

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.


Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



ELSEVIER  
MASSON

Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
 www.em-consulte.com

*neuropsychiatrie  
de l'enfance  
et de l'adolescence*

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 57 (2009) 505–509

Atelier : à l'ouest, du nouveau ?

## Le pédopsychiatre de liaison, un praticien de l'inattendu

*The consultation-liaison child psychiatrist, a practitioner of the unexpected*

P. Duverger\*, A. Lebreuil-Paillard, M. Legras, A.-S. Chocard, J. Malka

*Unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France*

### Résumé

Notre expérience de pédopsychiatre de liaison en pédiatrie nous permet un repérage de l'évolution des différents regards portés sur l'enfant : ceux de la science, de la génétique, ceux de la néonatalogie, de la pédiatrie, de la psychanalyse. Si la tendance a longtemps été d'opposer l'enfant de la science à celui de la psychanalyse, il nous semble que cette opposition est en voie d'être caduque ; la clinique impose d'elle-même un tel rapprochement. Il ne s'agit plus d'opposer mais de composer. D'ailleurs, ce n'est sans doute pas un hasard si la psychanalyse est plus que jamais d'actualité. Plus la science avance, plus la question du singulier se pose. Les neurosciences et la génétique sont amenées à repérer des mécanismes universaux qui aboutissent à produire de l'unique, remettant dans une actualité nouvelle ce qui fait le propre de la psychanalyse. « Pourquoi la psychanalyse ? » [Roudinesco E. Pourquoi la psychanalyse ? Paris: Fayard; 1999]. Sans doute parce qu'elle permet d'éviter le piège des causalités et des déterminismes (qu'ils soient génétiques, épidémiologiques, pédiatriques, sociologiques et même pédopsychiatriques) et parce qu'elle offre un espace de liberté et d'imprévisible, signant là que l'histoire n'est pas le destin. Mais aussi parce que le transfert est la voie essentielle par laquelle une démarche de soin peut trouver tout son sens. Nous développons ces différents points dans le champ de la pédopsychiatrie de liaison. Dans un premier temps, nous situons les enjeux de la pédopsychiatrie de liaison. Entre l'enfant de la science et l'enfant de la psychanalyse, nous abordons la question des déterminismes en précisant que « l'avenir n'est pas écrit » [Jacquard A, Kahn A. L'avenir n'est pas écrit. Paris: Bayard; 2001 [pp. 105–126]. Puis, nous évoquons la place de la psychanalyse et celle du pédopsychiatre, en précisant ce en quoi il est un praticien de l'inattendu, un artisan de la rencontre. Enfin, dans ce contexte, nous abordons la question de la prévention.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mot clé* : Pédopsychiatrie de liaison

### Abstract

Our experience as consultation-liaison child psychiatrist in paediatrics allows us to observe the different viewpoints applied to children: those of science, of genetics, those of neonatology, of paediatrics, of psychoanalysis. If tendency has long been to pit the science's child against the psychoanalysis one, it appears to us that this opposition is becoming obsolete; clinical medicine itself imposes such a correction. The matter is no more to pit but to make up. Besides, it's probably no accident that psychoanalysis is more than ever topical. The more science progresses, the more the question of singularity is obvious. Neurosciences and genetics seek universal mechanisms that finally produce something singular, making still relevant what is peculiar to psychoanalysis. "Why psychoanalysis?". Probably because it enables us to avoid the trap of causalities and determinisms (genetic, epidemiological, paediatric, sociologic and even child psychiatric determinisms) and because it provides freedom and unexpected, highlighting that history isn't destiny. But also because a care reasoning finds its meaning through transference. We develop these items in the consultation-liaison child psychiatry's domain. First, we point out the consultation-liaison child psychiatry's issues. Between the child viewed by science and the one viewed by psychoanalysis, we tackle the question of determinisms, specifying that "futur isn't written". Subsequently, we recall the psychoanalysis' and the child psychiatrist's stead, specifying why he is a practitioner of the unexpected, an artisan of the meeting. Finally, in this context, we tackle the question of prevention.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Keyword*: Consultation-liaison child psychiatry

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [phduverger@chu-angers.fr](mailto:phduverger@chu-angers.fr) (P. Duverger).

## 1. La question des déterminismes

Pédopsychiatre de liaison, nous rencontrons quotidiennement des enfants admis et hospitalisés dans différents services de pédiatrie du CHU, depuis le nouveau-né en néonatalogie jusqu'à l'adolescent(e) dans les unités de pédiatrie générale. Dans ce contexte de « sans domicile fixe » de la pédopsychiatrie, nous travaillons dans des lieux où l'organique est roi et la science toute puissante (qu'il s'agisse de la génétique, de la médecine ou des neurosciences). Le corps y occupe une place centrale ; l'organe est l'objet de toutes les attentions. Au corps malade, défaillant ou traumatisé, les discours, médical et scientifique, viennent répondre avec une technicité toujours plus grande, parfois fascinante. La place du pédopsychiatre, quand il est invité au chevet de l'enfant, n'est pas des plus simples à situer et sans doute faut-il avoir un certain goût de la précarité, une appétence pour l'énigme et une affection pour la surprise lorsqu'on endosse la blouse du pédopsychiatre de liaison.

La pédopsychiatrie de liaison est donc une situation de rencontre, avec l'enfant et ses parents mais aussi avec des collègues d'autres disciplines.

Lorsqu'un pédiatre nous demande de rencontrer un enfant hospitalisé en pédiatrie, la demande est le plus souvent soutenue par une intuition : chez tel enfant, on vient de découvrir un diabète insulino-dépendant, « il est anxieux et ne va pas très bien à cause de son diabète. . . ». Chez tel autre enfant, autiste, on a découvert une anomalie génétique (X fragile) et « on comprend bien maintenant pourquoi il est aussi replié sur lui-même ». Et chez celui-ci, à qui on vient de faire une IRM cérébrale, « tu vas voir le petit untel – son IRM est dégueulasse ». Enfin pour celui là, « il faudrait que tu voies un adolescent ; il est obèse et cela l'attriste ; il s'isole ». Ainsi, dans ces cas, la cause du mal-être et de la souffrance est le plus souvent réduite au substratum organique, à une causalité somatique initiale. Ce qui n'est pas sans nous étonner car en médecine ou en génétique, il existe bien sûr des relations de cause à effet ; et ces relations sont connues, attendues, voire redoutées. Et plus la science avance dans la connaissance, plus ces relations sont connues. En ce sens, le médecin (et la science en général) veut un savoir qui dise la transparence des choses. . . Le séquençage du génome humain apparaît là comme une promesse du côté d'un « tout savoir » sur l'Homme.

Mais, et c'est un des premiers points que nous souhaitons soulever, n'y a-t-il pas un risque de tomber dans le piège des déterminismes, avec les conséquences de désobjectivation de l'enfant qui vont avec ? N'y a-t-il pas danger d'une « orthodoxie paralysante », de rationalisations réductrices qui feraient de l'enfant un diabétique, un trisomique ou un *Turner*, un *X fragile* ou une IRM dégueulasse, une échographie ou bien encore un cas social. . . ? Ce piège guette aussi bien le pédiatre que le psychologue ou le pédopsychiatre, s'il n'y prend garde. . . Or, rappelons-le, on ne sait jamais quel sujet va se déduire de telles situations. Autrement dit, l'enfant n'est pas défini par son génotype, son phénotype, son génome, non plus par son environnement familial et son socius. . . Et le risque est grand d'introduire des déterminations, qu'elles soient médicales, biologiques, génétiques, épidémiologiques, sociales, familiales. . .

mais aussi psychologiques et pédopsychiatriques. Certes, notre cerveau est déterminé, non seulement par les gènes, mais aussi et surtout par le développement intra-utérin, l'éducation, le hasard d'une vie, la symbolique d'un milieu culturel, le sexe, la manière dont les gens nous regardent et nous renvoient une image de nous-mêmes. . . Bref, une impressionnante série de contingences. Mais, l'interaction de tous ces déterminants est si complexe qu'il est aisé de prouver que le résultat ne peut en être qu'imprévisible.

Ainsi, le pédopsychiatre peut lui aussi être pris au piège des causalités, surtout en pédopsychiatrie de liaison. Confronté lui-même à de nouvelles formes de jouissance, à un Réel par définition impensable, à une fascination, à une perplexité associée parfois à un vertige de l'horreur, le pédopsychiatre peut (re)trouver le confort et la sécurité d'une position médicale. Alors, la confusion est vite faite entre l'histoire et le destin ; entre l'anamnèse et la destinée du sujet. Ainsi piégés, nous risquons d'apporter des fausses réponses à des vraies questions. Toute surprise, toute possibilité d'une création, d'« une activité métaphorique » [1] dans la rencontre avec l'enfant risquent d'être éradiquées. Or, nous pensons que permettre l'expression de cette activité métaphorique, c'est autoriser une (re)construction, en commun, d'une « origine légendaire des troubles » [1]. Et un effort pour comprendre la part prise par le sujet dans la détermination de son destin, heureux ou malheureux, semble plus fécond pour les soins que nous pouvons apporter.

Autrement dit, il existe toujours un hiatus radical entre un état du cerveau et le sujet qui va s'en déduire (qui renvoie à la plasticité cérébrale, mais aussi au sujet de l'inconscient), un écart entre l'IRM et le sujet, entre la maladie et le sujet qui souffre, entre le génotype et le phénotype. . . Et c'est dans cet écart qu'il est possible d'offrir un espace de liberté, de laisser ouverte la question du sujet, y compris dans les situations extrêmes.

Ainsi, les déterminations peuvent enrayer la liberté d'expression du sujet et notamment de l'enfant. Quels que soient les déterminants, pédiatriques, scientifiques, biogénétiques ou environnementaux, la réalité psychique a son fonctionnement à elle, obéit à ses lois et « est aussi différente de la réalité physique que l'imaginaire l'est du réel, le sens figuré du sens propre et le signifiant du signifié » [1]. De la même façon, il est préjudiciable de prendre nos images pour des réalités, de prendre nos mots pour des choses, de confondre nos constructions imaginaires donneuses de sens avec des événements réels. Dans la rencontre avec l'enfant et à travers la contingence, peut-être que toute détermination pourra être dépassée. Alors, pourra se mettre en place un travail de réorganisation non spécifique qui aboutit à la construction d'une image interne qui n'a pas grand rapport avec ce qui l'a déclenchée.

Ces dernières années, la tendance allait dans le sens d'opposer l'enfant de la science et l'enfant de la psychanalyse, la réalité scientifique et la vérité subjective. Or, il ne s'agit pas d'opposer une causalité somatique à une causalité psychique ; encore moins d'évoquer une supériorité de l'une sur l'autre. Il faut tordre le cou à la guerre des causalités qui, entre la science et la psychanalyse, est un obstacle à un échange de travail. Il y a interaction entre le sujet et le corps ; la bande de Möbius est un modèle topologique intéressant pour « faire entendre que ce n'est pas

d'une distinction d'origine que doit provenir la division où ces deux termes (savoir scientifique et vérité du sujet) viennent se conjindre » [2]. Il y a d'ailleurs un point commun entre psychanalyse, neurosciences et génétique : c'est le fait irréductible de la singularité : chaque être est unique. Et c'est par la prise en compte du particulier que la recherche clinique permet d'accéder à des résultats pouvant revendiquer une valeur générale. Autrement dit, plus la science avance dans la connaissance, plus se pose la question du sujet.

## 2. Le pédopsychiatre de liaison, un praticien de l'inattendu

Comme nous l'avons vu, le pédopsychiatre de liaison peut très facilement devenir un agent du déterminisme ; il est entraîné par l'anamnèse médicale, dans ses dimensions causalistes. En revanche, s'il « met en jeu l'expérience comme déterminante dans le devenir du sujet, on s'éloigne d'un déterminisme génétique exclusif déterminant d'emblée le destin du sujet » [3]. Ne pas s'arrêter à une détermination du somatique, à une causalité organique (ce qui ne nous empêche pas d'ignorer de quoi il retourne), permet alors de considérer le sujet comme réponse aux problèmes posés par l'organique et par le Réel. Il y a là toute « une clinique du Réel » [4].

Ce qui nous intéresse, en tant que pédopsychiatre de liaison, c'est le récit subjectif de l'enfant (et bien sûr celui des parents). Récit qui tente de dire quelque chose de l'expérience vécue, de recouvrir le corps exposé (parfois surexposé), de symboliser le réel de la maladie ou du traumatisme. Cela permet que le sujet puisse choisir qu'une chose arrive ou n'arrive pas et cela contredit que son devenir puisse être prédit. Cela permet la capacité de rêver, de métaphoriser.

Il s'agit de créer un espace fondamental de liberté, un facteur d'imprévisibilité, de laisser les portes ouvertes à une élaboration ; d'autoriser la possibilité d'une surprise et s'autoriser la capacité d'être surpris soi-même (avec parfois des situations de surprise partagée) [11]. Il s'agit d'introduire de la non détermination là où il y a trop de déterminations - ce qui n'est pas facile notamment parce que l'on est dans un savoir de l'après-coup.

Mais tout cela suppose de supposer un sujet (ce qui n'est pas si simple à faire, surtout en milieu médical), et donc, d'anticiper un sujet ; un sujet chez tout enfant. Un sujet qui, s'il n'est pas pour grand chose dans sa maladie (héréditaire ou non), y est peut-être pour quelque chose dans son comportement et ses attitudes (qui peuvent, par exemple, le fragiliser et réveiller sa maladie ou bien encore réactiver des traumatismes. . .), dans ce qu'il donne à voir et à entendre. Et une des fonctions du pédopsychiatre de liaison est peut-être d'aider l'enfant à se dégager de tout déterminisme et à devenir l'interprète de son désir d'exister. Il est ici important de laisser une place à l'imprévisible, de permettre l'inattendu (ce qui n'est pas le laisser faire [et dire] n'importe quoi). Ce qui est intéressant dans le caractère aléatoire, ce n'est pas qu'il implique la liberté, mais qu'il engendre l'originalité et la création. L'enfant possède la capacité de créer de la diversité, puis de la faire sienne, de lui donner sens. . .

Rappelons au passage que si l'imprévisibilité permet de formuler l'hypothèse de la liberté et si elle lui laisse un espace, elle

ne la prouve aucunement. Le libre arbitre et la liberté sont des fictions, mais des fictions précieuses. Ainsi, même si le choix découle de déterminismes, il s'agit d'un choix (thèse singulière d'une liberté a posteriori [5]). C'est ainsi qu'est réintroduit le jeu.

## 3. Ni tout voir, ni tout entendre, ni tout comprendre. . . mais rencontrer. . .

À l'hôpital pédiatrique, deux positions s'opposent classiquement. . . Avec d'un côté la démarche médicale, pédiatrique ; une médecine scopique où la fascination du corps et de la maladie pousse à voir, parfois sans entendre. . . Et notamment sans entendre ni rechercher le sujet qui est derrière. Et c'est heureux. L'ophtalmologiste opère un œil et non un regard.

De l'autre côté, la pédopsychiatrie, médecine psychique qui pourrait avoir tendance à entendre sans voir. . . Pour qui le corps n'est pas l'enjeu central.

Ainsi, pédiatres et pédopsychiatres (et parfois psychanalystes) sont les acteurs d'une même pièce, voire d'une même scène mais « n'opèrent » ni avec les mêmes outils, ni avec la même temporalité. Ils ne font pas référence aux mêmes objets et n'ont pas les mêmes responsabilités. Les préoccupations se partagent (pour l'enfant, sa famille) et les regards se croisent autour de l'enfant mais les modes de pensée diffèrent.

Le pédopsychiatre de liaison, tel que nous l'envisageons, peut-il trouver sa place dans cet entre deux ? Peut-il soigner, sans tout voir ni tout entendre ? C'est sans doute là tout l'intérêt de la rencontre entre professionnels et l'importance de travailler ensemble avec ces spécificités différentes, sans confusion. Ainsi, non sans un certain attachement à l'esprit scientifique et à la démarche médicale, nous pensons que le pédopsychiatre de liaison est un artisan dans le champ des possibles [10]. Le soin psychique est compatible avec les neurosciences, avec la génétique, dans la mesure où il s'impose d'éviter toute saturation liée à une causalité, toute mécanisation de la pensée, toute tentative pour mieux contrôler l'autre. Le problème de tous les jours, c'est que l'on est vite happé par cette démarche déterministe, surtout en médecine ou en génétique. La psychanalyse elle-même est déterministe ; Freud y cherchait la détermination inconsciente. . . Fût-elle dans « l'après coup » [6].

À la maternité et à l'hôpital d'enfants, nous avons affaire au Réel ; au Réel de la science. Qu'il s'agisse de certaines naissances prématurées à 26 semaines d'aménorrhée (voire moins), ou d'adolescent(e)s malades chroniques graves, nous sommes confrontés au Réel de la science que nous tentons de mettre en jeu dans le champ de l'inconscient. L'inconscient en tant que justement « improgrammable », fondamentalement non déterminé. S'il y a du sujet, c'est parce qu'il y a de l'inconscient et le sujet qui est en jeu, c'est le sujet de l'inconscient. Cette question du sujet, c'est celle sur laquelle débouchent toutes les avancées de la médecine. Plus on avance dans la connaissance des lois de l'organisme (dans le génome humain, par exemple), ou des lois sociales ou familiales ou encore événementielles, plus la question de la théorie du sujet devient fondamentale. Ce que nous enseignent les généticiens et les tenants des neurosciences,

c'est à mieux construire notre théorie du sujet, du sujet comme réponse. Les neurosciences et la génétique sont amenées à repérer des mécanismes universaux qui aboutissent à produire de l'unique. Elles sont le meilleur moyen de prouver le libre arbitre et l'indéterminabilité de l'homme, remettant dans une actualité nouvelle, ce qui fait le propre de la psychanalyse.

La science produit du Réel et ce Réel, ce sont aujourd'hui les Comités d'éthique qui sont chargés de le circonscrire et ce n'est pas une mince affaire, notamment dans le champ de la génétique. En pédopsychiatrie de liaison, nous sommes quotidiennement confrontés à cette « clinique du Réel » [4].

L'individualité du sujet est prise en compte au niveau du langage et de la pensée, dans une rencontre et dans une relation de transfert, voie essentielle par laquelle toute démarche soignante peut trouver son sens. Se symbolisera alors un Réel de la maladie ou du traumatisme, du côté d'une vérité subjective et non d'une vérité historique et événementielle. Soulignons au passage que cette démarche n'est pas moins exigeante et rigoureuse que toute autre démarche, fut-elle médicale ou scientifique.

#### 4. Imprévisible et prévention

Deux termes, a priori, antinomiques.

Pour notre part, nous retiendrons que « l'éthique de la prévention, dès lors qu'on s'oriente à partir d'une clinique du sujet, se doit d'être aussi une éthique de l'imprévisible » [7].

Le sujet émerge, se crée, en s'appuyant sur ce qui était, et en même temps en créant ce qui fait défaut. Un tel constat introduit une imprévisibilité radicale dans le devenir de l'enfant, sur laquelle toute démarche préventive devrait miser, pour ne pas virer à un déterminisme fermé. Il existe toujours un mystère, de la surprise... Un trou dans le savoir.

La prévention ne consiste pas à rester fixé sur des facteurs de risque, qui viendraient représenter le sujet lui-même ; il s'agit plutôt d'ouvrir un espace de liberté, d'utiliser la potentielle liberté qui fait le propre de l'humain, jusque dans son organisme (même si cette liberté est une illusion, l'homme ne peut pas vivre sans elle).

Dans le domaine de la prévention, il y a toujours un risque que cette dite prévention aboutisse à produire ce qu'on veut prévenir. Le danger serait de ne plus voir des enfants que représentés par des facteurs de risque, ce qui pourrait alors saturer, à ce moment là, leur devenir. Les facteurs de risque habituels pour l'enfant (mère déprimée, père absent, problématiques du post-partum, conséquences d'abandon, conséquences de l'institutionnalisation...) sont souvent pris pour des causalités. On ne ramène alors plus l'enfant qu'aux facteurs de risque qui finissent par le représenter complètement et à devenir finalement son destin.

La prévention est une clinique de la contingence plus qu'une clinique de la nécessité. Effectivement, la génétique, les neurosciences, les facteurs liés à l'autre (en tant aussi que l'autre social) nous définissent des nécessités de prévention. C'est par rapport à celles-ci que nous cherchons le point de rencontre qui va « défixer » le sujet de cette nécessité. C'est le rapport nécessité/contingence qu'il s'agit d'examiner. Notre travail est dans la rencontre. À ce moment là, il n'est pas dans

les universaux de la prévention, mais dans la rencontre singulière.

C'est en ce sens que le pédopsychiatre de liaison est un praticien de l'imprévisible... Cela suppose un désengagement vis-à-vis de la science (et non un déni stérile de celle-ci) et un engagement vis-à-vis du sujet. L'engagement implique l'insistance et l'insistance convoque l'existence. « Lorsque l'insistance existe, l'existence insiste » [8]. Autrement dit, là où le sujet insiste, il existe. Le déterminisme médical, au contraire, n'insiste pas et en déterminant l'avenir, il risque de laminer le sujet. C'est toute la différence entre « être destiné » et « se destiner ».

#### 5. En guise de conclusion : « l'avenir n'est pas écrit » [5]

Ces réflexions générales sont issues de notre expérience de pédopsychiatre de liaison en pédiatrie (depuis la néonatalogie jusqu'au service de médecine de l'adolescent). Dans ces lieux hyper médicalisés, le soin psychique auprès des enfants et adolescents (et de leurs parents) est possible et compatible avec les avancées de la pédiatrie, des neurosciences et de la génétique. Il relève cependant d'une éthique, celle qui se déduit de l'hypothèse de l'inconscient.

Le titre de ce congrès « liens et liaison en pédopsychiatrie » est donc tout à fait d'actualité avec ce qui fait notre clinique quotidienne de pédopsychiatre de liaison.

Nous rencontrons des enfants dont la souffrance se révèle sous plusieurs formes : ruptures, conflits, déchirures, trous, nœuds... Liaison, déliaison... Avec ces enfants (et leurs parents), parfois malades, parfois traumatisés, il s'agit de retisser des liens, de (re)donner du sens à ce qui se vit, de (ré)introduire du jeu psychique, de la pensée... Un peu de désordre aussi... Tout en proposant des cadres de soins, sur mesure et au cas par cas. Pour ces enfants, l'avenir n'est pas écrit. L'histoire n'est pas le destin.

Au côté des autres professionnels, il s'agit de créer des points de rencontre, des lieux d'échange... Qui nous apprennent à travailler ensemble sans se déchirer... Qui autorise de n'être pas d'accord mais pour autant de pouvoir entendre ce que dit l'autre... Et de continuer à travailler ensemble malgré nos points de vue parfois différents, voire divergeants. Passer par la compréhension empathique du vécu subjectif de l'autre, avec des modèles de fonctionnement qui nous sont étrangers, voilà tout l'enjeu du pédopsychiatre qui travaille en pédiatrie. Et si les cheminements communs des pédiatres et des pédopsychiatres sont parfois parsemés d'embûches et de dangers, un espace de rencontre potentiel existe... Un « espace potentiel » permettant l'émergence de la créativité. Au-delà des clivages et des confusions, il existe des passages qui passent par la parole et « de nouvelles modalités de rencontre sont à créer où l'enfant aura son mot à dire » [9].

Mais rien n'est jamais acquis... Tout est toujours à recommencer, à retisser.

Enfant de la science – Enfant de la psychanalyse, c'est peut-être à la fois dans cet écart et dans cette rencontre que le pédopsychiatre de liaison peut trouver une place pour le soin psychique, à l'hôpital d'enfants.

Et c'est en ce sens que nous pensons le pédopsychiatre de liaison comme un praticien de l'inattendu. . . Un artisan de la rencontre. . .

## Références

- [1] Hochmann J, Jeannerod M. *Esprit où es-tu ?* Psychanalyse et neurosciences. Paris: O. Jacob; 1996.
- [2] Lacan J. *La science et la vérité. Écrits.* Seuil, Paris, 1966, 855–877.
- [3] Ansermet F, Magistretti P. *À chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient.* Paris: O. Jacob; 2004.
- [4] Raimbault G. *Clinique du Réel - La psychanalyse et les frontières du médical.* Paris: Seuil; 1982.
- [5] Jacquard A, Kahn A. *L'avenir n'est pas écrit.* Paris: Bayard; 2001 [pp. 105–126].
- [6] Freud S. *Cinq leçons sur la psychanalyse (1908).* Payot, ppb. 84, Paris, 1988.
- [7] Ansermet F. *Clinique de l'origine. L'enfant entre la médecine et la psychanalyse.* Lausanne: Payot; 1999.
- [8] Golse B. *Insister – Êxister. De l'être à la personne.* PUF, Coll. Fil rouge, Paris, 1990.
- [9] Duverger P, Lemoine A. *Le symptôme partagé. Pédopsychiatrie de liaison.* *Annales de Psychiatrie* 1997;12:107–11.
- [10] Ansermet F. *Psychanalyse et médecine périnatale.* *Revue Mentale* 1998;5:19–30.
- [11] Reik T. *Le psychologue surpris.* Paris: Denoël; 1976.

## Pour en savoir plus

- [12] Changeux JP, Ricoeur P. *Ce qui nous fait penser – La nature et la règle,* 28. Paris: O. Jacob; 1998.
- [13] Ferenczi S. *Les passions des adultes et leurs influences sur le développement de la sexualité (1932)* Œuvres complètes, Tome IV. Payot, Paris.
- [14] Foucault M. *Naissance de la clinique.* PUF, Coll. Quadrige, Paris, 1963.
- [15] Lacan J. *Propos sur la causalité psychique.* Écrits. Seuil, Paris, 1966, 151–193.
- [16] Roudinesco E. *Pourquoi la psychanalyse ?* Paris: Fayard; 1999.