

# La vision globale du patient et sa prise en charge

(The global vision of the patient and the medical care given)

Bourque, Richard

Centre Médico-Psychologique OVE. 21 rue Marius Grosso.

69517 Vaulx En Velin

richard.bourque@ove.asso.fr

Gonzalez-Monge, Sibylle

Hôpital Femme Mère Enfant. Service de rééducation pédiatrique.

Aile A1 3<sup>ème</sup> étage, 59 Boulevard Pinel. 69677 BRON Cédex

sybille.gonzalez-monge@chu.lyon.fr

Récep.: 30.09.2011

BIBLID [ISSN: 1577-8533, eISSN: 1989-2012 (2012), 12; 53-66]

Accep.: 14.11.2012

---

*La vision globale du patient », comment considérer les mots et le concept : entre la formule commode et l'effort collectif pluridisciplinaire et multidimensionnel – et que nous enseigne ici l'oeuvre de Julian de Ajuriaguerra ? La question déborde des limites du débat de spécialistes, dans ses aspects éthiques, économiques et sociologiques en termes d'organisation, de répartition et de qualité de l'offre prestataire de santé.*

*Mots-Clés : Pluridisciplinarité. Réductionnismes. Neuropsychologie. Troubles praxiques. Plasticité cérébrale. Effet crowding.*

*“Gaixoaren ikuspegi globala”, nola ulertu hitzak eta kontzeptua: formula erosoaren eta Julian de Ajuriaguerraren lanak irakasten digun diziplina anitzeko eta dimentsio anitzeko ahalegin kolektiboaren artean? Gai horrek adituen arteko eztabaida gainditzen du, alderdi etikoetan, ekonomikoetan eta soziologikoetan, osasun-eskaintzaren antolakuntzari, banaketari eta kalitateari dagokienez.*

*Giltza-Hitzak: Diziplina aniztasuna. Erredukzionismoak. Neuropsikologia. Jarduera nahasmenduak. Buruko plastikotasuna. Crowdin efektua.*

*“La visión global del paciente”, cómo considerar las palabras y el concepto: entre la fórmula cómoda y el esfuerzo colectivo multidisciplinario y multidimensional –y ¿qué es lo que nos enseña aquí la obra de Julián de Ajuriaguerra? La cuestión sobrepasa los límites del debate de especialistas, en sus aspectos éticos, económicos y sociológicos en términos de organización, de reparto y de calidad de la oferta subsidiaria de salud.*

*Palabras Cave: Multidisciplinaridad. Reduccionismos. Neuropsicología. Disturbios práxicos. Plasticidad cerebral. Efecto crowding.*

## 1. INTRODUCTION ET 1<sup>ÈRE</sup> PARTIE, RICHARD BOURQUE

**La vision globale du patient chez Julian de Ajuriaguerra, et sa prise en charge**, tel est le thème qu'il nous a été demandé de traiter, mission redoutable que nous nous sentions d'abord incapables d'assumer, sentiment d'être confronté à la démesure. Sentiment suivi d'un brin de fierté de ne pas vouloir toutefois nous dérober, ne serait-ce qu'en limitant notre ambition à produire quant à cette « vision globale » et à 360 degrés notre part de secteur angulaire. Un stratagème peut-être mais, comme il arrive souvent, on se tire d'affaire (du moins le croit-on sur le moment) en reformulant l'intitulé de l'exposé. Nous nous y sommes pris en commettant la formule : « globalité versus réductionnismes, le pari de la pluridisciplinarité »... Disons qu'il s'agit là d'un sous-titre qui répond à l'intention de situer notre propos... dans un débat qui n'a pas fini d'agiter les secteurs où nous intervenons professionnellement l'un et l'autre, sanitaire et médico-social. *La divergence étant irréductible*, dit Ajuriaguerra<sup>1</sup>, *entre une psychologie du vérifiable et une psychologie du vécu*. Serons-nous ici à la hauteur de notre intention, qui est de montrer que l'oeuvre et la voie tracée par Julian de Ajuriaguerra constituent dans ce contexte un ensemble cohérent de propositions méthodologiques d'une saisissante actualité ?

Nous structurerons notre entrée avec quatre questions :

1. La vision globale du patient (et usager), qu'est-ce que c'est ? De quoi s'agit-il ?
2. Quel est l'intérêt, quelle est l'importance de cette démarche ?
3. Comment s'y prendre ?
4. Pourquoi se poser ces questions en regard de l'oeuvre de Julian de Ajuriaguerra ?

« Globalité versus Réductionnismes, le pari de la pluridisciplinarité », c'est avec ces mots que nous répondons à la première question, des mots au moyen desquels nous prenons position : c'est l'enjeu d'un travail collectif dont il est question, et d'une réunion des modestes, versus l'arrogance d'une auto-proclamation par l'artifice d'un simple slogan. Lequel permettrait à quiconque qui avancerait son propre point de vue, en qualifiant celui-ci de « global », de prendre du même coup sur tous les autres l'avantage de la vertu devant le vice. Ajuriaguerra, en introduction à son ouvrage, *Psychiatrie de l'Enfant*<sup>2</sup>, nous donne un conseil : *il y a pour beaucoup la part des autres telle que je l'ai comprise et transformée*. « La part des autres » voici sans doute la meilleure façon de dire ce que ce que nous tentons d'exprimer ; mais laissons à Ajuriaguerra la paternité d'une telle formule, nous nous bornerons à mettre en relation des citations avec notre raisonnement, libre à chacun de juger si les rapprochements que nous ferons sont pertinents. Et Julian de Ajuriaguerra

---

1. Conférence au Collège de France, Paris – Annuaire 1980-1981.

2. Masson et Cie, éditeurs – 1974.

de citer Montaigne quant à savoir ce que l'on fait du point de vue de l'autre : *si l'on embrasse les opinions de Xénophon ou de Platon dans notre propre discours, ce ne seront plus les leurs mais les nôtres et, par ce fait, nous en portons la responsabilité de par notre jugement plus ou moins juste.*

En lisant Ajuriaguerra, en regardant la façon dont il recueille auprès des autres des observations et des modèles, dont il donne la parole à ses prédécesseurs et contemporains dans le développement de sa pensée et le cours de son écriture, nous sommes tentés de dire : Ajuriaguerra fut un maître de modestie – Oxymore (mais plus tard, dans la même journée, sa fille Isabelle amènera ce rectificatif : ce n'était pas tant de modestie dont il faisait preuve, mais de rigueur intellectuelle). Son biographe, le Dr José-Miguel Aguirre, lui rend hommage en disant de lui qu'il fut certes « une personnalité d'exception » mais aussi un « grand démocrate ».

Sur le plan lexical, nous n'avons pas trouvé l'expression « vision globale » en relisant Ajuriaguerra, sinon celle d'*approche pluridimensionnelle... ou multidimensionnelle*. Pour serrer notre sujet, nous nous permettons de reprendre son texte en regroupant des parties<sup>3</sup> : *Au carrefour de diverses disciplines, formes de connaissances avec lesquelles... se confronter... se confondre... ou se distinguer tout en utilisant le progrès des unes et des autres.*

De quelles *disciplines* et formes de *connaissances* veut-il parler ? Ajuriaguerra présente le référentiel : *Piaget, Wallon, Freud... Trois doctrines qui partent d'un certain nombre de bases communes, parfois se complètent, d'autres fois, avec des formulations différentes, elles se rapprochent, mais très souvent elles s'opposent malgré les efforts de certains pour trouver à tout prix un compromis*<sup>4</sup>.

Nous nous tenons devant le *carrefour* : que faire ? En rédigeant notre exposé, Sibylle et moi, nous décidons tous les deux de nous en tenir à la posture des réductionnistes, en pleine conscience de nos parts respectives d'ignorance devant la dimension impressionnante de la « globalité » de la personne, mais en pariant sur la rencontre de ces mêmes réductionnistes : pouvoir *se confronter, se confondre, se distinguer* (sinon à quoi bon être à plusieurs si un seul peut suffire dès l'instant où il peut se vanter de sa « vision globale » ?). Travail de mise en mots, d'écoute, de compréhension et de transformation, d'interprétation, en faisant l'apprentissage ingrat de l'incertitude et des conflits de paradigmes. En somme, la « vision globale » serait un projet, même pas un pari dans la mesure où la partie n'est jamais gagnable tout-à-fait. Ajuriaguerra n'était-il pas l'homme de l'engagement sur un projet davantage que l'homme d'un parti, d'un parti pris ou d'un parti à prendre ? Voilà peut-être l'un des messages à retenir des multiples connexions philosophiques, politiques et professionnelles qu'il croise au cours de cet

---

3. Id., pages 6 et 7.

4. Id., p. 61.

entretien mené par deux journalistes de la Télévision de Suisse Romande alors qu'il est en responsabilité de la clinique « Bel Air » à Genève.

*Il faut choisir la thérapeutique la plus adéquate à un moment donné, écrit-il dans Psychiatrie de l'Enfant. Il insiste sur les difficultés inhérentes à la tenue du projet collectif. Le passage du travail individuel au travail d'équipe pose deux problèmes :*

- celui de la formation et d'une certaine spécialisation à l'intérieur du cadre thérapeutique,*
- celui de la cohérence de l'équipe, bien que l'équipe doive être pluridisciplinaire.*

Avant de passer le relais à ma co-équipière, autant neurologue que réductionniste, qui prendra en charge les questions 3 et 4, je reviens sur la deuxième : quelle est l'importance, quels sont les enjeux, de cet effort collectif pour une vision globale du patient (et « usager » de nos établissements et services sanitaires et médico-sociaux) ?

Il nous paraît capital aujourd'hui d'aborder la dimension sociologique d'une problématique à laquelle nous sommes quotidiennement confrontés dans notre activité, celle des inégalités sociales – inégalités d'accès à des diagnostics, des soins et des accompagnements de qualité. La problématique des inégalités sociales, pour les enfants que nous rencontrons, a partie liée avec l'échec scolaire. Je co-dirige actuellement un Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP) situé à Givors dans le département du Rhône, à l'entrée (en venant de Lyon) de cette vallée du Giers qui mène à Saint-Étienne. Nous sommes à même depuis ces dernières années de constater l'accroissement des difficultés socio-économiques pour une proportion importante des publics de notre territoire de santé.

Il nous apparaît, et les études de recherche sur cette problématique manquent actuellement pour étayer et affiner notre observation, que les enfants des catégories sociales défavorisées sont lourdement pénalisés dès lors qu'ils en cumulent à titre personnel les critères de difficulté : sociologique, relationnel, cognitif. C'est moins un problème de sous-équipement institutionnel dont il s'agit que d'un dysfonctionnement méthodologique. C'est la logique du « système » qui est en cause, et ce malgré la mise en oeuvre des Lois françaises de 2002 et de 2005. Nous voyons s'appliquer une sorte de « double peine » à l'encontre d'enfants malchanceux, où les difficultés de vivre rencontrées par les familles suscitent, en recourant à des explications « allant de soi », des réponses scolaires, sociales et médico-sociales trop souvent orientées de façon péjorative : là où une même situation d'échec dans des apprentissages scolaires entraînerait, pour des enfants issus de familles moins vulnérables, des vérifications neuropédiatriques, neuropsychologiques, orthophoniques, orthoptistes (etc.) avant d'en venir le cas échéant à d'autres investigations, ceux-ci se voient d'emblée et uniquement « calculés », pour reprendre leur expression, à l'aune des dérangements qu'ils provoquent par leurs attitudes et comportements (les garçons plus nombreux que les filles à proportion de 2/3 pour 1/3 environ).

Alors, de quel côté situer la « vision globale de l'enfant », du côté de ceux qui la revendiquent, ou bien du côté de ceux qui y contribuent de façon nécessaire bien qu'insuffisante ? On peut me faire le reproche sur la partialité dont je fais preuve dans la manière de poser cette question. Peut-être, mais à la page 662 de sa Psychiatrie de l'enfant, je trouve chez Ajuriaguerra trois points de méthodologie qui devraient valoir pour l'ensemble des enfants qui se présentent à la porte de nos établissements, un programme pluridisciplinaire que Sibylle Gonzalez vous présentera en conclusion.

Constatons que la pensée et la méthode – Ajuriaguerra ne servent pas les théories de la dualité. Elles entendent au contraire réunir esprit et corps dans une seule et même réalité humaine – une prise de position qui reste étrangère à toute organisation structurelle et fonctionnelle des prestations de santé qui serait fondée sur une division du travail [corps versus esprit]. Une prise de position qui nous paraît aujourd'hui d'une grande actualité, quand diviser l'offre prestataire avec, ici, la boutique pour les maladies de l'esprit, et là, celle pour les maladies du corps nous paraît porter préjudice aux intérêts des personnes ne jouissant pas de l'aisance sociale. Le degré de consumérisme éclairé (pour recomposer les morceaux du puzzle) et de disponibilité, qu'implique chez les usagers un tel émiettement des savoirs, correspond mal par exemple à la problématique de *précarisation des catégories populaires péri-urbaines*<sup>5</sup>, le public que nous sommes amenés à rencontrer et à qui rendre service. Nous proposons d'intégrer ce principe d'unité corps et esprit, tel qu'approfondi depuis par de multiples auteurs (nous pensons en particulier aux ouvrages d'Antonio Damasio<sup>6</sup>) dans les paramètres qualitatifs d'une bonne articulation diagnostic-programme de soins, et par conséquent d'accessibilité pour tous au niveau optimal de pluralité des prestations.

Faut-il inscrire une telle capacité prestataire dans les conditions socio-environnementales où évolue l'enfant en situation d'échec ? Dans ce cas, le raisonnement de Patrick Fougeyrolas s'appliquerait en termes de Processus de Production du Handicap (PPH)<sup>7</sup>; si cet enfant n'est pas encore « en situation de handicap » au début de son parcours de vie, et nécessitant comme tel des « mesures de compensation », les défaillances méthodologiques de son environnement institutionnel de scolarisation et de santé, malgré l'équipement prestataire existant, se chargeraient d'en produire les risques.

Je mentionne très brièvement trois exemples récents rencontrés dans le cadre de mon exercice professionnel (deux garçons et une fille, pour rester dans la proportion indiquée plus haut). Ce jeune garçon d'abord, Johan, doublant un CE1 après avoir doublé un CP, enfant très perturbé, des

---

5. GUILLUY, Christophe. *Fractures françaises : pour une nouvelle géographie sociale*, Editeur François Bourin, 2011.

6. DAMASIO, Antonio. *Spinoza avait raison : joie et tristesse, le cerveau des émotions*, Odile Jacob, 2005.

7. FOUGEYROLLAS, Patrick. ; GARDOU, Charles. ; POIZAT, Denis, *Le handicap, quelles ruptures pour quelles mutations culturelles ?* in *Désinsulariser*, Eres, 2007.

parents très perturbés : qu'est-ce qui se passe chez cet enfant ? On déploie des trésors d'inventivité pédagogique grâce à deux jeunes enseignantes dévouées : Johan ne parvient pas à apprendre à lire. Le père réagit mal aux discours lénifiants tenus à l'école, en réunions d'équipe éducative, lesquels dissimulent mal un constat réitéré d'échec. Il se lève avant la fin des réunions, en tempêtant, part en claquant la porte. « C'est un père violent. C'est un mari violent ». Par ces mots, on voit se dessiner peu à peu les contours du « diagnostic », contours d'autant plus pernicieux que l'enfant bénéficie depuis bientôt deux ans des prestations d'un psychologue et d'une orthophoniste d'un établissement médico-social. Au bout du bout de la déconfiture, Johan va quitter son école de quartier et prendre le large quant aux prouesses d'accompagnement de cette équipe de soins. Pour apprendre alors qu'il présente une surdité bilatérale partielle, ayant croisé sur son chemin le regard d'un médecin ORL installé dans la ville de Lyon. On m'objectera que la déficience sensorielle ne suffit pas à expliquer l'ensemble de la problématique chez cet enfant et cette famille. Voilà sans doute l'argument qui nous rassure.

Autre exemple, autre garçon, Nicolas, un peu plus  g  cette fois : il est en CM2, l'orientation en sixième s'annonce difficile, on évoque du côté de l' cole une entrée en SEGPA. Un établissement médico-social le reçoit chaque semaine depuis deux ans : psychologie, psychomotricité. Les parents très éprouvés par une situation d'échec et des conflits continus avec les enseignants depuis la fin de l' cole maternelle, avec un essai à l' cole privée, puis un retour à l' cole publique, désireux de bien faire malgré leur situation socio-économique modeste, ont suivi les conseils de s'engager eux-mêmes dans la voie d'une thérapie familiale. L'enseignant est excédé par les brusques accès de colère de Nicolas, qui, comme les années précédentes, s'en prend aux adultes et à ses maîtres lorsqu'il est confronté à ses mauvais résultats. Bien qu'il le fasse « exprès », de ne pas pouvoir écrire la date du jour au tableau, quand c'est à son tour de le faire pour inaugurer une nouvelle matinée de classe. Regardez, quand il s'agit d'aller chercher en autonomie, comme le font ses camarades, le classeur rang  en haut de l'armoire, Nicolas fait exprès de se le faire tomber sur la tête, histoire de distraire tout le monde de son travail. Et depuis que le maître le prive de cette mission – un camarade étant chargé de lui apporter le classeur – il se met dans des colères effroyables. Souvent, on se voit contraint de le punir de récréation (rappel : nous sommes en 2009) en lui demandant de mettre ce temps à profit pour réécrire correctement tout ce qu'il a bâclé. Voilà qu'un jour on invite à la réunion d'équipe éducative un vieil hurluberlu. La maman vient de s'effondrer en larmes en relatant les séances de reprise du travail scolaire, chaque soir, l'énoncé des leçons à apprendre étant tellement mal écrit qu'il ne peut lui-même se relire, et après un épisode de négociations qui tourne chaque fois au conflit, c'est elle qui doit essayer de reconstruire du texte lisible. Le nouveau venu demande à voir un cahier de classe de Nicolas. Il s'exclame. La consultation au Centre de référence lyonnais pour les troubles des apprentissages aboutira à l'indication d'une grave dysgraphie, la forte présomption de dyspraxie visio-spatiale demandant à être confirmée par des examens complémentaires. On m'objectera que, etc.

Venons en à la jeune fille, Julia, en classe de CM2 elle-aussi. La maîtresse ne peut plus la supporter. La maîtresse appelle au secours. Même ses camarades ne peuvent plus la supporter. Sans cesse il faut intervenir lors de bagarres en cour de récréation. Toujours le même établissement de soins sur la brèche, sauf que cette fois, la maman (il s'agit d'une famille monoparentale), prétextant de son manque de temps pour accompagner sa fille (elle accumule les heures de ménage chez des particuliers), vient de mettre fin unilatéralement au programme thérapeutique. D'ailleurs cette maman est absente bien qu'invitée à la réunion d'équipe éducative. Tout le monde autour de la table est jeune et débutant dans son métier. Tout le monde partage ce sentiment d'être démunis face à Julia qui relèverait peut-être, elle-aussi, la question se pose, d'une SEGPA. Ce ne sont pas tant ses résultats (les notes sont parfois excellentes, il faut en convenir) que son inadaptation au travail en classe qui dénote un retard de maturité. Elle se comporte comme un enfant de maternelle, elle ne fait que ce qu'elle veut. Julia arrive chaque matin en classe, un livre de la bibliothèque sous un bras, souvent un gros livre encyclopédique ou bien un dictionnaire, un sac en plastique fourni d'objets de bricolage, couture, tricot, collage ou découpage, dans l'autre main. Elle s'installe pour la journée sans prêter attention, du moins en apparence, à ce que dit la maîtresse, à ce que font à l'unisson ses camarades – lesquels peinent à comprendre ce traitement de faveur qui lui est échu. L'incident qui vient couronner une année désastreuse est celui-ci : un poème avait été donné à apprendre. Voilà que Julia lève le doigt et demande à réciter ; la maîtresse commet l'erreur de la faire venir devant la classe. Julia connaît parfaitement son texte, mais elle ne se contente pas de le dire, elle se met à prendre des poses de comédienne, elle en rajoute dans l'intonation, elle déclame. Éclats de rire. Les quolibets fusent. La maîtresse est gênée. La récréation qui suit se passe très mal. La rebelle revient en classe les vêtements déchirés ; on apprend de ses camarades qu'elle a brutalement agressé l'un d'entre eux – les parents viendront se plaindre auprès de la direction de l'école. Chacun en réunion de déplorer l'interruption des soins psychologiques. La maman n'a jamais été convaincue de l'intérêt de ceux-ci pour sa fille. Le psychologue scolaire évoque la trace d'un possible WISC réalisé quelques années plus tôt. Il serait peut-être utile selon lui d'examiner le fonctionnement cognitif de cet enfant, en fin d'année de CM2. Mais il se dit débordé avec tant d'autres auprès de qui éparpiller son temps et son attention.

C'est une chance pour le propriétaire d'une automobile aujourd'hui de ne pas être exposé à la même dispersion des champs de compétence ; imaginons qu'il faille présenter son véhicule en panne ou en passe de l'être en cherchant la bonne adresse, entre le garage spécialiste ici des vis platinées, tel autre de la carburation, tel autre encore des circuits électriques, chacun saura allonger la liste dans la vision d'un monde qui ravirait les Shadoks. D'autant qu'on trouverait parmi ces professionnels ceux qui défendraient leur territoire en vantant leur vision globale (et pourquoi pas pluridisciplinaire !) du moteur et de la mécanique, en rejetant tous les autres du côté du réductionnisme. Il est somme toute assez cohérent que dans cet univers-là, la notion de « diagnostic » puisse rebuter bien des protagonistes : en effet, du fait de la parcellisation de la compétence et devant la difficulté à produire celui-ci, au grand dam du client, il devient

séduisant de construire un raisonnement où le préalable du diagnostic, surtout s'il implique la participation des disciplines autres que la sienne, soit dénoncé, décrié, ridiculisé, en tant qu'une opération parasitaire, l'essentiel étant de porter remède, sans attendre et en faisant l'économie d'une étape chronophage. « Soignons d'abord ! ». Ce positionnement a-diagnostique et par conséquent a-scientifique (il est de bon ton de faire monter ainsi le « scientisme » dans la même charrette du dénigrement) se rapproche de l'art du rebouteux – c'est sans mépris à l'égard des guérisseurs qu'il s'agit de se poser cette question, car chacun sait qu'il en est de très bons, très honnêtes, et très efficaces. Sauf peut-être, et l'actualité est là pour nous le signaler, dès qu'il s'agit de se confronter à certains types de maladies et de souffrances, quant aux conséquences à caractère vital d'une telle option pour le malade. On conviendra toutefois qu'une dyslexie ou bien une dyspraxie visio-spatiale, voire une surdité évolutive, ne mettent pas directement en danger la vie de la personne.

Une autre critique qui fait florès contre cette opération parasitaire que l'on appelle « diagnostic », alourdi de surcroît de pluralité et de pluridisciplinarité, concerne l'effet « catalogue » qu'il suscite : avec du côté des décisions à prendre (et à financer), un empilement d'indications, et du côté du patient-client, la tentation d'engager simultanément une multiplicité de thérapeutiques. Où l'on retrouve la logique chère aux Shadoks : dans un monde où l'intelligence est vouée à la bunkerisation des champs de compétence et des paradigmes, la réunion de ceux-ci en termes de synthèse et de réflexion stratégique au cas par cas prend l'aspect d'une dangereuse utopie.

## **2. 2ÈME PARTIE, DR. SIBYLLE GONZALEZ-MONGE**

La première Chaire de Neuropsychologie du Développement sera confiée à Julian de Ajuriaguerra qui dispensera son enseignement au Collège de France de 1976-1981. Sa leçon terminale du 23 mars 1981, ouvre : "Vers une neuropsychologie du développement" (bulletin de psychologie XLIII n° 391, p. 659) « Enracinée dans la longue histoire de la philosophie, la neuropsychologie du développement a acquis (comme avant elle la psychologie) une existence propre. Mais, de même que toute science en évolution, elle a besoin, en un perpétuel renouveau, de mieux se définir pour mieux appréhender ses limites et mieux cerner ses buts. Discipline jeune, elle fait partie des sciences fondamentales et se prolonge dans des applications cliniques et d'éducation. La Neuropsychologie du Développement a besoin de se définir par rapport aux courants psychologiques, d'une part, neurologique, d'autre part. »

Cet enseignement fait suite au travail que J. de Ajuriaguerra mènera avec Henry Hécaen sur les troubles neuropsychologiques consécutifs aux lésions cérébrales chez l'adulte. Ce travail fera l'objet de la publication, en 1949, d'un ouvrage intitulé « Le Cortex cérébral Étude Neuro-Psycho-Pathologique<sup>8</sup> » et

---

8. AJURIAGUERRA, Julian de ; HECAEN, Henry. *Le Cortex cérébral : étude neuro-psychopathologique*, Masson, Paris : 1<sup>ère</sup> éd., 1949 ; 413 p. ; 2<sup>e</sup> éd. 1960.



dont la préface sera rédigé par J. Lhermitte. Dans cet ouvrage, les deux auteurs décrivent les différents symptômes qui se rapportent aux différentes atteintes lobaires.

Cet ouvrage que l'on peut considérer comme fondateur de la neuropsychologie de l'adulte, constitue toujours un texte de référence car il est exemplaire en terme de synthèse des connaissances et approches sur divers plans : de l'anatomie, de la clinique neurologique, neuropsychologique et psychopathologique. Cette synthèse est établie pour les différents syndromes lobaires: temporal, pariétal, pariétal, frontal. Par exemple, dans: le syndrome frontal, il est fait une description des troubles psychiques isolés et des états syndromiques des patients avec lésions frontales. Les auteurs attirent l'attention sur le polymorphisme des symptômes consécutifs à une lésion de ce lobe, intéressant à la fois la sphère psychiatrique, le sujet présente alors des troubles de l'humeur et du caractère, la sphère motrice, le sujet présente alors une perte de l'initiative, une apathie voire une inertie qui peut aller jusqu'à un état de stupeur, intéressant enfin la sphère intellectuelle ou cognitive, le sujet peut présenter alors des troubles de la mémoire de type amnésie de fixation, des troubles de l'attention et une grande difficulté voire une incapacité à utiliser et organiser ses idées.

J. de Ajuriaguerra cherche à faire la synthèse des théories localisationniste et globaliste ou holistique. Ainsi, il fait référence à la théorie du « diaschisis » de Von Monakow. Qui met en garde contre la confusion entre la localisation d'une lésion et la localisation d'une fonction (bulletin de psychologie XLIII n° 391, p. 660) . En effet, une violente polémique opposera Jules Dejerine, partisan des localisations strictes à Pierre Marie, partisan d'une aphasie « Une » consécutive à une lésion intéressant le quadrilatère qui porte son nom. Pierre Marie s'oppose à l'existence d'un centre inné du langage. Cette polémique sera le point de départ de nombreuses études psychologiques, se rapprochant tour à tour de ces points de vue extrêmes pour tenter de trouver un point d'équilibre.

Ainsi J. de Ajuriaguerra va dépasser l'approche localisationniste stricte en décrivant des systèmes neuronaux largement distribués impliquant les régions corticales et sous-corticales. Selon lui, les aires corticales sont composées de divers modules comportant chacune des liaisons particulières avec des sous-ensembles d'une autre aire.

J. de Ajuriaguerra aborde également la question de la spécialisation hémisphérique selon laquelle chaque hémisphère traite l'information selon un mode qui lui est propre; l'hémisphère droit selon un mode global et synthétique, l'hémisphère gauche selon un mode analytique et séquentiel (bulletin de psychologie XLIII N° 391, p. 660). Cette approche selon laquelle il existerait une répartition bi-hémisphérique des fonctions cognitives est utilisée tant chez l'adulte que chez l'enfant. C'est sur ce modèle qu'ont été construits des outils de l'évaluation cognitive tel que la K.ABC (Kaufmann Assessment Battery for Children) actuellement utilisée dans la pratique clinique chez l'enfant. Cette répartition bi-hémisphérique des fonctions cognitives

est également à l'origine du concept de plasticité cérébrale sous forme de transfert des fonctions d'un hémisphère vers l'autre, en cas de lésion de l'un des deux hémisphères, tel que Teuber (1975)<sup>9</sup> l'a décrit sous le terme d'effet crowding. L'effet crowding donnerait cependant priorité à l'hémisphère gauche sur l'hémisphère droit, dans le sens où l'hémisphère droit prend en charge les fonctions de l'hémisphère gauche au détriment de ses propres fonctions mais ce transfert ne se ferait pas de façon inverse. Il est intéressant de constater que cet effet décrit chez l'adulte avec lésions cérébrales unilatérales est rapporté, de façon identique, dans la littérature récente chez les enfants avec lésions cérébrales unilatérales précoces tant sur le plan clinique que de l'imagerie puisque un travail récent de Lidzba et collaborateurs (2006)<sup>10</sup> montre que parmi une population de jeunes adultes ayant eu une lésion cérébrale hémisphérique gauche congénitale, ceux qui activent l'hémisphère droit au cours d'une tâche de langage réalisée en imagerie fonctionnelle ont des performances visuo-spatiales plus basses que ceux qui activent l'hémisphère gauche ou les deux hémisphères.

J. de Ajuaguerra aborde encore la notion de récupération post-lésionnelle dans laquelle doivent être prises en compte plusieurs facteurs: l'âge au moment de la survenue de la lésion, l'étendue de la lésion et l'asymétrie hémisphérique. Pour le premier facteur, l'âge au moment de la survenue de la lésion, il fait référence aux travaux de Lenneberg, (1967) selon laquelle il existerait jusqu'à l'âge de 14 mois environs, une équipotentialité hémisphérique. Ce concept fait référence au fait que, selon l'auteur, la survenue d'une lésion de l'hémisphère gauche avant cet âge n'entraînerait pas d'atteinte du langage. Il ne s'agit pas ici de la prise en charge du langage par l'hémisphère droit tel que nous l'avons décrit ci-dessus sous le nom d'effet *crowding* mais bien le fait que l'un ou l'autre des hémisphères, non encore engagés dans une fonction, a la possibilité de suppléer à la défaillance de l'autre sans pour autant qu'il y ait altération de ses propres fonctions. Le caractère transitoire de l'aphasie chez l'enfant est également évoqué. Lorsque l'on parle d'aphasie de l'enfant, on situe l'âge de survenue de la lésion au delà de l'âge de 2 ans, au delà donc de la période d'équipotentialité définie par Lenneberg<sup>11</sup>. Si l'aphasie survient avant l'âge de 10 ans, la récupération est habituelle. Lorsque la lésion survient entre 11 et 14 ans, la récupération peut être moins marquée, tandis que les caractères du trouble du langage se rapprochent de ceux de l'aphasie de l'adulte.

Cette évolution de la symptomatologie aphasique avec l'âge a été expliquée par le processus de latéralisation fonctionnelle énoncé par Brown et Jaffé

---

9. TEUBER, H. L. "Recovery of function after brain injury in man" in: Porter R, Fitzimons D. W. (Eds.) *Outcome of Severe Damage to the Central Nervous System. Ciba Foundation Symposium 34*. Amsterdam: Elsevier-North Holland, 1975.

10. LIDZBA, K. ; STAUDT, M. ; WILKE, M. ; KRAGELOH-MANN, I. « Visuospatial deficits in patients with early left-hemispheric lesions and functional reorganization of language: consequence of lesion or reorganization? » in: *Neuropsychologia*, 2006, 44(7):1088-94. Epub 2005 Nov. 28.

11. LENNEBERG, E. H. *Biological foundations of language*. New York: Wiley, 1967.

(1975). Pour ces deux auteurs, le langage se concentrerait progressivement au sein de l'hémisphère gauche, l'expression ou la production du langage se concentrant plus tôt que la compréhension, ce qui pourrait expliquer pourquoi l'aphasie de l'enfant jeune est plutôt, quelque soit la localisation de la lésion, de type expressif, la compréhension restant longtemps préservée. En ce qui concerne le facteur étendue de la lésion, il est habituel de considérer que ce facteur aurait moins d'impact sur la récupération chez l'enfant que chez l'adulte. Cependant les lésion vraiment trop massives pourraient empêcher les compensations. Enfin, le facteur asymétrie hémisphérique jouerait également un rôle dans la récupération post-lésionnelle. Cette asymétrie se caractériserait par le fait que certaines régions hémisphériques telles que le planum temporale serait plus développées à gauche qu'à droite. Ceci serait retrouvé pendant la période de gestation, donc de façon très précoce ce qui argumente pour une détermination très précoce de l'hémisphère gauche pour le langage. D'autres régions seraient plus développées au sein de l'hémisphère droit que gauche. La présence de ces asymétries anatomiques et fonctionnelles plaiderait pour une moindre récupération post-lésionnelle. Le cerveau non asymétrique serait donc plus plastique.

La restauration selon deux modes, par restitution et par substitution est également évoquée. Dans le premier cas, on parlera de plasticité de la structure, dans le deuxième, de flexibilité du système sous l'influence de l'entraînement.

Dans cet enseignement, J. de Ajuriaguerra fait également état de la question des processus maturatifs et des connaissances actuelles sur le développement cérébral et sa maturation, concernant le cerveau normal et pathologique notamment chez l'enfant prématuré. Il associe deux termes qui qualifient ce développement: lenteur et précocité. De ce fait, le cerveau de l'enfant puisque son développement est précoce, se montre vulnérable par rapport à l'ensemble des événements qui peut se produire dans son environnement et puisque son développement est lent, de grandes possibilités de rattraper ou de compenser ses défaillances lui sont offertes.

Il met également l'accent sur l'importance de la notion de l'interaction sur le développement cérébral. Quel est l'impact de l'environnement sur ce système complexe dont l'évolution est si lente ? Il fait ici référence à plusieurs auteurs dont les conceptions se sont parfois opposées. Il cite d'abord Imbert<sup>12</sup> et l'expérience du développement du système visuel qui pour être efficace, nécessite de s'intégrer dans un comportement global d'exploration visuelle et de se situer dans une « période critique » précise (bulletin de psychologie XLIII n° 391, p. 665). Puis il fait référence à la théorie de la « stabilisation synaptique » de J. P. Changeux (1976)<sup>13</sup>. Selon cet auteur, l'interaction avec l'extérieur permettrait le déclenchement de programmes pré-établis

---

12. IMBERT, M. « La neurobiologie de l'image » in *La recherche*, vol. 14, 1983; pp. 600-613.

13. CHANGEUX, J. P.; DANCHIN, A. *Selective stabilisation of developing synapses as a mechanism for the specification of neuronal networks*. *Nature*, 1976; 264: 705-12.

et stabiliserait une organisation synaptique déjà spécifiée génétiquement. La position de cet auteur constitue une sorte de compromis entre l'innéisme de Chomsky et le constructivisme de Piaget. Mais Chomsky comme Fodor<sup>14</sup> postulent que l'activité du système spécifie la connectivité, par exemple, en traçant des voies dans un réseau plus ou moins aléatoire. Ils postulent l'hypothèse de la « stabilisation sélective », la synapse aurait une incidence sur la variabilité du phénotype du système nerveux central. (bulletin de psychologie XLIII n° 391, p. 680).

J. de Ajuriaguerra fait référence aux travaux de Luria (1973)<sup>15</sup>. Il évoque la notion de motif, de but, de prise de décision que Luria intégrera et développera sous le terme de fonctions exécutives. Il évoque également Bronovski selon lequel chaque homme est dépositaire d'un ensemble unique d'expériences et est, par conséquent, doté d'un ensemble unique de choix. (bulletin de psychologie XLIII n° 391, p. 666-667). Une action ne renvoie pas à la répétition mais enrichit au contraire la série de choix possibles par la combinaison et la comparaison. J. de Ajuriaguerra évoque la question des lésions cérébrales minimales. Il cite Pretchl (1978) qui considère que lorsque le cerveau a été endommagé de façon précoce, il peut devenir un cerveau différent. Ce qui signifierait que les enfants qui ont une atteinte cérébrale peuvent **développer un cerveau qui est biologiquement différent du cerveau qui se développe normalement. Ces enfants peuvent manifester des comportements très variés et très différents de ceux d'un enfant ordinaire.** Il est intéressant de rapprocher ce concept du terme beaucoup plus récent de Développement atypique du cerveau énoncé plus récemment par Kaplan (1998)<sup>16</sup>.

Le terme de « lésions cérébrales minimales ou a minima » sera d'abord retenu pour être ensuite abandonné au profit du terme « Dysfonctionnement cérébral a minima » ou « Minimal Brain Dysfunction, MBD » pour les anglo-saxons. Touwen et Pretchl (1970)<sup>17</sup> ont fait une description des signes neurologiques accompagnant ce syndrome de Dysfonctionnement cérébral a minima, signes connus aujourd'hui sous le nom de « signes neurologiques mineurs » ou « soft neurologic signs » pour les anglo-saxons. La description de ces enfants annonce l'enfant maladroite ou dyspraxique auquel J. de Ajuriaguerra va consacrer une grande partie de son travail. En effet, c'est à partir du début des années 60 que le terme de dyspraxie infantile apparaît

---

14. FODOR, J. A. *The modularity of mind*. Cambridge (Mass.), The M.I.T. Press, 1983.

15. LURIA, A. R. *The working brain, an introduction to neuropsychology*. Harmondsworth: Penguin, 1973.

16. KAPLAN, B. J. ; WIULSON, B. ; DEWEY, D. ; CRAWFORD, S. *DCD may not be a discrete disorder*. Human Movement Science, 17, 1998; pp. 471-490.

17. TOWEN, B. C. L. ; PRETCHL, H. F. R. *The neurological examination of the child with minor nervous dysfunction*. In: J. B. Lippincott C. O., ed. Clinics in developmental medicine, Philadelphia, 1970.

avec J. de Ajuriaguerra et M. Stambak<sup>18</sup>. Dans son manuel de psychiatrie de l'enfant (1970, 1980)<sup>19</sup>, J. de Ajuriaguerra **décrit des enfants d'intelligence normale avec une relative facilité dans l'expression verbale, mais présentant des difficultés importantes lorsqu'il s'agissait de reproduire des modèles impliquant des relations importantes spatiales.** A cette époque; les travaux de Liepmann (1920)<sup>20</sup> font référence. Liepman a décrit le cas d'un sujet qui a perdu l'activité gestuelle de l'hémicorps droit alors que sa motricité volontaire est préservée. Il dénomme ce tableau « Apraxie » et en décrit, par la suite, ses différentes formes en fonction de la localisation des lésions.

J. de Ajuriaguerra **décrit les apraxies infantiles avec une certaine analogie avec les apraxies de l'adulte** mais il reconnaît que chez l'enfant, l'apraxie est partie intégrante d'une désorganisation plus complexe où s'associe troubles de la motricité et troubles praxiques. Dans le domaine des apprentissages scolaires, la lecture et l'orthographe ne posent pas de problème à ces enfants. Par contre, ils sont presque tous en difficultés pour l'apprentissage du calcul. La géométrie leur pose le plus de difficultés mais ils en rencontrent également dans la résolution des problèmes arithmétiques. Sur le plan affectif, les tableaux sont variés, certains témoignent d'une émotivité marquée avec des comportements d'**évitement, faisant évoquer des troubles mineurs d'ordre névrotique**; d'autres présentent des tableaux plus préoccupants faisant penser à une désorganisation de la personnalité de type psychotique. J. de Ajuriaguerra pose la question de la relation entre trouble du comportement et trouble praxique. Est-ce la désorganisation précoce des premières relations qui est responsable de la personnalité dyspraxique ou bien l'inverse, le manque d'organisation praxique serait-il à l'origine de la désorganisation de la personnalité ?

Nous approchons du terme de notre exposé avec cette proposition de J. de Ajuriaguerra, d'une méthodologie générale par laquelle il fait figurer ces différentes étapes de l'examen diagnostique :

(1) faire une analyse sémiologique fine, préciser la chronologie, (2) situer les fonctionnements dans le cadre du développement neuromoteur, affectif, cognitif et linguistique, (3) étudier l'ensemble des conditions : conditions maturatives, équipement de base, réactivité individuelle (afférences, affects), milieu physique et habitudes éducatives (Bulletin de psychologie n° 391 XLIII, p. 662).

En conclusion, nous exprimons le souhait que notre contribution (qui s'appuie pour une bonne part sur des extraits de sa conférence « **vers une**

---

18. STAMBAK, M. ; L'HERITEAU, D. ; AUZIAS, M. ; BERGES, J. ; AJURIAGUERRA, Julian. *Les dyspraxies chez l'enfant*, Psychiat. Enfant., 7, 1964; pp. 381-496.

19. AJURIAGUERRA, Julian de. *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Masson, Paris, 1 vol. 1970; 1024 p. Traduction espagnole : *Manual de Psiquiatria infantil*, Toray-Masson, 1 vol. Barcelone, 1972; AJURIAGUERRA, Julian de. *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*, Masson, Paris. 1 vol., 1980; 1090 p, 2<sup>ème</sup> éd., 3<sup>ème</sup> tirage.

20. LIEPMANN, H. *Apraxie. Ergebnisse der Gesamtem Medizin*, 1920.

**neuropsychologie du développement** ») aura servi à rendre compte de l'étendue du regard et de la mise en perspective, chez Julian de Ajuriaguerra, des connaissances dans différents domaines: à tous les âges, en provenance de multiples auteurs – psychologues, médecins, biologistes ; ses capacités de synthèse, tour à tour rapportant les idées, les concepts, tout en révélant leurs oppositions mais aussi leurs points de recoupement. Il nous semblait important de rappeler, avec ce que nous dit Julian de Ajuriaguerra, que la neuropsychologie du développement n'est pas seulement une nouvelle discipline mais qu'elle s'enracine dans d'autres disciplines telles que la neuropsychologie de l'adulte, la psychologie du développement, la biologie du développement, la médecine et la connaissance médicale de la maturation cérébrale, tant dans ses aspects normaux que pathologiques. Cette conférence d'alors annonce notre travail d'aujourd'hui en tant que professionnels auprès des enfants présentant des troubles neurologiques et cognitifs du développement. De par sa formation de neurologue, de psychiatre et de par sa contribution fondatrice au développement de la psychomotricité et de la neuropsychologie, Ajuriaguerra nous donne une leçon d'ouverture et de curiosité méthodiques, où, plutôt que de s'enfermer dans des idées arrêtées et sur des concepts sélectifs, dans des pratiques professionnelles menacées d'appauvrissement, de fixité, ou de crainte obsidionale des influences extérieures, mieux vaut se compliquer son domaine d'intervention et s'enrichir de cette pluralité, en redécouvrant à chaque pas l'histoire du cheminement de la pensée.