementale comme la puberté – et qui sont souvent un mélange des deux –,

1. J'avais connu Denis Lazure à Philadelphie où il m'avait précédé pour sa formation en psychiatrie et en psychiatrie de l'enfant. Il a joué un rôle déterminant dans le développement de la psychiatrie de l'enfant et la réforme des services psychiatriques au Québec.

ne peuvent être verbalisés facilement et trouvent plutôt une voie d'expression dans un symptôme corporel: paralysie, anesthésie, douleurs abdominales, céphalées, etc. Il est très souvent possible de comprendre l'origine du symptôme et sa signification dès les premières entrevues où l'on peut gagner la confiance de l'enfant et rejoindre les sources affectives de son problème.

Dans un de mes textes datant des premières années de pratique, j'ai retrouvé plusieurs histoires de cas qui démontrent bien que les racines conflictuelles des symptômes résident dans des événements récents autour desquels le jeune adolescent se montre immédiatement capable de verbaliser – quand on s'y intéresse. Dès ce moment, j'ai développé une technique active fondée sur la grande mobilité de la structure psychique à cette étape du développement, et la capacité de l'enfant à faire des liens entre les affects ressentis et leur expression somatique. La disparition rapide des symptômes donne parfois l'impression d'un miracle chez un enfant aux prises depuis déjà trop longtemps avec une symptomatologie qui venait hanter tout le réseau familial.

Je perçois aujourd'hui, à la lecture nouvelle de ce texte ancien, que je commençais déjà à remettre en question, quoique modestement, la proposition classique, à savoir que l'on doit travailler très lentement, ne pas toucher trop tôt aux affects, pour ne pas bouleverser l'organisation psychique encore fragile de l'enfant. Il me fallait alors rationaliser cette technique plus active, en la justifiant par le fait que les patients venaient souvent de loin et qu'on n'avait pas beaucoup de temps devant nous pour intervenir! En fait, l'expérience clinique m'apprenait que l'angoisse de l'enfant se trouve rapidement réduite par la mise en mots du conflit qui se joue en lui, et par la transmission verbale et affective à l'enfant que l'on comprend ce qui se joue en lui, et qu'on le soutient dans son désir d'autonomie, d'affirmation et de progression – car c'est souvent autour de ces thèmes que les conflits apparaissent. Peut-être étais-je plus influencé que je ne le croyais par l'approche kleinienne...

Cette même approche active donnait aussi des résultats intéressants autour d'un problème comme l'encoprésie, symptôme alors fréquent, devant lequel les pédiatres se sentaient impuissants et consultaient le psychiatre d'enfants. L'étude de dix cas vus en consultation (Gauthier, 1964) révélait à la fois des liens étroits entre le symptôme et la perte de la mère, en raison le plus souvent de la naissance d'un nouvel enfant, et la possibilité d'une rémission du symptôme par une interprétation faite aux parents du conflit que vivait leur enfant, et des recommandations précises pour lui faire retrouver sa place dans la famille.

Cette symptomatologie a fait l'objet d'un travail de recherche de notre équipe dans les années suivantes, où la théorie psychanalytique se préoccupait beaucoup du diagnostic de névrose infantile, fondé sur la présence ou non d'une structure psychique assez bien organisée pour conduire à un compromis névrotique – l'encoprésie – devant un conflit important dans le développement de l'enfant. L'observation de ces enfants encoprétiqes ouvrait en effet fréquemment à un problème diagnostique important: avaient-ils atteint ce stade d'organisation névrotique ou s'agissait-il toujours d'enfants dont le développement précoce avait été marqué de carence affective, conduisant à diverses manifestations de contrôles déficients – l'encoprésie n'étant alors qu'une manifestation de ce développement déficient du moi?

Dans les résultats de cette étude (Gauthier et coll., 1970), nous retrouvions une distribution assez égale entre troubles névrotiques et troubles graves du moi. Les enfants névrotiques avaient atteint le contrôle de la fonction sphinctérienne à un certain moment de leur développement, et des événements traumatiques étaient à l'origine de leur angoisse et de la régression qui s'ensuivait. Chez les enfants avec des troubles du moi, on observait qu'ils n'avaient jamais acquis le contrôle sphinctérien, même s'ils étaient en majorité déjà d'âge de latence. Nous retrouvions aussi de fréquentes séparations de l'enfant d'avec sa mère au cours du développement, un haut taux de dépression maternelle et de problèmes conjugaux, un tableau clinique de carence affective, et ces facteurs étaient d'autant plus présents que nous en venions à un diagnostic de trouble grave du moi.

Notre travail nous sensibilisait à l'importance au plan étiologique du milieu familial. L'encoprésie apparaissait étroitement liée à la qualité des relations parents-enfant, particulièrement de la relation mère-enfant, et toute séparation de l'enfant d'avec sa mère prenait une très grande place dans la compréhension de cette problématique.

L'HOSPITALISATION DES JEUNES ENFANTS

J'ai été par ailleurs très attentif aux situations de séparation entre mère et enfant, et cela dès mon arrivée à Sainte-Justine. Dans l'hôpital pédiatrique des années 1960, nous étions en effet fréquemment témoins, chez de jeunes enfants, des réactions à l'hospitalisation soudaine qui leur était infligée. Une infection grave représentait au plan pédiatrique une situation de crise, et c'est alors que l'on observait les fortes réactions de l'enfant à l'hospitalisation. La séparation brusque d'un enfant de 8, 12 ou 15 mois d'avec son milieu familial était vécue par lui comme un

traumatisme important, et provoquait l'apparition de symptômes très douloureux pour lui, sa famille, et tout le personnel infirmier.

Devant une hospitalisation jugée nécessaire, et d'autant plus qu'elle se faisait dans un contexte d'urgence, l'enfant était laissé seul à l'hôpital, les parents n'étant pas admis à cette époque à demeurer avec lui, et selon le règlement en vigueur, ils ne pouvaient le voir que peu de temps chaque jour (une heure de visite l'après-midi, une heure le soir). Les réactions de l'enfant à cette séparation étaient très intenses, devenant souvent même dramatiques par leur ampleur et leur durée. John Bowlby et John Robertson ont été les premiers à réaliser qu'il s'agissait là d'un problème majeur qui pouvait affecter le développement affectif de ces enfants. Leur film *A Two-Year-Old goes to Hospital* a joué un rôle important dans le monde de la pédiatrie en faisant réaliser la souffrance de ces enfants et les conséquences d'un tel traumatisme pour leur avenir (Robertson, 1952). Les pédiatres du temps semblaient avoir la capacité de scotomiser la souffrance des enfants, certains ont même accusé Bowlby et Robertson d'avoir inventé certaines images qui étaient difficilement soutenables (Karen, 1998).

C'est à la lumière de ces observations que Bowlby et Robertson allaient décrire les trois phases correspondant aux réactions de l'enfant à la séparation d'avec sa mère : d'abord protestation intense, puis tristesse et retrait, aboutissant à une phase de détachement, où les affects semblent disparaître dans un retour apparent à un comportement plus adéquat (Robertson et Bowlby, 1952). De nombreuses observations sont venues confirmer l'impact de la séparation sur le développement ultérieur, surtout si elle se prolongeait (Heinicke et Westheimer, 1966). John et Jane Robertson ont par la suite joué le rôle de famille d'accueil auprès de quelques enfants séparés de leurs parents qui devaient être hospitalisés, et ont pu ainsi documenter beaucoup plus précisément, dans plusieurs films, les réactions des enfants à la perte de leur figure parentale. Ces films remarquables ont joué un grand rôle dans la prise de conscience par les professionnels de l'enfance et par le public en général de la souffrance que vivaient les jeunes enfants séparés de leur mère, et des mécanismes de défense qu'ils devaient mettre en place pour se défendre contre la tristesse, le deuil et la colère engendrés par la séparation d'avec leur monde familial.

Il faut replacer ces travaux dans le contexte de l'époque. La carence affective avait été bien décrite par les recherches, entre autres, de Spitz (1945), et Bowlby avait fait une synthèse du problème dans la monographie *Soins maternels et santé mentale* (Bowlby, 1951). En abordant les réactions du très jeune enfant à la séparation d'avec sa mère, Bowlby et

Robertson ouvraient un champ nouveau. Car on observe ici des enfants qui sont entourés dans leur milieu familial où ils se développent bien et qui, soudainement, se trouvent exposés à la perte de ce milieu et de leurs figures parentales. Même si l'enfant est pris en charge par un personnel hospitalier qualifié ou par une famille d'accueil où il retrouve des figures parentales, on ne peut manquer d'observer les réactions intenses de l'enfant à la perte de ses vrais parents, son incompréhension devant ce qu'il vit et ce à quoi il est soumis, et les affects intenses qu'il ressent et exprime. Dans l'un des films des Robertson, on assiste à la détérioration graduelle des mécanismes de défense chez l'enfant. De façon générale, l'enfant réussit après un certain temps à masquer ses affects, puis il semble s'adapter à ce monde nouveau, donnant à penser qu'il n'a plus de problème, qu'il peut socialiser à nouveau. C'est ici qu'apparaît le terme « détachement », et Bowlby a pu démontrer que cette phase est d'autant plus critique qu'elle cache des affects qui ne sont pas disparus, mais qui sont plutôt masqués, et à l'origine de la perte de confiance en l'adulte, laquelle est au fondement de troubles futurs du comportement. Ces travaux précurseurs allaient éventuellement conduire Bowlby à développer la théorie de l'attachement².

Au Québec, un cinéaste renommé, Georges Dufaux, s'est promené avec sa caméra dans les divers services de l'hôpital Sainte-Justine et a fait de ses images un film, *Les départs nécessaires* (1967), auquel j'ai étroitement collaboré au plan de la conceptualisation et des commentaires apportés au scénario. Le film situait les séparations nécessaires et potentiellement traumatiques de l'hospitalisation dans le contexte du développement normal, en montrant l'intensité des réactions de l'enfant à la séparation et l'importance des parents qui, à cette époque, étaient renvoyés « à la maison » où ils s'inquiétaient de leur enfant. On leur disait souvent : « Restez donc chez vous, votre enfant pleure moins quand vous ne venez pas. » Ce film a été traduit en anglais et a beaucoup circulé en Amérique et en France. Il a eu une grande influence sur la prise de conscience du problème, et sur l'évolution de la qualité des soins en milieu pédiatrique.

2. Les observations de Bowlby d'enfants hospitalisés ont été sans aucun doute très importantes dans la conception de ses trois textes princeps : sur la nature du lien de l'enfant avec sa mère (1958), sur l'angoisse de séparation (1960a) et sur le deuil chez le très jeune enfant (1960b). En revoyant et mettant en question des concepts acceptés et que l'on ne pouvait critiquer facilement dans le milieu psychanalytique, Bowlby en vient à introduire dans la théorie psychanalytique du développement de l'enfant le rôle primordial de la mère, de la relation de l'enfant avec elle, et de la séparation-perte d'avec elle. Je reprendrai cette question en détail dans le chapitre sur l'attachement.

LA SITUATION ACTUELLE

L'hôpital pédiatrique a beaucoup changé. On y retrouve toujours des enfants hospitalisés pour de courtes périodes, mais de plus en plus d'enfants atteints de maladies chroniques et de syndromes graves qui nécessitent des séjours beaucoup plus longs. Les avancées de la médecine permettent une survie beaucoup plus grande à des enfants atteints de maladies qui menaient auparavant à une mort précoce. Les parents sont maintenant heureusement très présents à toutes les phases de l'hospitalisation, et ils sont appelés à participer aux soins, et même aux traitements de leur enfant. Une approche multidisciplinaire, réunissant tous les instruments de la médecine et de la psychologie, et le soutien du réseau familial, est plus que jamais nécessaire. Tous les intervenants ont un rôle important à jouer à l'intérieur de l'équipe de soins. Ainsi, un documentaire récent intitulé *L'école à l'hôpital* (Parent, 2005), montrant des enfants hospitalisés pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois pour une prise en charge de maladies graves et possiblement létales, nous amène à observer le rôle crucial du pédagogue auprès de ces enfants : en dépassant largement l'enseignement de la syntaxe ou des mathématiques, il devient un véritable support affectif à travers le contact quotidien engagé avec chacun, où l'on voit que le découragement et l'espoir, ressentis aussi bien par l'enfant que par le thérapeute, font partie des enjeux des efforts thérapeutiques à l'égard de ces enfants.

Des problèmes éthiques se posent aussi plus fréquemment. Ainsi, la prise de décision de conserver en vie ou non un enfant très prématuré, ouvrant au risque de handicaps majeurs, exige une approche qui tienne compte de tout le contexte familial, de l'histoire personnelle des parents et de leurs capacités à faire face à long terme à des handicaps potentiels importants.

Les travaux de Bowlby et Robertson sur l'angoisse de séparation et les réactions du jeune enfant à la séparation d'avec ses figures parentales font partie de notre héritage. Nous les retrouverons souvent à mesure que nous avancerons dans la découverte de l'importance des premières années de vie de l'enfant.

3

PSYCHANALYSE OU PSYCHOTHÉRAPIE :
LA PLACE DE L'IMAGINAIRE EN PSYCHIATRIE DE L'ENFANT

Les origines de la psychanalyse sont très marquées par le conflit profond vécu par Freud autour de l'étiologie des névroses : abus sexuel de l'enfant par ses figures parentales, ou construction fantasmatique par l'enfant d'une séduction par la figure parentale aimée. On sait que Freud a résolu ce conflit en se tournant vers l'Œdipe, optant pour une conceptualisation qui privilégie le monde intérieur de l'enfant. Toute la psychanalyse devenait dorénavant centrée sur cette vie intérieure de l'individu, axée sur la dimension de l'imaginaire et des fantasmes, minimisant ainsi à l'extrême l'influence exercée par un environnement toxique. Une lecture réductrice de cette orientation prise par Freud a eu sans doute une influence néfaste sur la pratique pédopsychiatrique, en retardant beaucoup la reconnaissance du rôle psychopathologique de l'abus physique et sexuel¹.

On retrouve cette polarisation entre imaginaire et environnement aux origines mêmes de la psychanalyse de l'enfant, profondément marquée par la rivalité entre Anna Freud et Melanie Klein. Le conflit s'est joué à plusieurs niveaux. On sait que Melanie Klein situait l'apparition de la vie imaginaire dès la première année de vie, en attribuant au très jeune enfant un monde fantasmatique centré sur l'agression dirigée vers la

1. Leo Rangell, psychanalyste américain renommé, dans son retour autobiographique sur l'évolution de la psychanalyse, minimise de son côté le rôle qu'a joué cette orientation prise par Freud (Rangell, 2004). Je reprendrai plus longuement cette histoire fascinante au chapitre 13, « Traumatisme et protection de l'enfant ».

mère et la peur des représailles de celle-ci, résultant dans une culpabilité très précoce chez l'enfant. Anna Freud se plaçait très loin de cette position, tout en ayant développé une théorie centrée sur les mécanismes de défense, donc sur la vie intérieure de l'enfant. Mais elle était aussi très influencée par ses travaux à Vienne avec les enfants de milieux défavorisés, et à Londres par ses observations sur les enfants victimes de la guerre. Elle était donc attentive aux événements extérieurs, au deuil que les enfants avaient à vivre et aux séparations d'avec leurs parents pour aller vivre en orphelinat. Elle se trouvait ainsi au cœur de la controverse avec Klein autour de l'importance que l'on doit accorder à l'environnement et à tous les événements traumatiques.

Les deux tendances sont donc présentes dans la vie psychanalytique de cette époque, mais l'accent dans les milieux psychanalytiques où j'ai étudié était en général mis sur la vie imaginaire. Très influencé par cette tendance, j'ai commencé une formation en psychanalyse d'enfants à peu près en même temps qu'une formation en psychanalyse des adultes. Dès mon retour à Montréal, j'ai suivi plusieurs enfants en psychanalyse. L'un de ces enfants que je traitais intensivement m'a fait me confronter soudainement à ce conflit entre vie imaginaire et événements traumatiques. Alors que je voyais cet enfant plusieurs fois par semaine depuis déjà plusieurs mois, son père meurt subitement, et l'oncle qui amène l'enfant de 8 ans à mon bureau ce jour-là lui annonce la mort de son père devant moi. L'analyse portera à partir de ce moment sur la réaction de deuil de l'enfant et je serai amené, dans mes discussions avec Clifford Scott, qui supervise cette analyse, à pénétrer le monde analytique kleinien. Clifford Scott a en effet été beaucoup influencé par Melanie Klein, à Londres, où il avait longuement pratiqué avant de s'établir à Montréal.

La réaction de deuil de cet enfant a fait l'objet d'une publication dans le prestigieux *Psychoanalytic Study of the Child* (Gauthier, 1965). À la relecture de ce texte, il est intéressant de constater que les mécanismes utilisés par l'enfant pour exprimer sa réaction et faire face au deuil sont graduellement interprétés en termes d'incorporation agressive du pouvoir de son père, et d'un clivage évident entre idéalisation du père devenu esprit et dépréciation de l'analyste. Dans cette interprétation, ce processus complexe, au cœur de la réaction de deuil de l'enfant, lui permet de ne pas être déprimé, tout en le conduisant à la résolution de la perte de son père dans le sens de la sublimation. En interprétant graduellement à l'enfant ce clivage (*splitting*), une réunification du bon et du mauvais objet a pu se faire, lui épargnant l'idéalisation d'une image paternelle omnipotente. On voit que je travaillais là sous l'influence de Scott, lui-même très influencé par Klein, dans l'utilisation de concepts que je n'étais pas

d'emblée porté à accepter. C'est probablement ainsi, pourtant, dans le travail clinique supervisé, que l'on peut intégrer de nouvelles façons de comprendre le matériel analytique.

Cet enfant me démontrait par ailleurs tous les jours comment un événement extrêmement traumatique – la mort subite de son père – allait le conduire à développer, encore plus qu'auparavant, une vie imaginaire organisée autour de la fuite dans une île lointaine, et de la maîtrise très obsessionnelle d'un environnement complexe, en me décrivant à répétition le système un peu bizarre des rues de la municipalité où il demeurerait. J'étais ainsi confronté à un recours à l'imaginaire utilisé par l'enfant en relation étroite avec le stimulus extérieur, avec l'événement traumatique qui le forçait à trouver une solution à ses affects douloureux, à sa tristesse. Le monde lointain qu'il imaginait lui permettait de s'éloigner de son monde intérieur trop souffrant et de trouver calme et sécurité dans cette île à l'autre bout du monde. Les concepts de la théorie de l'attachement que nous ne possédions pas à ce moment-là auraient été très utiles pour comprendre le besoin de sécurité de cet enfant, qu'il exprimait à la fois dans sa maîtrise de la grille spatiale de sa municipalité et dans son exploration d'un continent lointain.

IMAGINAIRE ET CLASSES SOCIALES: UNE ÉTAPE NOUVELLE

Les événements traumatiques me paraissaient donc des facteurs de développement que l'on ne pouvait ignorer, et qui devaient avoir une influence déterminante sur la construction de l'imaginaire de l'enfant. Étant par ailleurs constamment en contact en milieu hospitalier avec des enfants de milieu pauvre et étant concerné par les effets néfastes de telles conditions de vie sur leur développement intellectuel et affectif, j'en suis venu à imaginer et à mettre sur pied un projet de recherche centré sur l'observation en classe maternelle d'enfants de 4 ans, issus de milieux favorisés et défavorisés. Il s'agissait de voir quand et comment se mettait en place la vie imaginaire, quelles formes elle prenait, et comment elle pouvait être de manière diverse influencée par le milieu familial où se développaient ces enfants.

Nous avons accès à une école qui possédait déjà une classe maternelle pour enfants de 4 ans, et grâce à l'aide d'une subvention du ministère de l'Éducation, nous avons pu mettre sur pied une deuxième classe maternelle à l'intention des enfants de familles défavorisées du quartier voisin de l'école. Nous avons ainsi pu suivre les enfants depuis l'âge de 4 ans jusqu'à l'âge de 6 ans, c'est-à-dire jusqu'à leur entrée en première