

L'enfant insupportable

ONT COLLABORÉ À CET OUVRAGE :

Jean-Pierre Allais  
Conceição Beltrão-Fleig  
Hervé Bentata  
Jean Bergès †  
Franco Boscaini  
Graciela Cullere-Crespin  
Fabienne Dalmon  
Jamila Hamdani  
Jacinthe Hirsch  
Karima Lazali  
Évelyne Lenoble  
Alexandrine Saint-Cast  
Jean-Jacques Tyszler

Sous la direction de  
Marika Bergès-Bounes  
et Jean-Marie Forget

en collaboration avec  
Sandrine Calmettes-Jean, Catherine Ferron  
et Christian Rey

# L'enfant insupportable

Instabilité motrice, hyperkinésie  
et trouble du comportement

Psychanalyse et clinique

 érès

Conception de la couverture :  
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012  
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-2558-6  
Première édition © Éditions érès 2010  
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

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

## *Table des matières*

Introduction.....	7
-------------------	---

### ACTUALITÉ DE L'INSTABILITÉ MOTRICE

De l'enfant « turbulent » à l'« hyperkinétique » et à l'« enfant présentant des troubles du comportement », « futur délinquant » <i>Marika Bergès-Bounes</i> .....	13
L'hyperactivité : un syndrome géographique ? <i>Evelyne Lenoble</i> .....	27
Les enfants hyperkinétiques <i>Jean Bergès</i> .....	39
L'hyperactivité, le mouvement et la gravité comme objet <i>a</i> , <i>Jean-Marie Forget</i> .....	57

### CLINIQUES ACTUELLES

Enfant turbulent, instable, hyperactif ou... TED ? <i>Graciela Cullere-Crespin</i> .....	73
Hyperactivité et apathie <i>Conceição Beltrão-Fleig</i> .....	89

D'un corps tourbillonnant <i>Karima Lazali</i> .....	101
L'agitation : tourner en rond faute d'un nom ? <i>Jean-Jacques Tyszler</i> .....	117

#### QUESTIONS D'ÉVALUATIONS

De l'instabilité psychomotrice de l'enfant au « THADA » <i>Hervé Bentata</i> .....	129
Les bougillons, agités, remuants, papillonneurs, gesticulateurs et autres gigoteurs sont-ils tous hyperactifs ? <i>Jean-Pierre Allais</i> .....	137
Le psychomotricien face à l'enfant insupportable <i>Alexandrine Saint-Cast et Franco Boscaïni</i> .....	147
Le questionnaire de Connors .....	169

#### LES JEUX ET LES RISQUES DE LA PHARMACOPÉE

Quelle est donc cette maladie que traite la Ritaline ? <i>Fabienne Dalmon et Christian Rey</i> .....	177
L'usage de la Ritaline chez l'enfant dans le cadre du syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention <i>Jamila Hamdani</i> .....	191

#### L'INSTABILITÉ ET LES APPRENTISSAGES

Ritaline : comment se passer de ce bon petit coup de fouet ? <i>Sandrine Calmettes-Jean</i> .....	205
L'adolescent agité au collègue <i>Jacinthe Hirsch</i> .....	215
Bibliographie .....	237

## *Introduction*

« Qui suis-je et qui ai-je été pour me permettre de juger de l'excès vital d'un enfant ? Quels comptes dois-je encore à une sagesse coupable qui m'a fait devenir adulte ? On a fait crédit à l'enfant pour qu'il use de sa vitalité et il en abuse : qui sommes-nous pour normer ainsi nos nostalgies infantiles ? »

Henri Wallon

Nous sommes tous amenés à croiser des enfants qui s'agitent : impossible de les ignorer, ils débordent, ils échappent, ils contraignent à un affrontement épuisant.

Comment les appeler ? Leur qualification même fait problème. Comment parler d'eux ? Sont-ils des « bougillons », des enfants turbulents, instables, hyperkinétiques, THADA (Trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention) ou ADHD outre-Atlantique (*Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*), des enfants présentant des troubles du comportement ou tout simplement « des garçons », débordants de vie ?

Il appartient à l'investigation clinique de distinguer des cas très différents.

L'enfant « TDAH » est une appellation actuelle qui risque d'entraîner dans le discours social un consensus ambigu entre les soignants et les familles ; elle provoque l'adhésion à une simplicité, voire à une transparence diagnostique et clinique qui ne doit pas faire oublier qu'il ne s'agit en rien d'un symptôme à proprement parler.

Comment le praticien pourrait-il se satisfaire d'une telle référence de catalogue ? Il s'agit de comprendre des enfants en souffrance et non d'officier, en une seule prescription, en faisant table rase des constructions psychopathologiques qui tentent de rendre compte de ces troubles, que ce soient la sémiologie psychiatrique, les sciences psychologiques de l'éducation, et toutes les sciences connexes, dont évidemment les apports de la psychanalyse.

Les nominations qui tentent de circonscrire les mouvements de ces enfants ne cherchent-elles pas à contenir l'exubérance motrice, plutôt que de tenter d'en reconnaître les enjeux ? Le souci de les calmer semble être une priorité dès que leur agitation envahit notre espace, il ne saurait suffire.

Ces enfants délogent les adultes de la place assurée qu'ils occupent et risquent de les contraindre à des réactions normatives sans leur offrir le recul nécessaire pour saisir les significations de ces difficultés. Les adultes sont alors bloqués eux-mêmes dans des rapports de pouvoir ou des réactions en miroir. Ils se défendent, par des jugements moraux, de leurs réflexes de rejet, voire de leur fascination. Ils rapportent hâtivement ces manifestations aux carences éducatives supposées des parents, à leur irresponsabilité ou encore aux stimulations inconsidérées et incessantes de la vie sociale.

Comment s'adresser à ces enfants qui n'écoutent pas ? On peut en être réduit à leur donner des ordres. On ne leur parle pas puisqu'ils paraissent inaccessibles à la parole. De ce fait, « écouter » risque pour eux ne signifier qu'obéir. Et que peut-il advenir de leur rencontre et de celle de leur famille avec les exigences de l'école, si ce n'est une forme de rejet ?

La psychanalyse, dans la prise en compte de la structure de la parole et du langage et de la place assignée à l'enfant

## *Introduction*

comme fruit de la sexualité des parents, offre des repères pour appréhender ces manifestations. Comment tenir une place qui fasse une référence symbolique pour ces enfants agités ? C'est bien la question que se posent les analystes évidemment, mais aussi tous ceux qui cherchent à assumer leur responsabilité d'adulte dans ce tourbillon moteur, sémantique et social qui brouille les articulations symboliques.

Cet ouvrage tente d'offrir à chacun des instruments pour la compréhension de ces enfants en quête d'une place symbolique dans la structuration de leur identité de sujet parlant.



ACTUALITÉ  
DE L'INSTABILITÉ MOTRICE



Marika Bergès-Bounes

*De l'enfant « turbulent »  
à l'« hyperkinétique »  
et à l'« enfant présentant des troubles  
du comportement », « futur délinquant »*

La terminologie de « l'enfant instable » est prise dans la même dérive sémantique et la même donne politico-sociale que l'enfant présentant des difficultés scolaires. Cette évolution brouille les rapports entre le normal et le pathologique : l'enfant « turbulent » de Wallon, proche de la « normalité », est devenu « instable », puis « hyperkinétique » (THADA : Trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention), c'est-à-dire malade, médicamenté, soigné par Ritaline ; il est maintenant porteur de « troubles du comportement » qui, s'ils ne sont pas « corrigés », « redressés » précocement, aboutiront à l'adolescence, ou même avant, à la délinquance : le glissement est insensible, pernicieux, mais efficace, la valse des termes en témoigne. Comment savoir qui mène la danse dans cette substitution terminologique ? Quel lien y voir avec les transformations actuelles du politico-social ? Comment les glissements sémantiques s'articulent-ils à la nouvelle donne sociale, juridique, économique ? Comment la prévention joue-t-elle un rôle dans ces enjeux finalement politiques ? Et comment

---

*Marika Bergès-Bounes, psychanalyste, Paris, membre de l'ALI.*

les analystes peuvent-ils continuer à garder leur vigilance théorique et clinique dans un cadre nosologique qui change sans cesse et dans un contexte social qui leur demande d'éradiquer le « trouble » de toute urgence au lieu de veiller à discerner ce qui fait le « symptôme », terme de plus en plus décrié et « passé à la trappe » ?

Julien, 3 ans, en petite section de maternelle, est adressé par l'école pour « troubles du comportement » : il est « ingérable, insupportable », n'écoute rien, tape les autres enfants de la classe, les empêche de dormir pendant la sieste et se retrouve chaque jour chez la directrice pour que les autres enfants puissent dormir. L'école n'en peut plus, ne sait comment le punir. Il est au bord de l'exclusion : « personne n'arrive à le cadrer, il nous déborde ». Les parents sont débordés, eux aussi, par ce tourbillon bruyant et grossier (« caca ! prout ! », ne cesse-t-il de dire en sautant sur le divan du bureau de consultation comme sur un trampoline), ils ne peuvent arrêter ce tapage. Julien n'écoute rien, n'entend rien, semble sourd à la voix de l'autre, qu'elle soit interrogative ou menaçante : « Tu vas être puni ! » Les fessées, le coin ne servent à rien et arrêter sa course en le prenant dans les bras se termine dans un pugilat vociférant d'où les parents sortent épuisés pendant que Julien reprend son mouvement giratoire perpétuel.

Que met-il ainsi en jeu ? Et pour qui ? Les parents sont venus avec la petite sœur de 6 mois, très souriante, elle observe la scène tranquillement, sur les genoux de sa mère. Julien, lui, ne dit pas grand-chose, mais va agir : il déloge son père du fauteuil où celui-ci est assis près de la mère. Il l'envoie sur la chaise prévue pour lui et prend sa place sur le fauteuil. Puis il va laisser vide le fauteuil tout le temps de la consultation. Est-ce qu'il ne supportait plus d'être si près de sa mère ? Il tourne, vire dans la pièce. Quand le père prend la sœur sur ses genoux, il vient l'en déloger, réclamant les deux genoux du père. Où est sa place ? À l'évidence, il la cherche ! La mère insiste sur son indisponibilité pendant sa seconde grossesse : elle a dû rester alitée plusieurs mois, ne

pouvant plus « soulever » Julien ou le prendre dans les bras, ce qu'il réclamait. À ce moment-là, en riant, il parle du « ventre de maman qui mange le bébé », et file aux toilettes. La mère a arrêté son travail et garde donc la petite sœur toute la journée.

Peut-on parler de « troubles du comportement » dans ce tableau familial à la fois délicat et habituel après la naissance d'un second enfant ? Ne s'agit-il pas plutôt d'un symptôme adressé aux parents dans une « invidia » tapageuse, qui prend le statut de symptôme dès lors que les parents commencent à parler devant lui, puis avec lui dans des consultations psychanalytiques ?

La définition de l'instabilité s'est modifiée au cours du temps et suscite des débats et des recherches toujours passionnés, c'est une des questions les plus brûlantes de ces trente dernières années : outre la terminologie changeante, les controverses sont apparues sur le statut de l'instabilité : symptôme ou syndrome ? Origine organique ou psychoaffective ? Symptôme ou « trouble » du comportement ? Les propositions de thérapies sont évidemment liées à l'hypothèse théorique en vigueur.

## HISTORIQUE

La première définition est celle de Bourneville (1897), qui fait de l'instabilité le symptôme princeps de certaines arriérations légères. Il y voit la marque d'un dérèglement du couple inhibition-impulsion, ordinairement harmonieux. Il la décrit comme une « mobilité intellectuelle et physique extrême » : « susceptibilité, irritabilité, penchant à la destructivité, besoin d'une surveillance continuelle, insouciance, négligence, suggestibilité et soumission aux personnes aimées ». Ce dernier détail est étonnant...

L'encéphalite décrite par Von Economo, en 1923 aux États-Unis, est la seconde occurrence où il est question d'instabilité : cette affection – qui a été très meurtrière – a pour

séquelles des mouvements incessants, une incapacité à se concentrer, des troubles de la mémoire, des troubles de l'adaptation sociale. Les enfants qui en ont réchappé étaient si agités que tout apprentissage scolaire et toute vie en groupe leur étaient impossibles. Ici, évidemment, l'étiologie était organique.

En 1925, Wallon, avec la publication de *L'enfant turbulent* travaille sur le développement psychomoteur de l'enfant et les données de la neurophysiologie. En comparant des enfants normaux et des enfants pathologiques, il décrit les comportements moteurs et psychoaffectifs de l'enfant en tenant compte du substratum organique : sa visée est la mise en place d'une neuropsychiatrie infantile différente de la psychiatrie générale. Il décrit donc très finement un développement moteur qui passe par quatre phases et une évolution de la motricité allant de pair avec la maturation : stade impulsif, émotif, sensori-moteur et projectif.

L'acte se déroule d'abord pour l'enfant dans un champ libre et non organisé, puis dans un champ orienté et enfin dans un champ représenté ; d'où une ligne évolutive qui va des mouvements incoordonnés aux mouvements coordonnés ayant un but et à l'activité gestuelle impliquant un aspect figuratif ou symbolique. Wallon insiste, en parallèle, sur l'influence du regard ou de la présence d'autrui, et sur le caractère émotif de la relation tonico-émotionnelle mère-enfant (« crises tonico-émotionnelles » du bébé) : les échanges moteurs jettent le sujet tout entier dans la relation à l'autre à travers le corps. Il décrit aussi quatre syndromes psychomoteurs de la turbulence, à partir d'un substratum organique, tout en tenant le plus grand compte de l'influence du milieu et des affects dans la genèse de l'hyperactivité. La turbulence reste, pour lui, du côté de la normalité.

Il avait noté qu'habituellement la turbulence de l'enfant cessait vers 11-12 ans, preuve qu'elle n'était pas neurologique et il écrira plus tard : « Qui suis-je et qui ai-je été pour me permettre de juger de l'excès vital d'un enfant ? Quels comptes dois-je encore à une sagesse coupable qui m'a fait

devenir adulte ? On a fait crédit à l'enfant pour qu'il use de sa vitalité et il en abuse : qui sommes-nous pour normer ainsi nos nostalgies infantiles ? »

J. de Ajuriaguerra, dans les années 1960, décrit l'instabilité (le terme a déjà changé !) en usant du concept de double polarité : l'enfant instable se situerait sur un continuum entre deux pôles, l'un endogène (instabilité subchoréique) ; l'autre, purement affectif, se produirait en réaction à des désordres émotionnels précoces du développement de l'enfant. Le premier serait « un mode d'être au monde consécutif à une incapacité de frein de mouvements et s'exprimerait partout ; le second serait réactionnel, fortement dépendant de la situation environnementale ».

Reprenant les travaux de Wallon, il évoque le « dialogue tonique » mère-enfant dont le corps est le champ de manœuvre. Il décrit chez l'enfant les « décharges élémentaires » précoces, puis les décharges d'exploration du corps (se frotter les yeux, mettre les doigts dans le nez), puis les décharges de type rythmie (balancements), et les décharges de type auto-offensif. Ces « habitudes » corporelles sont pour lui le moyen d'expression fréquent de l'enfant, elles peuvent disparaître ou s'intensifier en fonction de la réaction de l'entourage. Les « activités autoérotiques », fréquentes elles aussi chez l'enfant, ont pour expression la motricité mais, de fait, mettent en jeu toute la personnalité. En somme, pour lui, les manifestations corporelles – comme l'instabilité – sont une manière d'être au monde, renforcée ou pas par la réaction de l'entourage à ces manifestations. « Le monde des adultes n'est pas fait pour l'instable psychomoteur », dit J. de Ajuriaguerra.

Si, en France, l'instabilité a été considérée comme ayant une origine psychoaffective, il n'en est pas de même dans beaucoup de travaux anglo-saxons qui ont toujours recherché une étiologie organique. Déjà, en 1947, Strauss et Lehtinen, ne pouvant mettre en évidence une lésion cérébrale, l'ont supposée : une lésion minime passerait inaperçue mais elle existe : MBD : *Minimal Brain Damage* ou *Minimal Brain Dysfunction*. Des facteurs organiques, mais non démontrables

dans l'état actuel de la science, expliqueraient donc l'hyperactivité.

C'est dans cette même perspective qu'a été décrit, aux États-Unis, et intégré dans le DSM II en 1968, l'ADHD : *Attentional Deficit and Hyperactivity Disorder*, devenu en France le THADA : Trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention, non plus symptôme mais syndrome altérant le fonctionnement social, scolaire et familial – syndrome composé de trois critères principaux : agitation motrice, impulsivité, inattention.

L'adjonction de facteurs de comorbidité à ce « syndrome THADA » (troubles des apprentissages, dyslexie, troubles du langage, trouble oppositionnel, anxiété, tics, syndrome de Gilles de la Tourette, dépression, épilepsie, etc.) a considérablement étendu sa définition et fait rentrer dans cette catégorie la grande majorité des enfants qui consultent, même si le critère d'agitation motrice n'existe pas. Cet élargissement du diagnostic de l'hyperactivité pose de manière encore plus vive la question de la demande : par qui nous sont adressés les enfants et leurs familles ? Le plus souvent par l'école, par le pédiatre. Si la plainte peut être du côté de la famille, elle n'est pratiquement jamais du côté de l'enfant.

Différentes échelles permettent d'évaluer le THADA (échelles de Connors en particulier auprès des personnes côtoyant l'enfant : les parents, les enseignants) et, une fois le diagnostic posé, la question est celle de la prescription de la Ritaline en fonction de la gravité du syndrome.

Dans ce contexte, non seulement l'instabilité a encore changé d'appellation, mais elle est devenue une maladie soignée par l'absorption d'un médicament. Traitement psychostimulant non dépourvu d'effets secondaires et donc à manier prudemment par le spécialiste qui le prescrit. Aux États-Unis, une proportion très importante d'enfants sont ainsi quotidiennement médicalisés, pour la plus grande satisfaction de l'industrie pharmaceutique ! En France, les résistances ont été vives à la Ritaline, mais le sont moins dans certains lieux de consultation qui font ainsi l'économie de la parole et escamo-

tent chez l'enfant une position de sujet – Ritaline appelée aussi « la pilule de l'obéissance » : on entend bien qu'il faut rentrer dans le moule et se taire... « Obéissance » en opposition avec la « pagaille » organisée par l'enfant remuant.

Le dernier changement terminologique est tout récent : l'expertise collective de l'INSERM parue en octobre 2005 parle de « trouble des conduites chez l'enfant et chez l'adolescent » : notons que la référence à la motricité, présente dans les vocables précédents, disparaît, il n'est plus question d'agitation corporelle, mais de « conduite » – on parle en effet de « bonne » ou de « mauvaise » conduite – ou de « comportement » – notion behavioriste –, ce qui sous-entend une connotation morale.

« Oppositions, désobéissance et colères répétées, agressivité chez l'enfant, coups, blessures, dégradations, fraudes et vols chez l'adolescent » caractérisent ce « trouble des conduites ». Le « dépistage et la prise en charge médicale de ce trouble sont insuffisants en France, dit l'expertise, au regard de ses conséquences (risque de mort prématurée, troubles associés...) et du coût pour la société (instabilité professionnelle, délinquance, criminalité...) ». D'où la proposition d'un « programme de prévention » avec dépistage « dès la crèche et l'école maternelle », et, dès l'âge de 36 mois, la mise en place d'une « thérapie qui consiste à apprendre à l'enfant et à l'adolescent des stratégies de résolution de problèmes grâce à des jeux de rôles et des mises en situation » ou, « en seconde intention », par un traitement pharmacologique ayant une « action anti-agressive » (antipsychotiques, psychostimulants et thermorégulateurs).

On se trouve donc devant une grande confusion théorique (s'agit-il d'un trouble, d'un comportement, d'une conduite, d'un symptôme, d'un syndrome ?) et une spirale prédictive (reprenant la notion de psychopathie, héritage de la « perversion instinctive » de Dupré ?), spirale que nous pourrions appeler « chronique d'une délinquance annoncée » : hyperactivité à 3 ans, agressivité à 6 ans, difficultés relationnelles à 12 ans, toxicomanie et conduites à risque à

14 ans, prison à 16 ans... justifiant, pour le « bien » de la société et les économies de santé, la prévention préconisée par l'expertise INSERM : une prévention musclée, ciblée sur « les jeunes, les parents, les enseignants, l'environnement », et si elle ne suffit pas, un traitement médical actif. Cette perspective se fait sans écoute, en lieu et place d'une investigation clinique, d'une observation, d'une parole ou d'un discours. On pourrait avancer que ces « conduites » agies ou ces « comportements » sont à considérer comme des « actes », des affirmations de soi. Car on sait bien que c'est la négation, le « non » qui fondent le « je » et que les enfants de 3 ans en usent et abusent de ce « non » phallique qui leur assure autonomie et individuation, dans une opposition flamboyante qui réjouit ou déborde l'entourage. À ces « actes » donc, sont données des réponses pavloviennes qui ne tiennent aucun compte de l'adresse. À qui la colère ou l'agitation de l'enfant est-elle destinée ? Qui vise-t-il par cette agressivité sans rien pouvoir en dire justement la plupart du temps ? Quel vide autour du symbolique cette violence incarne-t-elle ?

Le paradoxe est que notre société sollicite actuellement les enfants dans des gavages d'objets et des excitations en tous genres, la loi sociale consistant à éviter toute frustration, tout manque ; mais ensuite, cette même société se plaint de leur activité et la réduit par des moyens coercitifs.

Les 200 000 signatures de l'appel « Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans<sup>1</sup> », en 2006, ont contraint le gouvernement à renoncer à ce projet de dépistage précoce. Nous étions également opposés à ce montage politique<sup>2</sup>. Mais une causalité linéaire sournoise entre les agissements des jeunes enfants et la délinquance de l'adolescence continue à agir dans le politique, notamment un lien direct entre le THADA et le trouble des conduites à l'adolescence. Le facteur de « risque » est mis en avant, la prévention et la prédiction

---

1. *Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans*, Toulouse, érès, 2006.

2. É. Lenoble, M. Bergès-Bounes, S. Calmettes, J.-M. Forget, « L'INSERM sème le trouble », *Le Monde* du 4 octobre 2005.