

**« DE L'ENFANT TURBULENT AU T.D.A.H. :
s'agit-il du même enfant ? »
Dictionnaire de psychanalyse**

Msarika Bergès-Bounes

Deux citations intéressantes pour commencer :

Dr Allen Frances, Professeur émérite de Psychiatrie à l'Université de Duke :

« Nous avons autrefois un mot pour désigner ceux qui souffrent de “troubles déficitaires de l'attention avec hyper activité”, nous les appelions des garçons. »

Christopher Lane : « Un diagnostic incertain a transformé l'immatunité banale à un âge donné en un trouble psychiatrique qu'on traite avec des médicaments au lieu de laisser l'enfant grandir. »

L'enfant « turbulent » (décrit en 1925 par Henri Wallon), proche de la normalité, est devenu « instable » ; puis, dans les dernières décennies, « hyperkinétique » ; puis « M.B.D. » (*Minimal brain damage* ou *dysfonction*), supposant une lésion cérébrale jamais identifiée) ; puis « T.H.A.D.A. » (Trouble de l'hyperactivité avec trouble de l'attention) ; maintenant « T.D.A.H. » (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) ; l'activité motrice de l'enfant a été évacuée, alors que c'est précisément ce que Wallon soulignait. S'agit-il du même enfant ?

L'épidémie de T.D.A.H. est devenue actuellement un fait social majeur de santé publique. Mais la question actuelle, dans les controverses politico-pharmaco-scientifiques permanentes à ce sujet est bien : le « T.D.A.H. », est-il un symptôme ? Un syndrome ? une maladie ? une « pseudo maladie » (P. Landman) ? ou un fait social et politique dans une société qui privilégie l'immédiateté, le consumérisme ? Mais une société qui privilégie aussi l'évaluation, la protocolisation de l'enfant dès la Petite Section Maternelle, et une réponse médicamenteuse à ce diagnostic par la ritaline, en lieu et place de l'écoute de l'enfant. Sur diagnostic et sur prescription tiennent actuellement le haut du pavé. La terminologie de « l'enfant T.D.A.H. » et les solutions binaires, rapides, passant par le « handicap » et la médicalisation, sont prises dans la même dérive sémantique, et la même donne politico-sociale que l'enfant présentant des difficultés scolaires, qui est maintenant étiqueté « dys » et « handicapé ». Cette évolution brouille les rapports entre le normal et le pathologique : le glissement sémantique est insensible, pernicieux, mais efficace, la valse des signifiants en témoigne : de l'enfant « turbulent » au « T.D.A.H. ».

L'accent est mis actuellement sur les difficultés de concentration, d'attention, et c'est ce glissement qui fait dire à P. Landman, Président de Stop DSM, dans son livre *Tous hyperactifs ?*, qu'il ne s'agit pas du même trouble et que le T.D.A.H. est une « entité faussement scientifique », une « pseudo maladie pharmaco induite », « un trouble construit sans cohérence sémiologique contrairement à l'hyperkinésie, pour coller au mieux avec un produit qui marche, une amphétamine » (la ritaline) : en somme « c'est la ritaline qui crée le T.D.A.H. » : P. Landman écrit à propos du T.D.A.H. : « conflits d'intérêts, propagande de Big Pharma relayée par les médias, les réseaux sociaux et les associations d'usagers complices. Malgré des millions de dollars dépensés, pas de marqueurs biologiques ». Les prescriptions de ritaline ont augmenté de 30 fois en 20 ans.

Le T.D.A.H. est maintenant répertorié dans le DSM V comme un « trouble neuro-développemental ».

Ces enfants T.D.A.H. sont donc, comme les enfants en difficulté scolaire, devenus « malades », « médicamentés », soignés par ritaline. On assiste à la même trajectoire de diagnostic et de traitement aboutissant à la « pathologisation » d'une difficulté « normale » ou transitoire. La question est bien le peu de cohérence interne de ce trouble, TDAH : cette nomination ne pouvant faire office d'entité clinique ni de diagnostic univoque, car présentant « des fondements scientifiques incertains, relevant davantage d'une série de comportements et de signes, qui n'ont aucun caractère pathognomonique » (Lettre des responsables de l'Ecole de Psychanalyse de l'Enfant de Paris - E.P.E.P. au sein de l'Association Lacanienne Internationale au Président de la Haute Autorité de Santé, le 15 avril 2014). La valeur de ces situations cliniques ou de ces pathologies diverses ne peut être analysée qu'en fonction de la structure psychique de l'enfant.

Peu à peu est entrée dans ce diagnostic de T.D.A.H., quasiment toute la psychopathologie infantile : fourre-tout clinique, qui permet aussi de masquer les problèmes sociaux, éducatifs, pédagogiques, psychologiques. F. Gonon écrit : « De fait, il est frappant de constater que les risques d'échec à l'école primaire sont les mêmes que pour les T.D.A.H. : être un garçon plutôt qu'une fille, être né en décembre plutôt qu'en janvier, et vivre dans une famille défavorisée ». Il est, en effet, important de mentionner que ces enfants, qu'ils soient appelés « hyperkinétiques » ou « T.D.A.H. » sont très majoritairement des garçons.

Alors, quels sont les enfants actuellement étiquetés « T.D.A.H. » ? Les troubles des apprentissages et de l'attention en premier lieu, l'agitation motrice, les troubles du langage, mais aussi tous les symptômes ayant à voir avec l'anxiété, la phobie, la dépression, les troubles

oppositionnels, les tics, l'épilepsie, les « crises », l'impulsivité, les embarras liés à l'immaturation, (angoisses de séparation notamment), les troubles du sommeil, et même les « signes autistiques », les enfants surdoués problématiques... L'adjonction des facteurs de co-morbidité aux trois critères principaux composant le syndrome T.H.A.D.A. (agitation motrice, impulsivité, inattention) a considérablement étendu la définition du T.D.A.H. qui est quasiment devenu la première cause de consultation en pédopsychiatrie.

Cet élargissement du diagnostic T.D.A.H. pose de manière encore plus vive la question de la demande : par qui nous sont adressés les enfants et leurs familles ? De plus en 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.

Les points de vue organicistes (la génétique, le cerveau), et behavioristes (les comportements objectivables, quantifiables par des échelles d'évaluation), ne suffisent pas à expliquer ces difficultés. Le point de vue psychanalytique apporte une autre perspective qui tient compte de la complexité de la situation où vit l'enfant et permet peu à peu, à chacun, d'entrevoir les enjeux dans lesquels il se complait à son insu, et se débat.

Les psychanalystes et tous les thérapeutes engagés dans des soins avec les enfants (thérapie verbale, psychomotricité, relaxation, thérapie grapho-motrice, suivi des parents, etc.) doivent garder une vigilance théorique et clinique dans un cadre nosologique qui change sans cesse et dans un contexte social qui demande la suppression du symptôme en urgence, par un médicament, la ritaline, sans prendre le temps d'écouter ce qui agite précisément ces enfants « agités ». Écouter ce qu'ils ont à dire de leur difficulté à trouver leur place dans la famille, l'école, le monde et ses contraintes et à construire leur identité ; écouter aussi ce que les parents ont à dire de leur enfant et leurs propres embarras.

Car, en effet, la réponse actuelle, une fois posé le diagnostic T.D.A.H., est la prescription (controversée) de la ritaline (ou concerta), visant à stimuler la vigilance et à accroître les performances, scolaires essentiellement, de l'enfant.

(Se reporter à l'article « Ritaline » dans cet ouvrage).

La Haute Autorité de Santé (H.A.S.) préconise actuellement que cette médication peut être associée à d'autres interventions thérapeutiques (thérapies, relaxation, etc.), ce qui n'a pas toujours été le cas. Et effectivement, l'important est de proposer des solutions alternatives.

Mais la clinique quotidienne montre que la plupart des familles « se contentent » du médicament pour leur enfant – ce qui leur permet d’esquiver les questionnements autour des difficultés de leur enfant et de leurs propres embarras de places.

L’administration d’un médicament à un enfant ne peut être que du « sur-mesure » : le recours à un produit, un psychotrope, est d’un maniement délicat et nécessite que le clinicien soit familier des difficultés des enfants et des enjeux pharmacologiques. Cette prescription devrait rester exceptionnelle, d’autant que l’effet de la ritaline n’est pas curatif mais suspensif.

Pour nous, cliniciens, ritaline ou pas, la priorité reste d’écouter le discours de l’enfant et celui de ses parents, autour de l’expérience commune, humaine, de la limite et de la perte, notamment (comment, pour les parents, la mettre en place, et comment, pour l’enfant, l’accepter, y consentir).

1 / La place de l’enfant

Jean Bergès fait la part belle à la motricité de l’enfant : notamment autour du forçage symbolique fait dans et à partir du corps et des rapports compliqués de l’imaginaire du corps de la mère avec le réel du corps de son enfant, dont la posture et la motricité, mais aussi le discours, sont les terrains de manoeuvre privilégiés car ouvrant au symbolique. Le corps est engagé dans la parole et pris tout de suite dans les lois du langage.

La jouissance et le plaisir sont liés au corps et à la motricité, Jean Bergès disait que « la motricité est l’anti mort ». Et il continuait : « La question radicale que pose Freud est : “Qu’en est-il de la satisfaction ? Y est-elle ou n’y est-elle pas ? Du plaisir, y en a-t-il ou n’y en a-t-il pas ?”. Dans cet échange, le corps est un réceptacle à la jouissance, au désir, à ce que Freud appelle le moi-plaisir. Lacan, lui, dit : « Ce qui est érotisé chez l’enfant, c’est l’activité motrice ». Et il est vrai que l’enfant instable explore, bouscule, cherche les limites, joue avec l’interdit, dans une érotisation palpable. Le plaisir que tout enfant prend à faire fonctionner son corps (la marche, la course), à en faire l’instrument de ses découvertes, à en découvrir les orifices et à se confronter à l’autre (les parents notamment dont le rôle est d’éduquer les pulsions), l’autre qui donne des limites à la toute-puissance de sa motricité, est décuplé chez l’enfant hyperactif qui, lui, déborde famille, école, institutions, dans une position de « chef ».

Ces enfants agités semblent chercher leur place dans un monde où les coordonnées symboliques, l’ordre symbolique n’exerce plus une fonction organisatrice, les générations sont comme inversées, et l’enfant est à la recherche de repères, de limites à sa toute puissance, qu’il sait bien illusoire, mais qu’il continue à proclamer par ses agissements : refus de la contrainte, de

la loi, du symbolique, exhibition d'une position de toute-puissance trompeuse qui masque et tente d'esquiver la dépression nécessaire à toute entrée dans le symbolique. La prise en charge de l'enfant ne peut se faire sans qu'un accompagnement des parents se mette en place en parallèle, pour que chacun puisse accepter la perte et la séparation qui ne vont pas manquer d'apparaître au fur et à mesure que chacun va trouver sa place dans les générations et rencontrer l'altérité.

Tristan Garcia Fons écrit astucieusement et malicieusement sur cette question des places de chacun dans la famille et la société : « C'est l'enfance qui se trouve en danger ; et ce sont les adultes et leurs institutions qui sont dans le trouble et dans la confusion des places, constamment remises en cause (on demande aux enseignants de faire des diagnostics, aux psys de faire les flics, à ces derniers de surveiller les cours d'école, aux parents d'être des pédagogues, etc.). L'enfant est devenu le miroir projectif des adultes et de la société en général, qui présente aujourd'hui un syndrome d'inattention et d'hyper activité : une société T.D.A.H. qu'il faudrait mettre d'urgence sous ritaline. »

2 / La question de la mort et de l'impossible

Ces enfants semblent revendiquer en permanence que rien n'est impossible pour eux : ils transgressent, provoquent, ignorent les contraintes, dictent leur loi ; et c'est le plus souvent l'école, c'est-à-dire la loi scolaire, celle de l'implacable du langage et des apprentissages, qui préconise la consultation, pouvant même, certaines fois, poser elle-même le diagnostic de « T.D.A.H. », de « trouble neuro-développemental » : l'école est partie prenante du discours social, politique et économique.

Mais les agissements dérangeants de ces enfants masquent une angoisse de mort très vite repérable, qui va se trouver souvent au centre des consultations, car ayant organisé, à son insu, la vie de la famille.

Le travail des consultations en pédopsychiatrie est de permettre à l'enfant d'avoir une place dans le discours familial et d'y déployer ses propres signifiants. Et notamment celui de la mort, parce qu'il n'est pas rare d'entendre de la bouche des enfants instables : « Je bouge pour rester vivant, pour ne pas mourir ». Cette question de la mort est au premier plan chez les enfants agités et chez les « T.D.A.H. », on la retrouve sans cesse dans la clinique, pour peu qu'on se donne la peine d'écouter le discours de l'enfant.

Jean Bergès répétait à propos de l'enfant hyperkinétique : « Tant que vous n'avez pas parlé avec lui de la mort, vous n'avez parlé de rien. C'est pour lutter contre la pulsion de mort et la perte éventuelle, et les souhaits de mort, que l'enfant s'agite ainsi : tant qu'il bouge, il n'est pas mort ».

Alexandre, grand « agitateur » de 9 ans, toujours en représentation, épatant ses camarades par ses mises en danger permanentes dans la cour de récréation et la rue, pourra dans les consultations reprendre son histoire : garçon né 2 ans après la mort d'un frère mort à la naissance. La mère peut dire combien elle a été angoissée au moment de cette seconde grossesse, et lui, lui demande de rester toujours près d'elle, il veut être dans le même cercueil qu'elle, notamment. Ici, thérapie d'Alexandre en parallèle d'une relaxation thérapeutique en groupe, pour permettre au corps de trouver sa place, et suivi des parents, ont été mis en place.

Stanislas, 6 ans, grand prématuré (5 mois et demi de grossesse), ayant failli mourir ; hésitations des médecins sur la gravité possible des handicaps futurs ; ne reste que cette grande agitation qui gêne l'école et les apprentissages du C.P. Consultations tournant autour de cette angoisse vitale, la mère en est encore marquée et le surveille en permanence, le père lui faisant davantage le crédit qu'il est « un gamin normal ». Et lui, mimant sa naissance par la bouche ouverte de sa mère : « Je regardais... je savais pas si je pouvais sortir... » Il demande souvent à voir les photos de lui « plein de tuyaux »... L'angoisse de mort reste vive.

Autre exemple : Arthur, 5 ans, en grande section de maternelle : agité à la maison, facilement violent à l'école, tente de « faire le petit chef » à la maison avec un père débordé et une mère extrêmement proche de lui, « le petit dernier » depuis sa naissance. Parents divisés sur la conduite à tenir quand il prend le pouvoir par diverses manoeuvres, habituellement décrites dans les consultations (crie, les rejoint dans leur lit, tente de faire de sa mère sa propriété, en neutralisant le père, etc.). Rencontres avec les parents, capables d'entrevoir ce qui se joue à 3, thérapie hebdomadaire avec Arthur, qui, peu à peu, reprend toute son histoire : naissance très prématurée, petit poids, angoisses de mort des parents, culpabilité de la mère. Angoisses de mort fréquentes chez ces enfants agités, se défendant par un trop plein d'énergie pour faire la preuve de leur existence de « vivant ». Peu à peu l'agitation d'Arthur se calme, les productions scolaires deviennent possibles et s'organisent (Arthur a un très joli coup de crayon et commence à pouvoir laisser des traces graphiques de lui-même – ce qui lui était impossible 6 mois auparavant). Il commence même à repérer les lettres et à pouvoir les écrire, c'est-à-dire à accepter les règles du symbolique. Mais le verdict de l'école tombe, curieusement toujours quand il y a une amélioration

visible... Arthur a une « maladie neurologique » et ne pourra passer au CP qu'après une « consultation T.D.A.H. spécialisée » et une prescription de ritaline « qui vont lui permettre d'être plus efficace ». La ritaline rendrait-elle plus intelligent ? On l'entend dire...

La thérapie et ses effets sont balayés, aucun contact de l'école avec la thérapeute de l'enfant, aucune concertation : la famille est prise dans une expertise autoritaire « pour le bien de l'enfant et pour son avenir », la psychanalyse est éjectée sans un mot.

Opération violente, obligeant les parents qui avaient mis à profit les mois de thérapie pour se rapprocher et envisager un peu autrement leurs fonctions maternelle et paternelle, à obtempérer ; et les obligeant à avoir un regard autre sur leur enfant, devenu malade et handicapé. L'abandon par la famille, l'école et l'enfant lui-même, du crédit fait à l'enfant d'être un sujet qui parle et qui désire est probablement la conséquence la plus fâcheuse de cette politique de santé actuelle normative, évaluatrice, performative et prescriptive.

La question actuelle est comment permettre à l'enfant d'occuper une place de sujet pensant, désirant ? Comment la psychanalyse peut-elle résister à cette standardisation et à cette exigence de performance mises en avant dans le social pour l'enfant actuellement, alors que les variations cliniques individuelles forment précisément notre humanité.

BIBLIOGRAPHIE

Bergès J. : *Le corps dans la neurologie et la psychanalyse* - Paris, Erès, 2005.

Bergès-Bouanes M. et Forget J.M. : *L'enfant insupportable* - Collection Psychanalyse et Clinique, Erès, 2010.

Wallon H. : *L'enfant turbulent* - Paris, Alcan, 1925.

Bulletin d'Information des Psychiatres Privés, N° 75, novembre 2018.