

Considérations épistémologiques sur les modèles à l'œuvre dans les pratiques cliniques de la petite enfance

Lisa OUSS-RYNGAERT¹

Les professionnels de l'action médico-sociale précoce travaillent souvent avec un (des) modèle(s) implicite(s) du développement, du handicap et de la psychopathologie de l'enfant. Ces modèles dépendent des différentes formations qu'ils ont reçues (initiale et continue), de l'ancienneté de ces formations, des choix théoriques et des convictions des cliniciens, mais aussi de facteurs plus informels. Or, ces différents modèles, qu'ils soient spécifiques ou non au développement, se sont diversifiés, multipliés, quelquefois affrontés. L'essor des neurosciences cognitives a notamment bouleversé depuis deux décennies les références implicites disponibles depuis la création des CAMSP.

Le but de cet article est de proposer une réflexion épistémologique : Avons-nous besoin d'un (de plusieurs) modèle(s) pour travailler dans le domaine de la petite enfance ? Comment le(s) choisir ? Les modèles sont-ils compatibles ? Est-il possible, et souhaitable, de les coordonner ? Comment envisager un modèle qui associe différentes lectures

1. Pédopsychiatre, hôpital Necker, Paris. Adresse contact : lisa.ouss@wanadoo.fr

sans les réduire l'une à l'autre, en gardant les exigences conceptuelles respectives et en ne perdant pas de vue leur utilité en clinique ?

Cet article n'a pas pour but de passer en revue tous les modèles disponibles dans le champ de la petite enfance – le présent numéro décline les principaux modèles utilisés dans le domaine du premier développement, normal ou pathologique – il propose plutôt une réflexion sur les écueils, les choix et les articulations possibles. L'angle spécifique de cet article est celui de notre compétence : il concerne une nouvelle approche de la psychopathologie du développement, mais cette réflexion peut être élargie à la question des modèles du développement en particulier et des modèles en général.

Un modèle : pour quoi faire ?

Un modèle est-il nécessaire dans la pratique de la prise en charge des enfants présentant un trouble du développement ou un handicap ? Cette question peut paraître superflue, mais elle est essentielle : Qu'est-ce qui structure la conception du soin et de la prise en charge dans une institution ?

Un modèle vise la compréhension, la représentation des phénomènes et leurs relations, et une action qui a pour objectif de les modifier. En mathématiques, un modèle est une simulation, une représentation simplifiée d'un système complexe au moyen d'équations et de relations. Mais comment rendre compte de choses aussi complexes que la pensée ? Dans le domaine du développement et de ses troubles, un modèle doit permettre de comprendre comment les désordres apparaissent, persistent, se modifient et disparaissent au cours du temps. Il permet de construire des pratiques fondées sur une représentation énoncée, étayée sur la théorie, l'observation ou l'expérimentation, et partageable entre professionnels. Un modèle n'a pas valeur de vérité, ni de valeur heuristique. Chaque modèle a son propre fondement scientifique, son système propre et sa démarche méthodologique. Il est le

produit d'une époque et ne survit pas toujours à l'avancée des sciences qui le génère. Il a valeur de cadre de pensée et d'action, mais devrait aussi avoir pour corollaire de pouvoir être discuté, éventuellement réfuté, voire invalidé par ses propres utilisateurs. Nombreux sont les modèles désormais périmés...

Le domaine du développement, spécifiquement, ne peut se passer de modèles, car l'objet étudié et l'expression des troubles varient, par définition, au cours du temps. Pour étudier cette variation et ses aléas, il est préférable d'en avoir une représentation claire.

Modèle et théorie : des écueils

Les difficultés ne manquent pas dans la construction des modèles. Chacun est le fruit d'une (ou de plusieurs) théorie(s), qu'il opérationnalise dans un champ précis. Quelques lignes de fracture paraissent structurer la question du lien entre théories et modèles.

Adul'tomorphisme, continuité/discontinuité du développement : des modèles «défectologiques», aux modèles «téléologiques» du développement

La première difficulté découle de l'apparition assez récente des modèles du développement. La psychopathologie développementale a long-temps été construite sur des modèles propres à l'adulte et la question de la continuité ou discontinuité entre phases précoces, ultérieures du développement et âge adulte n'a pas toujours été posée.

La plupart des modèles sont fondés sur une vision médicale, «défectologique», sans toujours prendre en compte les forces, les émergences, la résilience d'un individu. Il en va ainsi des modèles de la pathologie, mais aussi du développement. Longtemps le nourrisson a été considéré comme un être non fini, chez qui l'ontogenèse résumerait la phylogénèse, jusqu'à ce qu'on découvre ses incroyables potentialités : le «nourrisson savant» était inventé.

De la même manière, certains comportements à l'adolescence sont considérés comme des «défauts» : l'agir, comme un défaut de mentalisation. Or, des données sur les spécificités du fonctionnement cérébral à l'adolescence, très bien résumées par J. Dayan (2011), montrent que pour certaines tâches, des compétences de l'adolescent sont supérieures à celles de l'adulte. Ces processus, conçus sur un mode «téléologique», c'est-à-dire comportant dans leur genèse une finalité, montrent que l'adolescent n'est pas un «adulte en miniature», mais sélectionnerait dans son environnement, par son comportement, les situations lui offrant la meilleure opportunité de développer ses compétences. L'agir ne serait plus «par défaut», mais une manière de se constituer un environnement optimal, comme le bébé va chercher dans son environnement ce pour quoi il est déjà câblé, mais qui doit être consolidé pour permettre ses apprentissages.

La question de la causalité sépare psychisme et organicité

La question de la causalité est complexe et a longtemps déterminé la construction des modèles. L'opposition entre psychogenèse et organogenèse, récurrente aux XIX^e et XX^e siècles, a abouti à la séparation des champs de la psychopathologie (pour les troubles survenant en l'absence supposée de causes et de mécanismes cérébraux) et de la neurologie, ou plus récemment des neurosciences qui s'occupent d'étudier le fonctionnement du cerveau et ses dysfonctionnements. La psychopathologie s'est donc construite en miroir de la neurologie et de la neuropsychologie, définissant un champ «par défaut» : celui de l'absence de lésion neurologique.

En réaction, certaines théories unicistes ont vu le jour dès la seconde moitié du XIX^e siècle (Janet, Bleuler, Freud...) : psychanalyse, organodynamisme. Nous ne reviendrons pas sur la psychanalyse dont le modèle est développé ici même par B. Golse. H. Ey (1975) a proposé une conception «organodynamique» de la psychopathologie : la

maladie représenterait une régression du système à un niveau inférieur, antécédent et sous-jacent. Cette théorie est directement issue des modèles dits Jacksoniens, comme celle de Janet (1889) qui distingue les tendances psychologiques inférieures, moyennes ou supérieures du fonctionnement du cerveau. Les signes négatifs de la maladie seraient l'expression directe du processus morbide et les signes positifs une expression de la libération des niveaux inférieurs. H. Ey maintient un «écart organoclinique» : s'il faut une atteinte biologique pour que l'esprit soit altéré, cette altération ne rend pas compte du tout de la folie. Or, si l'approche organodynamique reste d'une grande modernité, la conception du fonctionnement du cerveau sur laquelle elle s'appuie est désormais obsolète. Il est important de proposer une alternative tenant compte des avancées en neurosciences.

Si la multiplicité des facteurs de causalité est désormais acquise, la nature de ceux-ci a changé. Or, la question reste souvent posée sous la forme : Quelle part des «facteurs primaires» et «secondaires» de causalité – ou : «Est-ce neurogénétique» ou «Est-ce psy ?» – maintenant la vieille séparation entre organique et psychique.

En psychopathologie, D. Widlöcher (1993) propose une alternative : distinguer deux niveaux de causalité intentionnelle. Le premier, le «pourquoi», correspond à la logique causale de l'enchaînement et du sens ou de l'intention de la conduite ou de l'acte de pensée ; le «comment» correspond à la causalité de production et désigne les opérations assurant la réalisation de l'acte ou de l'état mental, au niveau «infra-intentionnel» cognitif et biologique. Cette distinction est d'importance et permet de se dégager d'un modèle de causalité organique.

Catégoriels ou dimensionnels ?

Les classifications internationales sont toutes construites sur des modèles catégoriels, même si elles se sont adjoint des facteurs dimensionnels,

distribués sur une échelle continue, où la séparation entre certaines entités, ou entre «normal» et pathologique, ne se pose plus de manière aussi tranchée.

La notion de catégorie ne permet plus de se repérer dans des entités aussi complexes que les Troubles Envahissants du Développement (TED) et l'autisme. Mottron (1994) propose que les personnes autistes n'ont pas un handicap, mais bien des processus cognitifs, perceptifs en l'occurrence, drastiquement différents des personnes «normotypiques» et organisent une représentation du monde radicalement différente. De la même manière, les classifications rechignent encore à inclure des concepts plus complexes comme ceux du MCDD (*Multiple and Complex Developmental Disorders*) qui se construisent plus sur des *clusters* de symptômes que sur des associations fixes, et sont pourtant beaucoup plus pertinentes pour décrire la complexité des pathologies du développement. La logique catégorielle s'avère donc de moins en moins opérante.

Approches cliniques, ou expérimentales ?

La question des modèles se heurte souvent à la difficile séparation entre approches cliniques, et expérimentales : les cliniciens reprochent aux expérimentalistes leurs paradigmes contraints, peu écologiques, comme le décrit Bronfenbrenner (1979) : «Une grande part de la psychologie du développement, telle qu'elle existe actuellement, est la science de conduites étranges d'enfants placés dans des situations étranges avec des adultes inconnus pendant le moins de temps possible». Les expérimentalistes reprochent aux cliniciens de ne pas assez fonder leurs pratiques sur les découvertes dans le champ du développement, ou de les appliquer de manière trop littérale, échafaudant des modèles pragmatiques fondés sur la preuve par la validation empirique (pour une revue de ces méthodes, voir le formidable article de R. Salbreux dans ce même numéro). Le nourrisson de l'expérimentaliste n'est

toujours pas celui qui ne dort pas la nuit et que sa mère promène inlassablement pour le calmer.

Recherche de similarité, ou intérêt sur les différences individuelles ? Homologie, ou analogie ?

Les modèles sont plus souvent construits sur ce qui est commun que sur les différences interindividuelles, sur des mesures objectivables que sur des singularités. Certains cliniciens refusent ainsi la mesure, l'assimilant à la question de la «norme» : Le but est-il d'atteindre un enfant au développement virtuel, résultante des moyennes de tous les enfants, ou d'œuvrer au meilleur développement d'un enfant parfois différent des autres ? Posée ainsi, la question appelle une réponse évidente ; c'est ainsi que de nombreux cliniciens justifient leur refus des évaluations, arguant qu'ils vont «mettre une étiquette» à l'enfant, au risque de proposer à des enfants présentant des troubles réceptifs du langage des thérapies fondées sur la verbalisation...

Un moyen d'éviter cette position est de considérer que la recherche en matière de développement associerait de manière inévitable les deux approches. Certains chercheurs (M. Thomas, A. Karmiloff-Smith, 2009) ont proposé les trajectoires développementales comme nouveaux modèles de recherche sur le développement, insistant sur l'intérêt de la combinaison entre les *initial cross sectional designs*, qui permettent de déterminer des populations d'intérêt, et les suivis longitudinaux. Il ne s'agit donc plus d'étudier 100 enfants de un an, puis 100 autres de deux ans, mais bien une même population de manière prospective, en étudiant comment et en fonction de quels facteurs se dessinent les trajectoires : la dimension normative est pondérée par les inflexions individuelles, permettant l'étude des influences épigénétiques, tant en termes de vulnérabilité que de résilience. Il s'agit plus ici de se situer dans l'analogie que dans l'homologie.

Des modèles linéaires vers des modèles probabilistes du développement ?

Nous sommes donc passés de modèles linéaires du développement à des modèles «probabilistes». Une même cause peut avoir plusieurs effets, mais un effet peut avoir plusieurs causes, dont l'organisation est plus circulaire ou transactionnelle que hiérarchisée et additive. Le modèle d'«épigénèse probabiliste» de Gottlieb (2007) considère le développement comme un système transactionnel complexe, dans lequel génotype, phénotype (comportant activité neurale et niveau comportemental) et environnement ont des effets bidirectionnels. Dans ces modèles, la dichotomie entre inné et acquis n'a plus lieu d'être. Ce sont des modèles probabilistes, et non prédictifs, car un événement intervenant à un temps «t» aura des effets potentiellement bidirectionnels sur les niveaux inférieur et supérieur, dont la résultante ne peut être directement prévue, mais seulement probable. Dans ces modèles, il s'agit d'étudier les différents niveaux de changement possible, dans une interaction bidirectionnelle constante aux effets non prévisibles.

Un modèle : peut-on choisir ou pas ?

Un praticien peut-il choisir son ou ses modèles ? Celui-ci dépendra de multiples déterminants, plus ou moins spécifiques, à valence variable.

La formation initiale, continue

Peu de facultés de psychologie offrent une formation de base ouverte à la fois sur les approches cognitives, neuroscientifiques et psychanalytiques. Le choix de la faculté se fait donc *a priori*, par hasard, en fonction du dossier scolaire ou de la domiciliation. Les écoles d'éducateurs n'ont pas encore intégré les données nouvelles sur les méthodes de prise en charge proposées en matière d'autisme. La formation des psychiatres est de plus en plus axée sur l'approche biologique. Les formations continues se focalisent sur l'apprentissage de méthodes plus

que de modèles. Enfin, bien souvent, la formation complémentaire des praticiens s'organise en fonction de leur curiosité, leur bonne volonté, sur leur temps personnel, parfois à leurs frais, et selon la possibilité qu'offre l'institution.

Quelle ouverture du directeur de la structure ?

Il s'avère souvent difficile de pratiquer selon des bases théoriques ou méthodes qui ne sont pas validées par le directeur de la structure, ou pis, par un implicite qui fait que sont ostracisés les pratiquants «non orthodoxes». S'il est important qu'une certaine cohérence structure le travail institutionnel, et si nombre d'institutions sont ouvertes sur la pluridisciplinarité, d'autres sont réputées pour une forme de sectarisme qui exclut toute pratique d'«obéissance» différente, voire «interdit» aux parents le recours extérieur à d'autres méthodes de prise en charge, ce qui laisse peu de place à la créativité.

Existence de consensus scientifiques ou de recommandations

Certaines pratiques peuvent bénéficier de recommandations émanant de la HAS¹, ou de l'ANESM², ou autres organismes autorisés. Ainsi, l'HAS finalise, fin 2011, des «recommandations de bonnes pratiques sur l'autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent».

En ce cas, la question est de savoir comment celles-ci seront utilisées. Les conférences de consensus, ou les recommandations, se heurtent souvent à une réticence des cliniciens qui n'y voient qu'un produit

1. Haute autorité de la santé.

2. Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

de la validation par l'*Evidence Based Medicine*, n'incluant pas les pratiques usuelles, souvent non validées sur le plan scientifique, et leur reprochent de vouloir «dicter» aux cliniciens des pratiques édictées par une administration déconnectée des questions cliniques. Il est pourtant écrit en préambule de ces recommandations : «Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations».

De fait, les modèles que pratiquent les praticiens relèvent encore parfois plus de contextes de choix non spécifiques, empiriques, ou d'un credo, que d'une démarche construite.

Un, ou des modèles ?

Faut-il avoir en stock un, ou des modèles de pratiques ? Un modèle est-il suffisant pour organiser sa pratique avec les enfants en difficulté de développement ? Certaines institutions ne se réfèrent explicitement qu'à une théorie, tout en en intégrant implicitement plusieurs (théories du développement et théorie psychanalytique ou théorie comportementale...). De fait, les praticiens de la petite enfance ont une représentation implicite de ce qu'est le développement normal de l'enfant et sont donc habitués à traiter simultanément deux modèles. La difficulté réside parfois dans la nécessité de partager le modèle, et donc passer de l'implicite à l'explicite.

Quels objets ?

Si l'objet d'étude, de pratiques, peut (et devrait ?) être le même à un niveau macroscopique (le fonctionnement de la pensée humaine), il ne peut l'être au niveau des dispositifs expérimentaux, en raison de l'hétérogénéité des sciences et des cadres qui s'y appliquent. L'enfant

est encore parfois l'objet des thérapeutiques des sciences cognitives, ou biologiques, alors qu'il est le sujet d'une thérapie ou d'une rééducation. Même si les objets des cognitivistes se sont déplacés d'une approche monadique (un cerveau), contrainte et statique, vers des approches duelles (la cognition sociale), plus écologiques (l'étude du fonctionnement du cerveau «au repos», Raichle, 2001) et dynamiques (l'IRM fonctionnelle), ils restent des objets éloignés de l'enfant qui grandit, pense, fait des cauchemars et mord ses camarades. Mais il s'agit bien de comprendre le fonctionnement des enfants, en utilisant deux types d'appareils théoriques et de contextes «expérimentaux» ou paradigmatisques.

Quel langage ?

La deuxième question est celle du langage : Comment se comprendre, quand il existe tant de faux amis dans le langage et que les niveaux sont si différents ?

Quels niveaux d'observation et quelle compatibilité ?

Le troisième problème est celui du niveau d'étude : la synapse pour les uns, le lapsus pour les autres. Il n'est pas possible de passer de l'un à l'autre, mais il est possible de passer par ce que Widlöcher (1990) a nommé les opérateurs intermédiaires de commutation. Il n'y a pas de compatibilité directe entre les faits psychologiques et les fonctions des neuropsychologues : l'action, le langage, l'attention, la pensée, l'émotion... Il faut donc pouvoir passer du lapsus aux modèles du langage, de l'attention, de l'investissement, de la conscience, de l'inconscient ; de ceux-ci aux structures qui les sous-tendent ; de ces dernières à leur fonctionnement microscopique. Le saut est parfois hasardeux : Existe-t-il un modèle du langage ? Peut-on glisser de la question des investissements à celle de la motivation, paradigme souvent utilisé pour explorer cette dimension ? L'inconscient des cognitivistes est-il pertinent pour comprendre l'inconscient Freudien (Naccache 2006) ?

On ne saurait donc plus séparer les champs par l'existence, ou non, d'une atteinte cérébrale, notamment parce que nous connaissons maintenant les dysfonctionnements cérébraux retrouvés dans certaines pathologies psychiatriques (dysfonctionnement frontal dans la schizophrénie, temporel dans la dépression, effets de la dépression maternelle sur l'activité frontale du bébé...), et que nous savons qu'une atteinte cérébrale génère des troubles psychopathologiques.

Georgieff (2007) propose que «s'impose une épistémologie commune qui reconnaît à la fois la distinction des niveaux d'organisation, de description et d'explication propre à chaque niveau, psychologique et cérébral, et en même temps leur dépendance mutuelle : à la succession des événements ou états mentaux et comportementaux correspond une succession d'événements ou d'états cérébraux». Il ajoute : «Un temps écartée par l'application des modèles et méthodes des neurosciences cognitives issus directement de l'étude des pathologies lésionnelles, la spécificité de la clinique psychopathologique réapparaît donc dans les travaux actuels, sous la forme d'une transformation des modèles qui s'attachent, sous l'influence de sa clinique, à définir de nouvelles fonctions en rapport avec la conscience de soi, d'autrui, et l'intersubjectivité. C'est notamment le domaine des "cognitions sociales", dont l'émergence est étroitement liée à l'étude de la clinique de l'autisme et de la schizophrénie, et à celle du bébé et du développement précoce.»

Dès lors, nous sommes «condamnés» à penser cette épistémologie commune, comme une inévitabilité méthodologique et non comme un choix théorique. La gageure est de construire cette nouvelle psychopathologie.

Pour une nouvelle psychopathologie ?

P. Fedida parle d'une «psychopathologie fondamentale» (1992) de nature interscientifique, «où l'épistémologie comparative des modèles

et de leur fonctionnement théorique critique jouerait le rôle déterminant d'une conscience de leur limite d'opérativité et de leur aptitude à se transformer les uns par les autres¹».

Quelles articulations ?

Nous pouvons reprendre, comme le propose N. Georgieff (2007), les propositions du courant français dit de «psychopathologie cognitive» défendu par D. Widlöcher et M.C. Hardy-Baylé (1989). Ils proposent que les anomalies cognitives associées aux états pathologiques ne sont ni des conséquences de la pathologie ni le mécanisme «cognitif» causal du processus pathologique, mais l'expression même du fait psychopathologique pour le niveau d'analyse propre à l'approche des opérations cognitives. Il s'agit alors de proposer différentes méthodes et modèles applicables aux faits cliniques.

La proposition est donc non pas de construire une nouvelle discipline, de construire une psychopathologie selon des modèles nouveaux, mais bien de proposer une articulation des modèles pertinents, valides et nécessaires, mais non réductibles l'un à l'autre.

Deux cadres théoriques : complémentarisme et neuropsychanalyse

Deux cadres théoriques pourraient nous permettre cette articulation. Ils offrent une manière de poser la question autrement : il ne s'agit plus de rendre compatibles deux théories pour en construire une troisième, il s'agit de garder les théories les plus pertinentes, les plus efficientes pour étudier un même objet, mais selon deux angles différents : la pensée et le fonctionnement humain, mais pour les neurosciences, du côté de l'organe qui les produit, et pour la psychanalyse, du côté de son fonctionnement. Quelques conditions sont préalables : n'abdiquer aucune des deux théories, garder intacts leurs principes de fonctionne-

1. Page 295.

ment en acceptant leur hétérogénéité intraduisible l'une dans l'autre, ne pas les utiliser en même temps, se décentrer successivement de l'une pour aller à l'autre. Le but est d'avoir une perspective additionnelle, qui ajoute à l'objet étudié, plus qu'elle ne le réduit. Deux approches théoriques, en tout cas, répondent à ces conditions.

La première est le complémentarisme, pour emprunter le terme à Devereux (1972), qui l'a lui-même emprunté à la théorie de l'incertitude d'Eisenberg, qui postule que l'on ne peut déterminer avec autant de précision dans le même temps la vitesse et la position d'un électron : pour préciser l'une, il faut se décentrer de l'autre mesure. Devereux insiste sur le fait que ces deux théories sont inévitables méthodologiquement. J'ai par ailleurs déjà proposé la neuropsychanalyse comme cadre épistémologique pertinent à la multiplicité des lectures (Ouss *et al.*, 2009). Il ne s'agit pas d'une nouvelle discipline, mais bien d'une manière d'associer deux cadres théoriques pour étudier un même objet. Il s'agit donc moins de construire un modèle intégratif que de proposer une intégration des modèles.

Faut-il que cette articulation se fasse «dans une tête», ou dans plusieurs ? Outre la question du langage (et de la langue, celle des neurosciences étant l'anglais), la péremption des modèles est si rapide qu'elle n'autorise pas leur digestion : en neurosciences on s'habitue à peine à traiter avec l'un qu'il est déjà périmé... Il est donc très difficile de décliner au quotidien cette pluridisciplinarité. Des numéros de revue comme celui-ci sont les premiers jalons d'une ouverture à des approches diverses, complémentaires. Le second pas est sa déclinaison tolérante et créative dans les institutions. Les cliniciens sont très souvent curieux et gourmands de ce qui viendra les nourrir...

Pour conclure : vers une approche translationnelle
L'intérêt d'une telle conception est de faciliter une approche transla-

tionnelle : des connaissances fondamentales «au lit du patient». Cette approche postule que les apports sont bidirectionnels et que les cliniciens doivent autant apporter aux fondamentalistes que ceux-ci aux cliniciens, et surtout au malade, dans le champ de la conduite thérapeutique.

Mais les neurosciences, si elles nous apportent beaucoup dans la thérapeutique, prennent parfois le risque de «justifier», sous couvert de rigueur des sciences «dures», des actions thérapeutiques contre-productives. Peut-on soigner le cerveau, les fonctions et les «symptômes» d'un sujet, en ayant pour cible des comportements dont on n'est pas sûr qu'ils ne sont pas des indices d'un processus d'auto-fabrication plus que d'un dysfonctionnement ? L'approche de De Ajuriaguerra (1980), qui distingue équipement, fonction, et fonctionnement de la fonction, nous permet alors de ne pas mettre en tension les différentes approches, mais de donner à chacune la place qui est la sienne, dans une intégration des modèles. C'est pour cette intégration des modèles, ouverte, curieuse, utile, pragmatique et cependant rigoureuse, que nous plaidons dans ce numéro. ■

Bibliographie

- Bronfenbrenner U. (1979), «The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design», Cambridge, Harvard University Press.
- Dayan J., Guillery-Girard B. (2011), «Conduites adolescentes et développement cébral : psychanalyse et neurosciences», *Adolescence*, n° 3 (77).
- De Ajuriaguerra J. (1980), *Manuel de Psychiatry de l'Enfant*, Paris, Masson.

- Devereux G. (1972), *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion.
- Ey H. (1938), *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*, Paris, Doin, Privat (1975), L'Harmattan (2000).
- Fedida P. (1992), *Crise et contre-transfert*, Paris, PUF.
- Georgieff N. (2007), «Psychopathologie et neurosciences» in R. Roussillon, C. Chabert, A. Ciccone, A. Ferrant (éds), *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*, Paris, Masson, p. 503-548.
- Golse B. (2011), «Le modèle psychanalytique dans le champ du handicap : approche causale ou approche narrative ?», *Contraste* n° 34-35.
- Gottlieb G. (2007), «Probabilistic Epigenesis», *Developmental Science*, 10:1, p. 1-11.
- Janet P. (1889), *L'Automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de la vie mentale, dissertation*, Paris, Félix Alcan, Société Pierre-Janet (1973).
- Mottron L. (2004), *L'autisme, une autre intelligence*, Bruxelles, Mardaga.
- Naccache L. (2006), *Le nouvel inconscient. Freud, Christophe Colomb des neurosciences*, Paris, Odile Jacob.
- Ouss L., Golse B., Georgieff N., Widlöcher D. (2009), *Vers une neuropsychanalyse ?*, Paris, Odile Jacob.
- Raichle M. E., MacLeod A. M., Snyder A. Z., Powers W. J., Gusnard D. A., Shulman G. L. (2001), «A Default Mode of Brain Function», USA, National Academy of Science, 98(2), p. 676-82.
- Salbreux R. (2011), «À propos des méthodes parallèles», *Contraste* n° 34-35.
- Thomas M. S., Annaz D., Ansari D., Scerif G., Jarrold C., Karmiloff-Smith A. (2009), «Using Developmental Trajectories to Understand Developmental Disorders», *Journal of Speech, Speech Language Hearing and Research*, 52(2), p. 336-58.
- Widlöcher D. (1990), «Neurobiologie et psychanalyse. Les opérateurs de commutation», *Revue internationale de psychopathologie*, n° 2, p. 335-356.
- Widlöcher D. (1993), «Intentionnalité et psychopathologie», *Revue Internationale de Psychopathologie*, n° 10, p. 193-224.
- Widlöcher D., Hardy-Bayle M. C. (1989), «Cognition and Control of Action in Psychopathology», *European bulletin of cognitive psychology*, n° 9, p. 583-615.