

**L'enfant hyperactif,
son développement
et la prédiction de la délinquance:
qu'en penser aujourd'hui?**

Pierre Delion

Temps d'Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine de la petite enfance. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes...

Cette publication reprend l'intervention de Pierre Delion présentée lors d'une conférence qui s'est tenue le 27 avril 2006 au Centre Culturel Marius Staquet à Mouscron.

Psychiatre et psychanalyste, Pierre Delion est professeur de pédopsychiatrie à la faculté de médecine de Lille et responsable du service de psychiatrie infanto-juvénile au CHRU de Lille. Il est l'auteur de nombreux ouvrages dont *Soigner la personne psychotique* (Dunod), *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui. Historicité et institution* (Érès), *L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique* (PUF).

Cette conférence s'est réalisée dans le cadre d'un partenariat entre l'Équipe SOS Parents-Enfants de Tournai/Mouscron, le Conseil d'arrondissement de l'Aide à la Jeunesse de Tournai et la Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance du Ministère de la Communauté française, en collaboration avec le Centre Culturel de Mouscron.

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection Temps d'Arrêt est éditée par la Coordination de l'Aide aux Victimes de Maltraitance. Chaque livret est édité à 10.000 exemplaires et diffusé gratuitement auprès des institutions de la Communauté française actives dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse. Les textes sont également disponibles sur le site Internet www.yapaka.be

Comité de pilotage:

Comité de pilotage: Jacqueline Bourdouxhe, Nathalie Ferrard, Gérard Hansen, Françoise Hoornaert, Roger Lonfils, Cindy Russo, Reine Vander Linden, Jean-Pierre Wattier, Dominique Werbrouck.

Coordination:

Vincent Magos assisté de Diane Huppert, Philippe Jadin et Claire-Anne Sevrin.

Avec le soutien de la Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la jeunesse de la Communauté française.

Éditeur responsable: Henry Ingberg – Ministère de la Communauté française – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles. Juin 2006

Sommaire

Position du problème dans l'actualité	5
L'instabilité psychomotrice	12
Hyperkinésie et troubles déficitaires de l'attention	19
Clinique	21
• Descriptions des classifications actuelles ..	21
- Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent ..	21
- CIM 10 et énumération des quatre formes de troubles hyperkinétiques	22
- DSM IV et énumération des Troubles Hyper Activité avec Déficit de l'Attention (THADA)	23
• Description clinique	25
- L'instabilité motrice	25
- L'instabilité psychique	27
- Autres symptômes	27
Éléments de compréhension du développement de l'enfant	31
• Attendre un enfant	31
• Un enfant est né	35
• Castration ombilicale et interdit du vampirisme	37
• Castration orale, voie lactée et interdit du cannibalisme	38
• Castration musculaire et interdit de la violence gratuite	40
• Vers le langage	43

Position du problème dans l'actualité

- Castration primaire: garçon ou fille 44
- Œdipe et après? 44
- La période de latence 45

**Idées sur l'importance de la télévision
dans le développement de l'enfant 47**

Réflexions actuelles 50

La prise en charge 58

L'ensemble des troubles du comportement de l'enfant est devenu un sujet brûlant de l'actualité contemporaine dans nos pays occidentaux.

L'hyperactivité et l'instabilité psychomotrice de l'enfant sont décrites aujourd'hui de deux manières différentes, non pas tant sur le plan des signes cliniques qui se retrouvent dans les deux types d'approches que sur le plan de la perspective thérapeutique qui les sous-tend.

La conflictualité contenue dans ces deux approches anthropologiques fondamentalement divergentes de la conception de l'homme alimente aujourd'hui des sphères qui ne sont plus seulement celles de la pédopsychiatrie et des enfants et adolescents qu'elle est censée prendre en charge. En effet, des rapports scientifiques¹ sur les troubles de comportement de l'enfant donne l'occasion à certains décideurs d'asseoir leur politique sécuritaire et de légitimer une option de dépistage. La porte est ainsi ouverte aux dérives sécuritaires qui détournent une politique de prévention nécessaire et bien articulée avec la santé publique, notamment en matière de souffrance psychique, à une politique de détournement des forces sanitaires et médicosociales vers un travail de dépistage à visée prédictive des seuls troubles du comportement pour en déduire non pas seulement ce qu'il faudrait faire pour les aider, mais surtout pour en connaître à coup sûr

¹ Un rapport consacré au « trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent » publié par l'INSERM, Institut national de la santé et de recherche médicale en France [<http://www.eva.inserm.fr/>] en septembre 2005 a donné lieu à une mobilisation de nombreux experts dont un appel en réponse à ce rapport; l'appel *Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans* est disponible sur <http://www.pasde0deconduite.ras.eu.org/>

la liste des futurs suspects de la délinquance.

Ces rapports et expertises qui médicalisent à l'extrême des phénomènes d'ordre éducatif, psychologique et social, entretiennent la confusion entre malaise social et souffrance psychique.

En stigmatisant comme pathologique toute manifestation vive d'opposition, inhérente au développement psychique de l'enfant, en isolant les symptômes de leur signification dans le parcours de chacun, en les considérant comme facteurs prédictifs de délinquance, l'abord du développement singulier de l'être humain est nié et la pensée soignante risque d'être standardisée voire robotisée à des fins politiques sécuritaires. Au contraire, plutôt que de tenter le dressage ou le rabotage des comportements, il convient de reconnaître la souffrance psychique de certains enfants à travers leur subjectivité naissante et de leur permettre de bénéficier d'une palette thérapeutique plus variée, en association avec les aspects pédagogiques, éducatifs et sous l'égide de la fonction parentale.

Qu'il soit bien clair que certains symptômes inquiétants évoqués en ce qui concerne un jeune enfant qui les présenteraient, sont évidemment préoccupants en tant que tels: la froideur affective, la grande impulsivité... Mais il en va très différemment si ces signes sont l'objet de stratégies visant à les comprendre et à les amender ou au contraire d'autres manœuvres visant à les repérer pour en faire des marqueurs prédictifs de délinquance quelques années plus tard. La fonction des pédopsychiatres et de leurs équipes soignantes et des professionnels de la petite enfance ne peut rester recevable sur le plan éthique et utile sur le plan thérapeutique qui si cette ambiguïté est levée. On voit mal en effet, des parents venir à la rencontre de professionnels soignants en sachant que la présence de tels signes chez leurs enfants risque d'avoir une conséquence de type répressif sur eux-mêmes et leur progéniture.

Dans cette «ambiance» assez peu propice à la réflexion sur des sujets aussi complexes, il apparaît donc que la question de l'hyperactivité de l'enfant prend une place parmi les autres troubles du comportement tels qu'ils sont décrits aujourd'hui dans les grandes classifications internationales.

Dans la classification américaine, le DSM IV, au même titre que les troubles envahissants du développement (qui passent en revue les différentes formes de l'autisme) et que les troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie), les troubles «déficit de l'attention et comportement perturbateur» occupent un des chapitres de la description des troubles pédopsychiatriques. Dans ce chapitre, sont décrits successivement «le trouble déficit de l'attention/hyperactivité», «le trouble des conduites», «le trouble oppositionnel avec provocation» et «le comportement perturbateur non spécifié».

Ces descriptions qui ont pour ambition de ne pas prendre partie sur la structure sous-jacente de l'enfant, et qui font notamment abstraction active de toute réflexion psychopathologique et donc se privent délibérément des moyens conceptuels pour penser le soin à venir de l'enfant, passent en revue les différents symptômes qu'un enfant peut présenter et qui vont le conduire chez le pédopsychiatre.

Ces symptômes, pour un professionnel expérimenté, deviennent significatifs à condition de les référer à l'âge. Or dans l'introduction de l'ouvrage de référence de présentation de cette classification américaine, il est écrit que «proposer une section à part pour les troubles dont le diagnostic est habituellement porté dès la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence, est un exercice de pure forme et n'est pas censé suggérer qu'il existe une distinction claire entre les troubles de l'enfant et les troubles de l'adulte²».

2 Mini-DSM IV, Critères diagnostiques, Masson, 2000, 49.

Or c'est bien sur cette distinction que repose toute la réflexion qui a conduit les pédopsychiatres, et tous ceux qui sont préoccupés de psychopathologie et de psychologie développementale, à proposer des différences notables chez les enfants en fonction de l'âge de survenue des troubles qu'ils traversent et peuvent éventuellement présenter comme pathologiques. Un simple exemple, celui du vol. Si l'on retient l'idée qu'un adolescent qui vole peut, dans certains cas (il arrive qu'un adolescent puisse présenter une kleptomanie pathologique), nous montrer l'organisation progressive de sa structure psychopathique, ce qui est un risque délinquantiel évident, nous savons qu'un enfant de trois ans ou même de six ans qui vole se trouve dans des conditions très sensiblement différentes de cet adolescent. Le trouble des conduites décrit pour les deux occurrences est-il un exercice de pure forme ? Non bien au contraire, il est ce qui fait la raison d'être des professionnels de la petite enfance qui vont observer ces comportements, essayer de les comprendre avec les parents et, éventuellement, quand ils le souhaitent, les aider à modifier l'évolution de ces troubles quand ils apparaissent chez leurs enfants. J'irai même plus loin en proposant que les enfants qui sortent progressivement de la toute puissance infantile vont en apprendre les limites par des expériences au cours desquelles leurs parents leur diront comment et pourquoi ces troubles des conduites ne sont pas possibles dans leur groupe social d'appartenance.

Le petit garçon prend une pièce dans le porte monnaie de ses parents. Le parent lui dit que l'on ne doit pas faire ça. Le petit garçon intériorise que s'il peut prendre du pain dans la huche sans s'attirer cette réflexion, il y a une différence entre la pièce de monnaie et le pain. Mais il a quelquefois besoin de vérifier ce qu'il vient d'entrevoir. Il recommence. Cette deuxième fois, le parent va lui dire que de prendre de l'argent dans le porte monnaie de quelqu'un s'appelle du vol, et que le vol

est interdit. Cet enfant a d'abord appris la théorie, puis a fait les travaux pratiques, et maintenant il a compris que sa conduite ne pouvait pas se faire sans limitation de ses envies immédiates.

Et il est bien connu que l'enfant pour apprendre, a besoin d'expérimenter, d'autant plus qu'il en est encore au stade de l'intelligence pré-opératoire et opératoire (Piaget). Le trouble des conduites est en fait plutôt une bonne expérience quand l'enfant est petit à condition que les parents ou ceux qui en tiennent lieu puissent se servir de ces expériences pour aider l'enfant dans son développement.

Mais c'est bien là que toute une philosophie de la vie se révèle, une manière de voir et d'accompagner les personnes pour réfléchir avec elles à ce qu'elles ont fait plutôt que de continuer à poser en permanence des radars comportementaux généralisés sur les routes de leur développement, visant à punir là où il faut au contraire aider à comprendre.

Michel Foucault, dans « Surveiller et punir » avait déjà bien montré comment la logique du « panopticon » de Bentham (se sentir et se savoir surveillé sans voir celui qui surveille) perpétue la dépendance absolue au détriment de l'autonomie relative.

Pour le dire en termes freudiens, plus le « surveiller et punir » tient lieu d'éducation et plus le sujet aura besoin d'être continûment surveillé et puni par un « sur-moi » extériorisé, par défaut d'intériorisation des expériences de limitations successives (Dolto parle à ce sujet des « castrations symbologènes ») qu'une éducation doit apprendre pas à pas à un enfant en devenir.

Nul doute que l'expérience du mouvement, du déplacement, de l'attention portée au monde par l'enfant en développement, font précisément partie de ces expériences qu'il doit savoir traverser pour progressivement prendre possession de sa « maison du corps ». Tout se passe comme si

l'enfant découvrait en les expérimentant les différentes fonctions de son corps. Parmi ces dispositions du corps, la locomotion, la possibilité d'écouler son excitation interne par la mise en mouvement de sa musculature et de sa motricité, la vivance émotionnelle qui passe par ces mises en jeu corporelles, sont autant de modalités qui donnent à l'enfant l'occasion de découvrir le monde en découvrant son corps. L'image qu'il va se faire progressivement de son corps, consciente et inconsciente, va lui servir de « répertoire » dans lequel il va inscrire les différentes expériences qu'il aura rencontrées dans telles ou telles circonstances : un jour j'ai vu un coucher de soleil au bord de la mer et cela m'a donné une telle émotion que j'ai eu envie de courir sur la plage, et une autre fois j'ai assisté au transport d'une brindille par une fourmi et là au contraire je suis resté sans faire le moindre geste pendant longtemps à regarder ce spectacle miniature.

Quand plus tard, l'enfant sera à nouveau confronté à des expériences émotionnelles, il « rangera » celles-ci dans son répertoire en fonction des expériences précédentes. Et progressivement ce répertoire lui permettra de disposer d'une vaste palette de souvenirs pour l'aider à découvrir son avenir plus sereinement. Certains enfants vont avoir des répertoires plus développés dans une direction que dans l'autre, et pour eux, le mouvement, l'activité, seront l'aune à laquelle mesurer leurs expériences.

Dans ces cas, des enfants peuvent avoir comme moyen de montrer leur ressenti un gradient qui va du peu mobile au très mobile, de l'actif à l'hyperactif. Et pour autant, peut-on retenir l'idée qu'ils sont « malades » de leur motilité, qu'ils sont hyperactifs ou hyperkinétiques ? Quelquefois sans doute, et ce sont eux qui peut-être viendront remplir les conditions du syndrome « hyperactivité avec ou sans déficit de l'attention ». Mais sous prétexte que quelques uns d'entre eux le sont, doit-on dans le même mouvement, c'est le

cas de le dire, y faire entrer tous les enfants qui se servent de leur motricité pour être au monde avec un certain style, notablement différent de l'enfant sage qui lui, est de plus en plus idéalisé au fur et à mesure qu'il devient rare ?

Une première question se pose alors : instabilité psychomotrice ou hyperactivité ? Pour avancer un peu dans la réflexion, je propose de reprendre ce problème tel qu'il s'est posé historiquement.

L'instabilité psychomotrice

Le syndrome d'instabilité psychomotrice de l'enfant est décrit pour la première fois en 1854 par Hoffmann.

Bourneville décrit en 1897 les enfants débiles légers instables. C'est en s'intéressant particulièrement à une pédagogie de l'enfant instable qu'il note les traits sémiologiques qui lui sont propres : «mobilité intellectuelle et physique extrême, susceptibilité et irritabilité, penchants à la destructivité, besoin d'une surveillance continuelle, insouciance et négligence, suggestibilité et soumission aux personnes aimées³».

En 1898, Kraepelin décrit les psychopathes instables chez les adultes. Cependant, pour lui, 5% d'entre eux sont âgés de dix à quinze ans.

En 1901, Demoor décrit l'instabilité mentale infantile sous forme de «chorée mentale». Elle peut exister avec ou sans arriération mentale et elle «associe de façon variable un déséquilibre affectif, un excès d'expression des émotions, une ambivalence des réactions, un manque d'inhibition et d'attention, un besoin incessant de mouvement et de changement, si bien que les paroles et les gestes sont saccadés.»

Dans leur livre paru en 1905 sur «Les anomalies mentales des écoliers», J. Philippe et G. Paul-Boncour traitent un chapitre sur «les écoliers instables». Les «difficultés d'apprentissage de ces écoliers viennent de leur incapacité à fixer leur attention. Brillants en certaines branches de

l'enseignement, ils sont nuls dans certaines autres. Ils montrent dans leurs aptitudes une déconcertante dysharmonie.»

Pour Dupré, l'instabilité est l'une des manifestations dues au «déséquilibre moteur congénital» avec la débilité motrice. L'instabilité associe une «agitation motrice continue» et une «incapacité d'attention». Pour lui, l'instabilité est constitutionnelle et «révèle l'étroite association étiologique et clinique des deux déséquilibres mentaux et moteurs».

Heuyer, dans sa thèse de 1914 sur «Les enfants anormaux et les délinquants juvéniles», reprend les idées développées par Kraepelin en insistant sur la fréquence des «troubles du caractère et des instincts moraux chez les enfants instables alors que la débilité mentale est, contrairement au point de vue de Bourneville, loin d'être une constante chez ces enfants». Heuyer est le premier français à parler de l'instabilité de l'enfant comme d'un syndrome en raison de l'association d'un certain nombre de symptômes: défaut d'attention ou instabilité mentale, hyperactivité, comportement pervers avec incorrigibilité.»

En 1923, Vermeylen divise l'étude des débiles en deux catégories, celle des harmoniques et des dysharmoniques. Dans cette deuxième population, il distingue les instables, les émotifs et les sots. Il considère alors l'instabilité comme «une fixation à un stade archaïque du développement, conservant comme lui la mobilité des impressions et des désirs, la dispersion de l'attention, la discontinuité dans les pensées et dans l'action, la versatilité des sentiments.»

On peut dire avec Flavigny que Boncour, Heuyer et Vermeylen (1905, 1914 et 1923) «amènent à formuler l'hypothèse d'une dysharmonie dans l'évolution des fonctions de l'enfant instable⁴».

3 Bourneville DM., *Le traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie*, in Duché, Histoire de la psy de l'enfant, Paris, PUF, 1990, 216.

4 Flavigny C., *Psychodynamique de l'enfant instable*, Psychiatrie de l'enfant, XXXI, 2, 1988, 445-471.

H. Wallon fait paraître en 1925 son fameux ouvrage sur l'enfant turbulent. Il propose une différenciation sémiologique précise, souligne le problème de la maturité et aborde l'instabilité en termes non pas statiques mais dynamiques, sur le plan de la personnalité de l'enfant, suivi en cela par Mâle et Abramson. Dans la reprise qu'il fait du problème de l'instabilité, Wallon, à partir de 214 histoires cliniques, va présenter une thèse principale portant sur les « Stades et troubles du développement psychomoteur et mental chez l'enfant », et une thèse complémentaire sur « L'enfant turbulent, recueil d'observations ». C'est dans cette seconde partie qu'il va se consacrer à l'étude des syndromes psychomoteurs, voie déjà ouverte par Dupré, Homburger, Gourevitch...

Son principe va consister à regrouper les divers troubles moteurs en fonction des différents centres nerveux qui les produisent et à chercher des corrélations entre ces différents groupes et les perturbations psychiques. Il retiendra quatre syndromes en référence à ces critères: le syndrome d'asynergie motrice et mentale, le syndrome psychomoteur d'hypertonie le syndrome d'automatisme émotivo-moteur et le syndrome d'insuffisance frontale. Ces quatre syndromes ont en commun de comporter une instabilité importante.

Puis, Wallon retiendra trois classes d'enfants instables: les enfants instables asynergiques, épileptoïdes et subchoréïques. Pour cet auteur, l'enfant instable se caractérise par un arrêt du développement psychomoteur à un niveau variable suivant les cas. Tout en reconnaissant une grande importance aux facteurs de milieu dans ces différents syndromes, Wallon fonde toutefois sa classification sur un substratum neuro-anatomique.

Au contraire, Mâle, en 1932, pense que « l'instabilité n'est pas le fait d'un processus psychomoteur particulier ». Selon lui, « l'affectivité pathologique évoluerait à partir d'un état indifférencié fait

d'instabilité et d'hyperémotivité vers des troubles de plus en plus différenciés et fixés, comme dans les caractères paranoïaques ou pervers⁵ ».

En 1933, Sancte de Sanctis restreint le champ de l'instabilité à l'âge infantile et la considère comme l'expression de conflits de la personnalité en formation.

En 1940, Abramson considère dans son ouvrage « L'enfant et l'adolescent instables », que l'instabilité est l'expression d'un déficit ou d'un déséquilibre concernant les trois domaines des aptitudes intellectuelles, motrices et affectives. L'instabilité résulte de la dysharmonie entre ces trois registres. En 1942, Chorus décrit l'instabilité chez l'enfant, cet « être instantané », comme survenant sur une personnalité particulière dont l'agitation motrice et l'attention labile sont, en réalité, deux expressions cliniques du même trouble basal.

Puis, Beley (1951), Bourrat, et Kiener (1954) vont proposer leurs contributions à ces recherches, en insistant sur les oppositions acquises et constitutionnelles qu'ils retrouvent dans les histoires des enfants étudiés, et particulièrement sur l'importance des conditions affectives et éducatives. Toutes ces études ont ouvert la problématique du repérage nosographique et vont ainsi rendre possible l'approche psychodynamique.

C'est à partir de 1950 environ, que Lebovici aborde ces questions avec une visée psychopathologique freudienne et l'instabilité devient dès lors l'expression symptomatique d'un mode de fonctionnement du psychisme de l'enfant en interaction avec son environnement notamment familial, ou à défaut, justement, des carences quantitatives ou qualitatives de cet environnement.

5 Mâle P., *La genèse des troubles du caractère chez l'enfant*, Évol. Psychiatr., 1932, 3, 39-56.

Ajuriaguerra⁶ distingue deux formes: l'instabilité subchoréique ou instabilité psychomotrice, et l'instabilité affectivo-caractérielle. La première se présente comme «un mode d'être moteur, consécutif à une incapacité de frein des mouvements avec tout ce que cela représente comme complaisance et comme contrainte. Ce mode d'être moteur, normal à une certaine période de la vie, devient pathologique lorsqu'il persiste. On peut le considérer jusqu'à un certain point comme constitutionnel, soit qu'il s'agisse d'un excès de besoin de mouvements, soit d'une incapacité à les inhiber».

La seconde concerne les enfants hyperactifs dont les attitudes sont plus structurées et organisées, car «elles sont davantage en relation avec les situations du milieu dans lequel ils vivent et le développement de leur personnalité. Ils feraient plus que les précédents, preuve d'intentionnalité et de direction dans leur agressivité et leur impulsivité. Ce type d'instabilité doit être mis en rapport avec des désordres de l'organisation de la personnalité survenus à un âge précoce». Dans les deux cas, il y a pour Ajuriaguerra un désordre de la capacité d'identification: désordre secondaire chez les premiers, primitif chez les seconds mais, chez tous deux, la manifestation psychomotrice de l'instabilité empêche ou perturbe les identifications ultérieures.

Pour Bergès, les instabilités sont sans doute «les manifestations de troubles psychomoteurs les plus rencontrés en clinique, et leur description n'aurait guère d'intérêt, si la sémiologie psychomotrice ne permettait d'apporter un éclairage sur leur sens, et donc le chemin à prendre pour aborder leur thérapeutique⁷». Pour lui, cette sympto-

matologie semble très liée à une quête identificatoire à la puissance de l'adulte, sous la présence permanente du regard maternel.

Dugas étudie les différences entre l'hypomanie et l'hyperactivité chez l'enfant. Il s'agit pour lui «de deux entités différentes dans lesquelles l'hyperactivité est présente dans les deux cas, tandis que les troubles de l'humeur (exaltation, euphorie, jovialité...) et les troubles intellectuels (logorrhée, fuite des idées...) caractéristiques des états hypomaniaques, sont absents chez les enfants hyperactifs⁸».

Cependant, Diatkine⁹ et Denisinsistent sur les aspects cliniques fréquents des instabilités psychomotrices dans l'étude des psychoses infantiles. En rappelant les études de M. Klein, ils reprennent les mécanismes de l'identification projective et des défenses maniaques, et concluent que l'instabilité majeure ne peut se distinguer de l'hypomanie facilement, sauf à perdre de vue l'importance des difficultés voire des impossibilités à élaborer la position dépressive de tels enfants.

Des résultats intéressants ont été donnés par Mallarive et Bourgeois à partir d'études¹⁰ sur les familles de l'enfant instable.

Enfin, il est intéressant de se souvenir des recherches de Balint s'efforçant de formaliser le champ de cette relation duelle pré ou anobjectale qu'il appelle la «zone du défaut fondamental». Se fondant sur le couple d'opposés dégagé par Imre Hermann à partir des observations des primates:

6 Ajuriaguerra J., *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, 1973, 279-280.

7 Bergès J., *Les troubles psychomoteurs chez l'enfant*, Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., Paris, PUF, 1985, 363-383.

8 Dugas M., *Hyperkinésie et troubles déficitaires de l'attention*, Houzel D., et coll. Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, PUF, 2000, 326-329.

9 Diatkine R., Denis P., *Les psychoses infantiles*, Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, PUF, 1985, 185-224.

10 Mallarive J., Bourgeois M., *L'enfant hyperkinétique*. Aspects psychopathologiques, Ann. Médico-psychol., 1976, 1, 107-119.

«s'accrocher/partir à la recherche», il crée deux néologismes pour désigner deux attitudes fondamentales antinomiques: «le philobatismo et l'ocnophilie». L'investissement porte sur des modes de sentir et de se mouvoir. Si l'ocnophile aime s'accrocher, s'agripper, le philobate aime bouger, marcher à l'infini, il investit le mouvement. Un autre membre de l'école de Budapest, Leopold Szondi dialectisera ce «partir à la recherche» avec les formes élémentaires du vecteur «contact» dans le cadre plus général de ses recherches sur le «Destin des pulsions», pour en faire une variation de la structure dépressive. On sait avec quel génie Jacques Schotte¹¹ en a déduit pour partie son « Anthropopsychiatrie ».

11 Jacques Schotte, Professeur de psychopathologie à l'Université de Louvain la Neuve, un des grands penseurs contemporains de la psychiatrie, est le fondateur de l'Anthropopsychiatrie.

Hyperkinésie et troubles déficitaires de l'attention

C'est en 1902 que Still propose d'expliquer les comportements excessifs et socialement inappropriés comme résultant de l'intervention d'un dysfonctionnement cérébral entraînant une perte de contrôle moral: le «Brain damage syndrom».

«Hohmann-Kennedy emprunte le terme à la sémiologie neurologique de l'adulte en 1921 dans une étude sur les séquelles des traumatismes crâniens et des encéphalites de l'épidémie de Von Economo chez l'enfant. Mais c'est surtout dans les années 1930 que le terme apparaît appliqué spécifiquement à l'enfant: d'abord Lereher et Ederer qui décrivent un syndrome d'hypermobility neurosis of childhood. Ils mettent l'accent sur l'examen neurologique qui met en évidence des signes extra-pyramidaux.»

En 1937, «Bradley décrit un syndrome fait de troubles de l'attention, d'hyperactivité et de labilité émotionnelle sans déficit de l'intelligence, qu'il met sur le compte d'une lésion cérébrale probable.

Il repère en outre un effet paradoxal de deux types de drogues: le trouble est aggravé par les barbituriques qui sont habituellement sédatifs, alors qu'il est amélioré par les amphétamines dont on aurait pu craindre qu'elles n'aggravent l'hyperactivité motrice¹².»

En 1947, Strauss et Lehtinen ajoutent aux troubles décrits par Bradley des désordres cognitifs et perceptivo-moteurs, objectivés par des tests

12 Malka J., *Réflexion à partir de la notion d'instabilité chez l'enfant*, Thèse de médecine, Angers, 1999.

ainsi qu'une inadaptation scolaire et familiale, pour définir le syndrome de «minimal brain injury» ou «lésion cérébrale a minima¹³.»

Eisenberg, en 1957, décrit l'hyperkinésie comme un symptôme, un trouble du comportement qui se caractérise par une activité motrice exagérée et une dispersion de l'attention.

En 1962, Prechtl cherche à isoler un syndrome neurologique spécifique dans le groupe des enfants hyperkinétiques, le «syndrome choréiforme», défini par des mouvements anormaux associés à des signes neurologiques à l'examen. C'est à cette époque que le Groupe d'Etudes Internationales d'Oxford propose de substituer au terme de «lésion cérébrale a minima» celui de «dysfonctionnement cérébral minime».

Avec Barkley, on peut résumer l'évolution des idées dominantes en quatre périodes: «1900-1960: une lésion cérébrale (Brain damage) est responsable de troubles du comportement, et notamment du comportement hyperactif; 1960-1969: le déclin du dysfonctionnement cérébral mineur et l'âge d'or du syndrome de l'enfant hyperactif; 1970-1979: l'émergence des déficits de l'attention (Douglas, 1972); 1980-1989: la création du syndrome «Trouble déficitaire de l'attention» (Attention Deficit Disorder), puis du «Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité» (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)¹⁴.

Comme le constate Dopchie, «la genèse du concept de syndrome hyperkinétique est donc indissolublement liée aux travaux sur les conséquences des lésions cérébrales chez l'enfant¹⁵.»

13 Mallarive J., Bourgeois M., *L'enfant hyperkinétique. Aspects psychopathologiques*, Ann. Médico-psychol., 1976, 1, 107-119.

14 Flavigny C., *Psychodynamique de l'enfant instable*, Psychiatrie de l'enfant, XXXI, 2, 1988, 445-471.

15 Dopchie N., *Le syndrome hyperkinétique*, Psychiatrie de l'enfant, 1968, 11, 2, 589-629.

L'examen clinique permet de faire un lien entre ce que le praticien observe et la manière dont il va penser ses observations pour concevoir les soins appropriés dans le cadre de la relation avec le patient. Je propose de distinguer les descriptions de signes énumérés par les classifications de celles qui sont pensées par la clinique.

Descriptions des classifications actuelles

Nous disposons actuellement de trois grands systèmes de classifications: la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA), la Classification Internationale des Maladies (CIM10) et le DSM IV.

Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent¹⁶:

Hyperkinésie, instabilités psychomotrices (6.08)

Cet ensemble est caractérisé par:

- Sur le versant psychique: des difficultés à fixer l'attention, un manque de constance dans les activités, et un certain degré d'impulsivité.
- Sur le plan moteur: une hyperactivité ou une agitation motrice incessante.
- Ces troubles, en décalage net par rapport à l'âge et au niveau de développement mental de l'enfant, sont plus importants dans les situations nécessitant de l'application, en classe par exemple. Ils peuvent disparaître transitoirement

16 Misès R., Quemada N., *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent/Classification internationale des troubles mentaux et du comportement*, Paris, CTNERHI, 1993.

dans certaines situations, par exemple en relation duelle ou dans une situation nouvelle.
Inclure: les troubles de l'attention sans hyperactivité motrice proprement dite.

Exclure: l'activité excessive adaptée à l'âge (chez les petits enfants notamment); l'instabilité psychomotrice liée à un déficit mental ou à des troubles de la personnalité; les manifestations à type d'excitation maniaque.

CIM 10¹⁷ et énumération des quatre formes de troubles hyperkinétique:

Troubles hyperkinétiques: ensemble de troubles caractérisés par: un début précoce; l'association d'une activité excessive et désorganisée, d'une inattention marquée et d'un manque de persévérance dans les tâches; la présence de ces caractéristiques comportementales dans de nombreuses situations et leur caractère persistant (F. 90).

Quatre sous groupes:

- 4121. F.90.0: Perturbation de l'activité et de l'attention «quand l'ensemble des critères du trouble hyperkinétique (F. 90) sont réunis alors que ceux de F. 91 (troubles des conduites) ne le sont pas.»
- 4122. F. 90.1: Troubles hyperkinétiques et troubles des conduites «quand l'ensemble des critères du trouble hyperkinétique (F. 90) et l'ensemble des critères d'un trouble des conduites (F. 91) sont simultanément présents.»
- 4123. F. 90.8: Autres troubles hyperkinétiques
- 4124. F. 90.9: Troubles hyperkinétiques sans précisions.

DSM IV¹⁸ et énumération des Troubles Hyperactivité avec Déficit de l'Attention (THADA):

A. *Présence soit de 1, soit de 2:*

1. Six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :
Inattention:
 - souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
 - a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
 - semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
 - souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles
 - a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
 - souvent évite, a en aversion, ou fait à contre-cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)
 - perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)
 - souvent, se laisse facilement distraire par des stimulus externes
 - a des oublis fréquents dans la vie quotidienne.
2. Six des symptômes suivants d'hyperactivité-impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant:

¹⁷ CIM 10/ICD 10, *Classification des troubles mentaux et des troubles du comportement*, Paris, Masson, 1993.

¹⁸ DSM IV, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996.

Hyperactivité :

- remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège
- se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis
- souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié
- a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
- est souvent «sur la brèche» ou agit souvent comme s'il était «monté sur ressorts»
- parle souvent trop.

Impulsivité :

- laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- a souvent du mal à attendre son tour
- interrompt souvent les autres ou impose sa présence.

B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué un gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types d'environnement différents.

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (Trouble thymique, anxieux, dissociatif ou de la personnalité).

Description clinique

Comme on le sait, la clinique ne peut se réduire à cette description photographique des symptômes apparents de l'enfant. Il est nécessaire de l'aborder aussi d'une façon dynamique, avec l'idée que cette description doit permettre d'accéder en profondeur à cet enfant en souffrance psychique.

La description proposée par la Classification française permet cet exercice, tandis que les deux classifications internationales, en insistant sur leur a priori athéorique, ne le favorisent en aucune sorte.

Christian Mille¹⁹ présente les éléments cliniques de la manière suivante :

L'instabilité motrice

C'est un enfant qui a la bougeotte et dont le comportement moteur est l'élément prévalent de la description qu'en font les parents et que constate le clinicien qui le reçoit dans son bureau de consultation.

Il est très rapidement «en mouvement», conduit par une logique qu'il n'exprime pas habituellement avec le langage, et qui l'amène très vite à être non pas le sujet, mais l'objet de réprimandes de ses parents pendant la consultation. Son comportement est rapidement commenté comme celui qu' «il a tous les jours à la maison et à l'école» et pour lequel «il faut absolument faire quelque chose». Sa fébrilité apparaît davantage lorsqu'on lui demande d'exécuter quelques tâches pour entrer en contact avec lui ou mieux

19 Mille C., *Instabilité psychomotrice*, Ferrari P., Epelbaum C., dir., *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Flammarion, Paris, 1994, 203-204.

connaître son niveau. Le dessin est bâclé, les crayons sont abîmés, le papier froissé, les réponses inappropriées à ce qui est demandé.

Tout se passe comme si l'enfant avait continué à utiliser sa motricité comme un enfant qui vient d'acquérir la marche, avec un plaisir évident à la découverte du monde. L'immobilité n'est pas possible pour lui, et quand, à force de réprimandes et de discours moraux, les parents obtiennent un moment de répit, celui-ci ne dure que quelques instants, et le rythme effréné reprend ses droits; l'enfant grimpe, saute sur les chaises, ouvre les tiroirs, claque les portes, s'enfuit dans le couloir ou la salle d'attente, transformant dans certains cas la consultation en une séance de psychomotricité avant l'heure.

Cet enfant envahit l'endroit où il est reçu par son comportement moteur et sonore, et amène assez rapidement les interlocuteurs directs et indirects à intervenir par des mesures agies pour limiter ses débordements. Très souvent, cet enfant donne l'impression, pour peu qu'on veuille bien observer avec attention son comportement, d'être l'objet de deux tendances contradictoires, dont l'une est nettement prédominante sur l'autre, l'emportant dans ses tourbillons incessants; toutefois, lorsqu'il est possible d'obtenir un répit, et d'habiter quelque peu ce moment d'accalmie en relation avec lui, il n'est pas rare de constater qu'il peut montrer une autre facette en lui que celle du personnage de l'instable psychomoteur, manifestant alors ainsi une demande d'aide pour obtenir un apaisement, et nous montrant combien il souffre de cette instabilité.

La consultation se termine fréquemment avec un sentiment d'épuisement de la part des parents qui se demandent s'ils vont être aidés pour leur enfant, et également de la part du clinicien qui a ainsi eu le sentiment de partager avec cet enfant et ses parents une expérience pénible, difficilement échangeable et pour laquelle il lui faut toute son

expérience pour savoir qu'une solution est envisageable, possible et à mettre en œuvre au plus tôt.

L'instabilité psychique

L'enfant est en permanence sollicité par les stimuli qui lui parviennent de l'extérieur; tout est prétexte à découverte, mais dans le même temps, tout est ainsi prétexte à changer en permanence d'investissement, dans un mouvement psychique ininterrompu. Son intérêt s'éparpille, son attention est labile et changeante, ses raisonnements intellectuels sont rendus difficiles par ces incessants changements. La pensée logique est difficile, même si à l'évidence, cet enfant est souvent intelligent. Les activités qui demandent une continuité dans le déroulement des tâches sont interrompues avant la fin, oubliées, perdues...

Cette manière d'être-au-monde amène cet enfant à de graves difficultés scolaires; plusieurs de ses comportements vont résulter de son instabilité psychique, notamment en ce qui concerne ses rapports avec les autres qu'il va entraîner dans son mouvement perpétuel, selon une dynamique qui devient rapidement conflictuelle avec ses pairs et avec les adultes, l'amenant à se retrouver souvent en position de bouc émissaire.

Autres symptômes

L'angoisse dite psychomotrice

Dans les situations génératrices d'angoisse, d'insécurité, l'enfant va réagir par une augmentation de l'activité motrice, symptôme et défense contre cette angoisse. Il peut s'agir de différentes situations: séparation, tensions ou conflits intra-familiaux, survenue d'une maladie physique etc... En retour, le praticien expérimenté pourra souvent inférer l'existence de ces différents pro-

blèmes encore inapparents lors de l'augmentation des angoisses psychomotrices.

L'affectivité: agressivité et irritabilité; labilité émotionnelle et hyperémotivité

Le terme d'irritabilité est parfois employé. On peut le rapprocher de celui d'excitabilité et situer ces deux termes dans le registre du réactionnel: ces enfants réagissent vivement sur le plan affectif. On parle également d'impulsivité, terme qui marque la tendance à répondre immédiatement à une force intérieure, à l'opposé du réactionnel.

La labilité de l'humeur peut faire passer l'enfant des rires aux larmes très rapidement. Ces différentes perturbations de l'affectivité peuvent être regroupées dans la mesure où ce sont des enfants dont l'affectivité, les émotions, l'humeur sont manifestement et immédiatement perceptibles pour l'examineur. Ces enfants «extériorisent immédiatement leurs émotions dans leur comportement²⁰».

Une grande difficulté à établir des relations stables avec les autres amène cet enfant à un vécu qui peut devenir hostile et aboutir à des manifestations d'agressivité plus ou moins importante. En tout état de cause, l'affect dépressif est un de ceux qui sont souvent présents dans la vie psychique de ces enfants.

Le faible investissement du langage

L'investissement très prévalent du psychomoteur par l'enfant l'a amené au cours de son développement, à communiquer avec autrui par le biais de messages comportementaux d'une façon quelquefois plus «efficace» que par le langage articulé dans une parole. On peut se demander si le schéma interactif auquel il a abouti avec les autres et notamment les adultes, être l'objet de paroles surmoïques en permanen-

ce, ne l'amène pas plus à contre-investir le langage qu'à ne pas l'investir suffisamment.

Ces éléments semblent très importants pour poser les indications thérapeutiques en fonction de la possibilité que le langage redevienne un moyen d'échanges envisageable ou non.

Une certaine vulnérabilité sur le plan somatique

Elle expliquerait la fréquence de l'énurésie, des épisodes infectieux, des possibles retards de croissance et les accidents à répétition.

L'examen psychomoteur

Bucher insiste sur «d'une part, la dispersion des résultats d'habileté manuelle, le caractère commun à toutes les épreuves qui sont faites trop vite et par saccades, et d'autre part, sur le sur-contrôle fréquent chez ces enfants qui, exigeant beaucoup d'énergie, ne peut le plus souvent se maintenir, et cède alors la place à plus ou moins brève échéance, au comportement inverse.»

J. Bergès distingue deux types d'enfants:

- «Certains sont caractérisés par un état tensionnel: il sont des crampes fréquentes, des blocages respiratoires, un certain degré de paranoïe et un sentiment intérieur de tension qu'ils peuvent parfois exprimer. L'hyperactivité ou l'instabilité est alors considérée comme une irruption due à la faillite momentanée, ou plus durable, du système tensionnel.
- Les autres, les plus nombreux, sont au contraire hypotoniques, pâles, présentent des tendances lipotymiques, une hypersudation, sont incapables d'une activité coordonnée dans les limites d'un cadre donné. J. Bergès propose à leur sujet les termes de «déhiscence» ou d'«incontrôle émotionnel», et considère l'instabilité comme une quête incessante de limites, tant physiques que sociales chez cet enfant qui est toujours dans les jambes, qui se cogne aux

20 Micouin G., Boucris J.C., *L'enfant instable ou hyperkinétique*, Psychiatrie de l'enfant, XXXI, 2, 1988.

objets et dont le comportement appelle sans cesse la réprimande.²¹

Avant d'aller plus loin dans la réflexion métapsychologique au sujet des enfants présentant une telle clinique, il me paraît intéressant de se poser la question du développement de l'enfant, de manière à mieux comprendre dans quelles problématiques s'origine ces aspects particuliers de sa manière d'être au monde.

Pour ce faire, je propose de reprendre rapidement le développement de l'enfant à partir du travail psychique que ses parents et lui sont amenés à faire tout au long de ce parcours passionnant. C'est ainsi qu'après avoir rappelé «la préparation psychique à la naissance», nous verrons successivement les différentes périodes ombilicales, orales, anales et d'identité sexuelle de l'enfant avant de terminer par l'équation œdipienne et la période de latence. En effet, dans le sujet étudié ici, la phase anale-musculaire est d'une telle importance stratégique en ce qui concerne la motricité et ses avatars, que pour en comprendre toutes les implications, il est nécessaire de la réarticuler avec les autres phases du développement.

Éléments de compréhension du développement de l'enfant

Attendre un enfant

Lorsque des parents décident désormais de «faire un enfant», puisque la sexualité dans son versant plaisir est maintenant séparable de son versant reproductif, en même temps que l'embryon puis le fœtus vont se développer, un travail de création psychique va s'effectuer pour les deux parents, visant à accompagner cette création physique. La question de savoir quel est le premier travail entrepris, physique ou psychique, serait intéressante si l'on avait des éléments pour avancer vers une réponse: tantôt le désir de faire un enfant a émergé de l'ensemble des désirs qui nous animent dès que nous sommes dans la situation de pouvoir les réaliser, en partie tout du moins, et dans ce cas, le psychique va précéder le physique; dans d'autres cas, l'enfant est déjà «en route», et la surprise de l'apprendre alors qu'on ne l'attendait pas ou pas encore ou plus, vient mettre en chemin le travail psychique qui s'était laissé distancer par la conception passée inaperçue.

Ou bien cela n'est qu'une construction toute intellectuelle, et chacun de nous, nous savons que les dimensions physiques et psychiques de (pro)création d'un bébé sont tellement intriquées, consciemment et inconsciemment que la question devient secondaire. Cela me semble assez «simple» dans les cas où les difficultés trop importantes ne surgissent pas. Parfois, malheu-

²¹ Bergès J., *Les troubles psychomoteurs chez l'enfant*, Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., Paris, PUF, 1985, 363-383.

reusement, il arrive que le bébé mis en route «tombe» à un bien mauvais moment pour ces parents-là, ou ce parent-là (elle est seule soit parce que la grossesse n'était pas attendue de ce rapport, soit parce que l'annonce de la grossesse a abouti au départ du présumé père), et que le travail psychique va évidemment en pâtir.

Le cas extrême est celui d'une femme qui est enceinte après un viol. Dans ce cas, si elle décide de garder l'enfant, le travail psychique entrepris pour accompagner cette grossesse sera très difficile et pour le moins ambivalent. L'autre extrémité est représentée par les familles où le bébé est tellement attendu que la difficulté de procréation devient rapidement problématique lorsque la grossesse ne survient pas pour des raisons extrêmement diverses qui contraignent les parents à avoir recours à des méthodes de conception médicalisées. Le travail psychique préliminaire à la grossesse peut prendre un tour angoissant pour ces parents n'arrivant pas à réaliser leur souhait d'avoir un enfant. Un autre cas est celui de cette même famille qui a épuisé selon elle toutes les possibilités de procréation médicalement assistée et a recours dans la continuité de ce désir d'enfant à l'adoption.

Toujours est-il que lorsque les deux phénomènes complémentaires coïncident la grossesse est alors ce temps pendant lequel les deux futurs parents, dans les bons cas, «fabriquent» un espace psychique d'accueil pour leur futur bébé. La future mère connaît d'ailleurs au cours des trois trimestres de la grossesse des types de préoccupations assez différents et qui vont évoluer. Missonnier, Golse et Soulé en distinguent trois principaux : le premier centré sur la révélation de la grossesse avec de nouvelles sensations pour la future mère, un nouvel équilibre psychique et émotionnel à trouver avec tout ce que cette grossesse va changer dans sa vie et dans celle de son couple.

Puis vient le deuxième trimestre avec ses préoccupations centrées sur le fœtus, la première échographie à douze semaines, les perceptions fœtales distinctes et la réactualisation de ce que les psychanalystes appellent la «mère interne» avec ses deux composantes archaïques et œdiennes.

Et enfin le troisième trimestre avec ses préoccupations centrées sur le bébé, le changement de perspective lié au proche «déménagement écologique» (Cyrułnik) et les grandes incertitudes liées à l'accouchement, à la conformité du bébé et à ses propres compétences maternelles à venir. Les auteurs parlent plus précisément à cette occasion de relation d'objet virtuel de la future mère avec son futur bébé et décrivent trois principaux types de relations : la facilitante, la régulatrice et l'ambivalente. Pendant la grossesse, Monique Bydlowski a également parlé de «transparence psychique²²» pour indiquer comment pendant cette période très particulière pour la femme, son inconscient est en quelque sorte à ciel ouvert d'une façon plus ou moins importante, ce qui a pour effet de permettre l'actualisation des forces en jeu dans sa vie psychique présente par l'émergence des différentes couches psychiques qui concourent à son histoire. Comment se représente alors pour la future mère et pour le futur père ce «phénomène» qui est en train de se construire dans le creux maternel ?

Piera Aulagnier qui s'est beaucoup intéressée à la question de l'archaïque pour d'autres préoccupations thérapeutiques (notamment la psychopathologie des psychoses) insiste sur le fait que les représentations se fondent à partir du corps du fœtus, et plus précisément à partir de son image du corps. Elle invente à ce propos la notion de

22 Bydlowski M., *La transparence psychique de la femme enceinte*, Psychiatrie périnatale. Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie (sous la dir.), Mazet P., Lebovici S., Paris, PUF, 1998, 101-109.

«fantasme du corps imaginé» pour parler de cette layette psychique que les futurs parents «tricotent» dans leur appareil psychique pour y accueillir leur bébé à sa naissance. À l'instar de la layette que les grands-mères de nos générations antérieures tricotaient pour les bébés à venir, la layette psychique créé une forme pour ce sujet en construction, tissée de dimensions différenciées et complémentaires.

Il est admis de parler désormais de plusieurs enfants-réel, imaginaire et fantasmatique-que les parents conjuguent dans ce travail psychique réalisé au cours de la grossesse.

Si *l'enfant réel* est celui qui est en train de se construire à l'abri de l'utérus maternel, *l'enfant imaginaire* est celui dont elle ressent en elle les sensations fœtales, puis qu'elle va imaginer plus précisément en fonction de l'avancée de sa grossesse. S'il est porteur d'un avenir brillant et réussi dans l'imagination de la future mère, il est en même temps porteur de possibles difficultés et handicaps qui viendraient ruiner la part positive souhaitée. Nous voyons que l'imagination permet aussi bien de développer un travail psychique d'anticipation dans une valence positive que négative, ce qui peut rendre la rencontre avec l'enfant réel problématique lorsque l'écart entre les choses constatées et imaginées est trop important.

Lebovici nous précise que «l'enfant imaginaire se décrit donc dans le champ d'une conscience obscure dont le contenu est appelé en psychanalyse le préconscient, fait de souvenirs mis en latence et réactivés par les rêveries diurnes ou fantaisies²³», ce que, nous l'avons vu, la transparence psychique favorise. Mais *l'enfant fantasmatique* est

encore différent de ces deux premiers enfants décrits. Il est «le produit des désirs anciens de maternité» et, «ce qui est transmis avec cet enfant fantasmatique, ce ne sont donc pas tant les événements connus ou obscurément répétés comme des allégories, ce sont les conflits inconscients qui s'aggravent dès que surviennent des difficultés familiales».

Nous voyons dès lors comment les différentes fées présentes et absentes autour du berceau vont venir jouer un rôle qui n'est pas négligeable dans le travail psychique des parents dont je suis en train de parler, et notamment en ce qui concerne les grandes questions de l'intergénérationnel et du transgénérationnel. Je ne peux que renvoyer le lecteur intéressé aux travaux de Lebovici et de Tisseron qui ont, chacun avec son style, aidé à comprendre ces questions déterminantes dans le travail de la parentalité, et plus précisément comment, un problème qui n'est pas réglé à une génération antérieure peut avoir des conséquences quelquefois désastreuses dans les générations suivantes.

Un enfant est né

Le jour de la naissance arrive et là va se produire une mutation importante dans la vie de ce bébé et de ses parents. Le bébé va passer de la vie amniotique, pour ne pas dire aquatique, à la vie aérienne et, outre le fait qu'il connaît à cet instant précis l'impact de la rentrée dans l'atmosphère terrestre avec une pesanteur nouvelle, source possible de cette agonie primitive définie par Winnicott comme «ne pas cesser de tomber», il va quitter une modalité d'existence qu'il ne connaîtra plus jamais: être en dérivation sur le circuit sanguin maternel par l'intermédiaire du placenta.

23 Lebovici S., *Liens intergénérationnels, interactions fantasmatiques*, in Psychopathologie du bébé, (sous la dir.) de Lebovici S., Weil-Halpern F., Paris, PUF, 1989, 143.

Lorsque le professionnel, et maintenant quelque fois le père, coupent le cordon ombilical, ils effectuent un geste technique fait depuis les origines, mais indiquent aussi une opération psychique qui a et aura des vertus symboligènes pour le bébé par l'intermédiaire de ceux dont il va dépendre d'une façon nouvelle mais prévalente, ses parents.

Si, comme nous l'avons déjà dit, Dolto recourt à la notion de «castration» pour parler de cette opération, et comme nous le verrons également pour les étapes suivantes, c'est précisément pour indiquer que cette fonction parentale est un des aspects limitants de la toute puissance infantile. On dit que cette opération est symboligène en ce qu'elle fabrique un symbole dans la tête de l'enfant qui lui restera comme référence d'une limite à ne pas franchir. Mais le symbole s'inscrira chez l'enfant s'il est présent peu ou prou chez ses parents. Et plutôt que d'en parler comme si, à un moment stratégique donné, il suffisait de faire tel ou tel geste pour que la toute puissance infantile soit «vaincue» une fois pour toute, Dolto nous apprend que c'est par une démarche progressiente que cette opération éminente se construit: les étapes seront franchies tout au long du développement de l'enfant, grâce à un travail nécessaire des parents, anticiper sur la limitation de la toute puissance infantile de leur enfant, qui chez beaucoup, peut venir servir par procuration leur narcissisme défaillant: «moi, je n'ai pas réussi à faire telle ou telle chose, donc toi, tu vas me faire le plaisir d'y arriver (pour mon propre compte)».

Ce mandat entre en concurrence directe avec les capacités du parent à limiter la toute puissance de son enfant en tant qu'il est chargé par et pour ses ou son parent(s) d'une mission de réparation.

Castration ombilicale et interdit du vampirisme

C'est pourquoi, dès la naissance, la castration ombilicale a toute son importance parce qu'elle nous invite à penser la séparation du bébé de ce placenta non pas seulement comme une opération nécessaire pour libérer le petit d'homme d'un organe qui n'a plus aucune utilité pour lui, mais aussi comme le début d'une série de séparations de plus en plus complexes qui conduiront cet enfant à une possibilité de «séparation symbolique» et à une autonomie relative le moment venu. Tout se passe comme si la fonction de couper le cordon ombilical venait signifier à ce bébé: «jusqu'à présent, tu as été nourri d'une façon qui est totalement indépendante de ton action, et tu as vécu dans un système de dépendance totale pour toi; par notre circulation sanguine commune tu as reçu tout ce dont tu avais besoin et perdu ce dont tu n'avais plus besoin dans tes échanges vitaux, mais à partir de maintenant, cela doit changer: tu seras nourri à mon sein et bien que tu ne t'en rendes pas tellement compte encore, tu devras être actif pour te nourrir.

Dolto nous dit que l'interdit fondamental qui en résulte est «l'interdit du vampirisme». Tu ne suceras plus le sang maternel pour ta survie et ton développement. On comprend mieux ce que ce terme veut dire, quand les adolescents vont vérifier avec «délectation» dans les films de vampires que ces objets culturels sont investis plus ou moins consciemment, et qu'après la vision du film, on peut passer à autre chose avec le sentiment du devoir accompli, celui d'avoir repris contact avec des parties infantiles précoces de ses fantasmagories prénatales, d'avoir vérifié qu'elles étaient là et qu'elles ne faisaient pas trop parler d'elles en dehors de ces circonstances particulières. Quelquefois, il arrive qu'une mère épuisée par la dépendance énorme qu'un de ses

enfants, par exemple hyperactif justement, exerce avec ou sur elle, parle à ce sujet de «se faire vampiriser». On ne peut trouver de meilleure illustration à l'hypothèse de Dolto.

Castration orale, voie lactée et interdit du cannibalisme

Dès lors, le bébé entre dans une phase au cours de laquelle le nourrissage par voie orale va constituer une part importante de son activité quotidienne. Il n'est pas question de dire que ce sera la seule chose importante.

Tous les spécialistes du bébé ont suffisamment insisté sur le fait que la tétée était l'axe autour duquel le bébé venait progressivement se «rassembler» les autres sensations qui co-existent avec l'incorporation de ce qui emprunte la «voie lactée»: l'odeur du sein de maman, sa voix qui chantonne à ces moments-là, ses yeux qui cherchent mon regard, pour, réunissant tous les éléments ensemble, aboutir à ce que Meltzer nomme «l'attraction consensuelle maximale», préfiguration d'une bonne et solide représentation de son image corporelle chez le bébé. Mais c'est autour de ces temps de nourrissage que l'essentiel de la vie psychique va s'organiser pendant ces premiers mois de vie. Nous sommes donc fondés à la désigner avec Freud sous le terme de phase orale.

Bien sûr la grande question qui a été une polémique avant de devenir maintenant un champ d'articulations possibles, celle de la théorie de l'attachement, initiée par Bowlby, tient toute sa place dans ce développement et je ne vois pas de difficultés à admettre que le réflexe d'agrippement primaire du bébé à sa mère précède l'investissement de celle-ci comme objet d'amour

par le bébé pour ensemble constituer une relation complexe comprenant les deux aspects.

La phase orale est constituée par ces mois au cours desquels le bébé passe beaucoup de son temps d'éveil à se nourrir de lait d'abord puis progressivement d'un certain nombre d'autres éléments du monde qui l'entoure : l'ensemble de ces éléments va fournir un support concret à la fabrication de ses représentations du monde, ce qui lui permettra plus tard de supporter l'absence des choses, dont une principale, sa mère.

Vers la deuxième partie de la première année, cela est variable en fonction des enfants, des habitudes parentales, culturelles et des contraintes de différents ordres, l'enfant va devoir apprendre que ce régime de type oral ne durera pas toute sa vie. Il va devoir se résigner au fait que son autonomie relative grandissant du fait de son développement, que la vie de ses parents reprenant progressivement son cours, un moment va venir où il devra accepter l'arrêt de cette manière d'être nourri. Dolto appelle cela la «castration orale»; cela coïncide avec le sevrage et cette injonction produit chez l'enfant un effet de limitation sous la forme d'un interdit supplémentaire: l'interdit du cannibalisme. «Tu ne dois plus manger ta mère, désormais tu devras participer à ta propre alimentation».

C'est vrai que les pédiatres préparent utilement ce passage en demandant aux parents de commencer à donner quelques aliments non lactés, un peu de fruits, puis plus tard quelques croûtons et quelques morceaux à leur enfant, afin qu'il se saisisse activement de son nourrissage tout en diversifiant son alimentation.

Souvent les sevrages sont faits d'une façon progressive et il arrive fréquemment que les mères qui allaitent puissent, malgré la reprise du travail qui est toujours trop précoce dans notre pays, continuer tout le temps nécessaire pour le bon

développement de leur enfant. Mais il arrive un jour où il faut quand même que le bébé ou le jeune enfant se soumette à ce sevrage lacté, même quand il est différent du sevrage du sein maternel. Il ne s'agit donc pas d'un moment qui serait indiqué comme le bon moment idéal auquel il «faut» arrêter d'allaiter, mais d'une étape incontournable que l'enfant devra accepter.

J'insiste sur le fait que ce n'est pas à l'enfant de décider le moment en question, c'est bien de la responsabilité des parents de le fixer et de s'y tenir si possible. L'effet symboligène vient de cette position parentale qui a comme avantage de permettre à l'enfant d'intérioriser à partir de son expérience de la réalité une limite à son désir inhérent de continuer à fonctionner comme antérieurement. Le changement dans la continuité est le résultat d'un opérateur extérieur à celui qui le vit, au moins lorsqu'on est enfant!

Castration musculaire et interdit de la violence gratuite

Puis l'enfant va passer par une phase qui est centrée sur la question de la muscularité, et dont l'importance dans la question de l'instabilité psychomotrice et de l'hyperactivité est centrale.

Ce que Freud et Abraham ont appelé *la période anale* est une appellation trop restrictive. Bien sûr c'est au cours de cette fin de deuxième année que l'enfant va pouvoir devenir propre en maîtrisant ses sphincters, mais d'un certain point de vue, c'est une acquisition secondaire par rapport à un ensemble de phénomènes que l'enfant commence à bien maîtriser depuis qu'il peut attraper un objet avec sa main, se tenir debout, marcher et aller où bon lui semble.

Quand l'enfant exerce ces capacités motrices,

on oublie souvent que c'est au service d'une intention puis d'une intentionnalité qu'il comprend assez vite pour l'utiliser à bon escient de son point de vue.

Prendre un objet, ce n'est rapidement plus pour jouir de la seule capacité de le prendre; cela devient la possibilité de saisir cet objet qui m'intéresse, que j'envie à ma sœur ou que je veux avoir pour moi maintenant. Marcher, ce n'est rapidement plus être capable de maîtriser cette opération complexe sur le plan moteur et qui donne une telle jubilation à mes parents; cela devient rapidement, avant même que j'en ai la possibilité sur le plan de la parole, l'opportunité de faire savoir que je suis d'accord ou non avec ce que l'on me propose, et la locution «faire marcher ses parents» trouve là son origine concrète. Toujours est-il que l'enfant, une fois qu'il a acquis cette propriété de marcher, indique qu'il dispose d'un moyen à peu près complet de faire ce qu'il veut avec une motricité au service de ses désirs. La toute puissance peut trouver chez certains enfants dans cette propriété une occasion rêvée de montrer à nouveau l'étendue de ses pouvoirs. Et c'est une expérience très importante pour l'enfant de montrer qu'il peut faire beaucoup de choses à partir du moment où il maîtrise ses muscles d'une façon suffisamment fonctionnelle. Mais c'est aussi à cette occasion qu'il va devoir être limité dans ses prétentions motrices lorsqu'elles se retrouvent au service d'une action qui n'est plus socialement acceptable: prendre de force à la crèche le jouet avec lequel l'autre est en train de jouer, pousser son pair dans la salle de jeu de la halte-garderie, mordre sa petite copine ou sa sœur chez la nourrice, voilà des signes qui manifestent que le petit enfant a compris qu'il avait à son usage personnel une arme qui peut l'aider à outrepasser ce qu'il pourrait demander gentiment par ailleurs.

Il ne s'en privera que si une instance parentale lui apprend, lui rappelle, lui intime que ce n'est pas

permis de faire cela et que s'il veut vivre en bonne harmonie dans son groupe, il doit accepter cette idée simple: les muscles servent à l'action quand elle est socialement admise, mais ils ne peuvent en aucun cas servir pour assouvir une envie ou une pulsion qui aurait des effets pénibles, douloureux ou dangereux chez son «prochain» (Lévinas). La violence gratuite est désormais interdite.

Il apprendra qu'il peut, dans certains cas, utiliser cette force musculaire pour se défendre légitimement. Dolto parle à ce propos de la «castration anale». Pour ma part, je propose de parler de «castration musculaire» car je serais enclin à élargir cette opération à l'ensemble de la problématique musculaire, dont l'utilisation à des fins sociales de la maîtrise des sphincters vésicaux et anaux n'est qu'un des avantages acquis parmi d'autres. Et l'interdit qui y est lié est «l'interdit du meurtre».

Il s'agit là d'une première limitation de la violence de l'enfant, non seulement dans une dynamique développementale classique, mais également par rapport à un complexe qui va survenir dans les moments suivants: le fameux complexe d'Œdipe. En effet, si l'interdit du parricide est un des effets de l'Œdipe avec son encore plus connu interdit de l'inceste, l'interdit du meurtre situe le problème sur un plan général: «tu ne tueras point» comme une des lois fondamentales de l'humanité. Et les écarts permanents des hommes par rapport à cette loi ne sont là que pour témoigner des effets dévastateurs de leur toute-puissance lorsqu'elle n'est pas suffisamment intériorisée.

Vers le langage ?

Mais au cours de cette même période de la deuxième année de la vie de l'enfant, se met en place une autre fonction toute aussi essentielle à son développement: l'articulation du langage dans une parole.

En effet, l'enfant au cours de sa première année a utilisé ses organes phonatoires en explorant les différentes possibilités qu'ils recelaient, d'abord d'une façon très libre et/ou anarchique, puis après quelques mois de vagissements, de gazouillis, de babillages et de lallations progressivement harmonisés grâce au «crible phonologique» (Troubetskoy) référé à sa langue maternelle, il en arrive à pouvoir prononcer «papa» puis «maman» vers la fin de la première année, début de la seconde.

Son stock de mots va augmenter lors de cette deuxième année et va émerger de cet empilement de mots de la vie quotidienne une possibilité nouvelle, le premier syntagme ou première construction de phrase: «papa parti», «maman manger».

À partir de cette structure logique décisive, le langage va prendre rapidement une place considérable pour devenir un véhicule prioritaire de la relation. La croissance exponentielle des possibilités langagières exerce sur l'enfant une fonction de détournement de la seule toute puissance musculaire vers la toute puissance de la pensée qui sera la matière fondamentale de la curiosité intellectuelle et affective de l'enfant.

Je vois dans cette bifurcation possible de la seule pratique musculaire vers la pensée représentationnelle un effet civilisateur de la relation interactive que les parents entretiennent avec leur enfant, notamment par le langage. Nous verrons que c'est précisément dans cette difficulté

du passage du musculaire au parler-avec que peut se situer une des racines des troubles de la motricité quand elle n'atteint pas le stade de la psychomotricité interactive. Deux formes sont actuellement problématiques à ce sujet : l'instabilité psychomotrice ou hyperactivité avec ou sans trouble de l'attention et la violence et ses avatars.

Castration primaire : garçon ou fille

Dans l'étape suivante de son développement, l'enfant va alors reconnaître qu'il est doté d'une identité sexuelle qui le fait garçon ou fille. Non pas qu'il l'ignorait jusque là, mais plutôt qu'elle devient un enjeu important de son parcours ultérieur.

En tout état de cause, l'enfant en général devient un garçon ou une fille, et ce « choix » qu'il doit faire le soumet à nouveau à l'acceptation de la réalité de son anatomie et du travail de psychisation de celle-ci qu'il mène depuis sa naissance. Il sait désormais qu'il ne peut plus être les deux, qu'il appartient à un seul des deux sexes. Dolto parle à ce sujet de « castration primaire ». C'est en effet en tant que garçon ou fille qu'il va « entrer » dans le complexe d'Œdipe et y intérioriser les interdits qui en résultent : interdit de l'inceste et du parricide.

Œdipe et après ?

Le complexe d'Œdipe découvert par Freud est une manière de concevoir la mise en forme de la subjectalisation du petit d'homme, qu'il soit garçon ou fille, dans son rapport à ses deux parents, non plus seulement comme des personnes qui ont assuré auprès de lui les conditions de son développement « suffisamment bon », mais sur-

tout comme deux personnes de la génération précédente entretenant ensemble un commerce sexuel qu'il ne pourra jamais partager.

Le « Quand je serai grand, je me marierai avec maman ou avec papa » est une sorte de jeu d'illusion fantasmatique qui va devenir au fur et à mesure de l'effectuation œdipienne, une représentation interdite, fondatrice de l'inconscient. Cette « castration secondaire » structure le rapport entre le garçon ou la fille et leurs parents d'une façon définitive en rendant la réalisation de l'inceste interdite, sinon impensable. Lorsque l'énorme travail œdipien est accompli, deux générations coexistent en présence l'une de l'autre, mais désormais le « mélange » est impossible.

Ce qui était représentable par le deux de la relation parent-enfant est maintenant représenté par le trois de la relation fondatrice du groupe social garçon ou fille, papa et maman. Si le développement pré-œdipien permet à l'enfant de passer progressivement de un à deux par différenciation (une maman avec un enfant), l'Œdipe est une équation qui fait passer de deux à trois. Le « quand je serai grand, je me marierai avec papa ou maman » s'est transformé en « quand je serai grand... » un silence réflexif..., puis « depuis que je vais à l'école maternelle, j'ai rencontré une petite copine ou un petit copain, (silence...), il ou elle me plaît beaucoup ! ».

La période de latence

L'impossible attente de l'avenir s'est apaisée et s'oriente vers une nouvelle temporisation de l'existence, celle de la période de latence, celle de la sublimation, celle du triomphe de la curiosité infantile et de ses assouvissements intellectuels et affectifs. La passion pré-œdipienne et

œdipienne se refroidit quelque peu et les objets pulsionnels peuvent devenir plus abstraits, plus représentationnels. Il est maintenant possible d'apprendre, au sens scolaire du terme.

La présence du mouvement, des jeux moteurs, comme seules expressions de l'émotivité infantile s'enrichit de nouvelles modalités expressives et connaît ses contrepoints langagiers. Il est maintenant possible d'apprendre, au sens scolaire du terme.

Mais dans le cas des enfants que nous étudions, l'instabilité psychomotrice vient dire que je n'ai pas encore mis en place les moyens d'exprimer autrement mes émotions et mes demandes voire mes angoisses. Le trop de motricité, l'hyperactivité, l'hyperkinésie, deviennent autant de marqueurs de l'insistance de la période de castration anale ou musculaire qui ne trouve pas assez de limitations aux expressions particulières de sa perduration ou même de son envahissement, en même temps qu'elle diffère la bifurcation vers la parole et la sublimation. En quelque sorte, toute la clinique telle qu'elle est décrite vient nous dire avec le style de chacune de ses descriptions que quelque chose de cette période continue de « fuir », de couler, de faire du tapage en moi, l'enfant qui ne sait pas encore dire avec des mots ce qui lui arrive.

La question va alors se poser de savoir comment comprendre ces symptômes pour pouvoir y répondre, et même éventuellement en répondre. C'est bien justement parce qu'il y a deux façons si différentes de comprendre ces signes que le problème est ardu, et pour ma part, il me semblerait raisonnable que devant chaque enfant on puisse se poser la question à la fois diagnostique et du sens que ces signes ont pour lui, afin d'apporter une réponse à son appel qui tienne compte de tous les aspects qui ont ainsi été décrits.

Idées sur l'importance de la télévision dans le développement de l'enfant

Dans tout ce mouvement de réflexion, il me semble utile de nous attarder sur un élément qui revêt à mes yeux une énorme importance et qui n'est pas suffisamment pris au sérieux aujourd'hui, celui de la télévision et de sa fonction chez le tout petit enfant.

Quelques travaux ont été réalisés à ce sujet, mais trop peu à mon goût pour témoigner de la complexité et de la gravité de la situation. Craig Anderson²⁴, professeur de psychologie aux USA, dans une revue de la littérature à ce sujet a rappelé que « la plupart des études ayant démontré un lien causal entre l'exposition à la violence médiatique et les comportements agressifs en découlant ont été effectuées sur des individus qui étaient pleinement conscients que la violence médiatique qu'ils percevaient n'était pas la réalité ». Et parmi ses nombreuses conclusions, une m'a particulièrement intéressé : « l'exposition à la violence médiatique décroît l'accessibilité cognitive aux manières non violentes de gérer les conflits ».

Serge Tisseron bien connu pour ses travaux sur l'importance des images dans le fonctionnement psychique, dans son ouvrage « Enfants sous influence », insiste pour éviter tout jugement culpabilisant pour les parents, sur « accompagner au lieu d'interdire les images violentes ».

24 Anderson C., Sanchez-Cardenas M., *Violence des médias et des jeux vidéo. Quels effets sur les comportements des jeunes?*, Abstract Psychiatrie, 240, Décembre 2002, 4-5.

De même, le philosophe Dany-Robert Dufour, dans son ouvrage «L'art de réduire les têtes», insiste sur «le laminage des enfants par la télévision (qui) commence très tôt. Ceux qui arrivent aujourd'hui à l'école sont souvent gavés de petit écran dès leur plus jeune âge. Fait anthropologique nouveau, ils se retrouvent souvent devant l'écran avant de parler».

Mais pour l'instant les études plus approfondies ne portent que sur la population des enfants après quatre ans. Or tous les pédiatres qui travaillent en maternité le disent, aujourd'hui, lors du premier jour de vie du bébé, quand il est l'heure d'examiner l'enfant avec les parents, il est devenu habituel de commencer par demander à ces parents d'éteindre la télévision dans la chambre de la parturiente. On ne peut continuer à dire et penser que cela n'aura pas d'influence sur le développement du bébé.

De nombreuses études ont mis en évidence l'importance de l'interpénétration des regards dès les premiers jours de vie, de l'attention conjointe dans les premiers mois. Comment ne pas prendre en compte l'intrusion de la télévision dans l'interaction bébé-parents? Cela a évidemment une importance qu'il ne faut pas négliger, et notamment comme y insiste Dufour, justement du fait que cette «rencontre» a lieu avant la possibilité de la parole chez l'enfant? Il ne s'agit pas ici de juger qui que ce soit; cela n'est pas de mon domaine de compétence; mais par contre, comment accompagner ces nouvelles manières d'être au monde pour le bébé dans son interaction avec ses parents? Voilà la question qui se pose si on veut comprendre pourquoi et comment le nombre d'enfants hyperactifs augmente sans cesse.

En effet, quel est le statut de l'excitation qui s'empare du bébé lorsqu'il assiste à un nourrissage permanent de nature télévisuelle? Comment en fait-il quelque chose? Sous quelle forme? Que devient cette excitation? La manière dont

est «métabolisée» cette excitation joue-t-elle un rôle dans la non bifurcation du musculaire vers la parole? Et si les mouvements incontrôlables que les enfants hyperactifs présentaient en étaient une des formes dérivées possibles? Même chose pour la violence? Autant de questions qu'il conviendra de mettre au clair si l'on veut avancer dans la compréhension d'un tel phénomène sans le médicaliser d'une façon réductrice.

Mais que l'on se souvienne seulement de la différence entre un enfant tout petit qui écoute raconter par son parent une histoire avant de s'endormir en co-crédant avec lui les représentations qu'il va intérioriser de ladite histoire et un autre enfant tout petit qui regarde une histoire «à la télé», à supposer même qu'elle lui soit destinée, ce qui est loin d'être toujours le cas.

L'histoire racontée «par la télé» laissera beaucoup moins de place à l'aspect créatif de l'enfant: la forme, le contenu, les décors sont imposés par le metteur en scène et l'enfant ne peut que recevoir la version qu'un autre a créée pour «son» télé-spectateur. À un âge précoce, sa capacité à penser l'histoire n'est pas sollicitée; il doit l'accepter comme telle. Et si dans certains cas, ce jeune enfant a la chance d'assister à ce spectacle en compagnie de son parent, ce qui pourrait alors permettre une reprise dans un échange émotionnel et de paroles facilitant pour l'enfant l'intériorisation de ce qu'il vient de voir, et de ce fait, la transformation de l'excitation télévisuelle en «affects et représentations», dans de trop nombreux cas, l'enfant est face à sa «nourrice» excitante – je propose de parler alors de l'allaitement télévisuel – sans possibilité de s'en dégager par la pensée, et donc soumis au règne de l'obligatoire «décharge motrice» telle qu'elle a été décrite par Freud dans l'Entwurf. On ne peut pas faire l'économie d'un détour par l'étude de ce type de paramètres si l'on veut avancer dans la compréhension des troubles de la psychomotricité.

Réflexions actuelles

Si pour Bernard Golse, l'hyperactivité est devenue, au fil des dernières années, emblématique de l'opposition entre deux conceptions de la psychopathologie de l'enfant et, peut-être, de la psychopathologie en général, à savoir une conception de type linéaire et plutôt neurodéveloppementale d'une part, une conception psychodynamique et polyfactorielle d'autre part, il me semble incontournable aujourd'hui de tenter d'en rapprocher les points de vue quand cela est possible et utile pour l'enfant.

Abondamment relayée par les différents médias, la polémique s'est progressivement enflammée et il importe, à vrai dire, de ne pas négliger les enjeux de ces débats parfois excessifs, mais toujours importants.

Plusieurs thèmes de discussion sont encore très actuels.

C'est d'abord la question de la définition de ce cadre nosologique qui a été discutée :

Comme on le sait, à l'heure actuelle, les entités nosologiques en psychiatrie – et singulièrement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – ne reconnaissent pas de marqueurs biologiques indiscutables et leur délimitation se fonde principalement sur des consensus entre cliniciens, consensus dont témoignent les grandes classifications internationales évoquées ci-dessus.

Par essence, tout consensus se révèle assez volatile et, en tout cas, transitoire d'où, d'ailleurs, la nécessité de révisions régulières des dites classifications.

Certains symptômes, en effet, se trouvent relati-

vement dépendants du contexte socio-culturel et tel est, nous semble-t-il, le cas de l'hyperactivité, dans la mesure où chaque société, en fonction de son histoire et du moment de son évolution, va se montrer plus ou moins sensible à l'agitation des enfants et c'est alors toute la question de la variabilité des normes éducatives qui se trouve ici posée.

Ceci ne signifie en rien qu'il ne puisse pas exister d'authentiques pathologies du contrôle moteur et des processus d'attention et de concentration, mais seulement que la ligne de démarcation entre le pathologique et le normal se montre, dans ce domaine particulier, éminemment fluctuante.

Ces quelques remarques doivent donc nous inciter, ici, à beaucoup de modestie et de prudence dans l'établissement du diagnostic d'hyperactivité et dans l'affirmation du caractère intrinsèquement pathologique des troubles observés ou motivant le recours au pédopsychiatre.

En tout état de cause, dans la stratégie d'évaluation de la situation clinique, nous soulignons le fait que le recours aux enseignants en tant qu'évaluateurs des troubles cliniques des enfants dont ils ont la charge, ne peut pas aller sans soulever un certain nombre de problèmes éthiques (par exemple en ce qui concerne la contribution des enseignants à la cotation des échelles de Conners²⁵).

C'est ensuite la question de l'étiologie qui a été l'objet de disputes théoriques intenses :

Comme nous l'avons dit plus haut, la conception du déterminisme de l'hyperactivité de l'enfant renvoie en fait à deux conceptions différentes de la psychopathologie.

25 Conners CK., *Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic and normal children*, Child Dev., 1970, 41, 667-682.

Soit on considère ce symptôme comme la conséquence directe d'un trouble (éventuellement modulaire) des processus d'attention, de concentration et de régulation du contrôle moteur, soit on le considère comme le fruit de la rencontre entre la part personnelle de l'enfant (soit son équipement personnel: neurobiologique, génétique, psychologique, cognitif...) et de toute son histoire relationnelle, ainsi que celle de son groupe familial et socio-culturel.

Le premier modèle s'avère de type neurodéveloppemental et monofactoriel, le second – qui fonde la conception psychodynamique de la psychopathologie – laisse une place aux effets d'après-coup et de reprises significatives, et s'affirme de ce fait comme résolument polyfactoriel.

La différence n'est pas seulement académique en ce sens qu'elle a des conséquences importantes et concrètes sur les options thérapeutiques qui seront ainsi retenues et choisies.

Dans le premier modèle, l'abord thérapeutique privilégie très naturellement la recherche de substances médicamenteuses susceptibles de corriger le désordre invoqué, et tel est le cas du traitement par les substances amphétamine-like considérées comme capables de venir boucher un «trou métabolique» au niveau des équilibres entre les différents neuro-médiateurs impliqués dans l'origine de la situation clinique d'instabilité. Dans le deuxième modèle, on pourra, par exemple, être amené à considérer que l'hyperactivité de l'enfant est une réponse de type «hypomaniaque» à l'insuffisance des capacités contenantantes de l'environnement initial, en cas d'environnement carenciel ou de dépressions maternelles précoces, par exemple.

On sait en effet que face à certaines insuffisances du holding, le bébé peut en effet mettre en place des défenses parmi lesquelles l'agitation et l'hyperactivité ont éventuellement valeur

d'enveloppe motrice substitutive, ceci étant dit dans la perspective des travaux d'E. Bick²⁶ sur la notion de «peau psychique». Elle décrit ainsi ce qu'elle appelle «la seconde peau musculaire» qui joue pour le bébé le rôle de contenant corporel-psychique quand la fonction phorique environnante vient à manquer. Dans ce cas, l'expression motrice devient tout naturellement le moyen par lequel cette fonction défensive peut s'extérioriser. Cette façon de comprendre le développement me semble particulièrement propice pour nous faire toucher du doigt le rapport entre dépression infantile et instabilité psychomotrice.

Dès lors, la reconstruction de l'histoire relationnelle précoce peut avoir, en elle-même, une certaine dimension thérapeutique et, en outre, dans ces cas, un travail au niveau du corps par le biais de techniques de relaxation analytique, ou un travail au niveau de petits groupes thérapeutiques peuvent s'avérer très précieux en permettant de retravailler ces différents niveaux d'enveloppes corporelles et groupales.

On veillera, bien entendu, via la question des dépressions maternelles qui ne représentent qu'un facteur étiologique possible parmi bien d'autres, à ne pas revenir, subrepticement, à un modèle linéaire du déterminisme étiopathogénique, lequel, répétons-le, ne peut être que polyfactoriel.

Pour qu'un enfant souffre de la psychopathologie maternelle, il est nécessaire en effet que tous les tiers qui auraient pu, ou qui auraient dû, le protéger aient fait la preuve de leur faillite ce qui, en soi, exclut donc toute relation de cause à effet directe entre la dépression maternelle et l'hyperactivité de l'enfant.

26 Bick E., *The experience of the skin in early object relations*, International Journal of Psychoanalysis, 1968,49, 484-486

Le recours à une explication linéaire est donc forcément fallacieux et toujours nocif, en compromettant toute alliance thérapeutique avec les parents et en risquant de renforcer, dans l'après-coup, le fantasme de l'enfant de n'avoir pas su rendre ses parents suffisamment bons (H. Searles)

C'est enfin la question du traitement amphétaminique qui s'est vue fortement conflictualisée²⁷:

Nombre d'auteurs, en France tout au moins, considèrent que ce type de traitement ne va pas sans poser de réels problèmes qualitatifs et quantitatifs.

Quantitativement, il existe dans certains pays de culture médicale anglo-saxonne un nombre très certainement excessif d'enfants traités par des substances amphétamine-like.

Initialement, les indications de ces traitements non dépourvus de risques d'effets secondaires (troubles du sommeil, troubles de l'appétit, imprégnation des fibres myocardiques...) ne devaient concerner que l'hyperactivité avec troubles de l'attention et de la concentration mais sans co-morbidité aucune, soit sans aucun trouble psychopathologique associé.

L'expérience clinique nous apprend que ces cas sont, en fait, assez rares.

Mais le poids de l'industrie pharmaceutique et le consensus plus ou moins tacite, généralisé et souvent étayé par les médias, visant à exclure la complexité qui nous confronte toujours à la souffrance du sujet, à la sexualité et à la mort, a amené d'importantes dérives rendant compte du fait qu'à l'heure actuelle, plus de cinq millions

d'enfants se voient traités par les amphétamines aux USA!

En France, fort heureusement, la situation n'est pas (encore?) aussi alarmante et nombre de parents cherchent à donner du sens à l'hyperactivité/instabilité de leur enfant sans la réduire à un symptôme déconnecté de toute histoire relationnelle et qui ne justifierait ainsi qu'une approche seulement médicamenteuse. Toute prescription de psychostimulant, quand elle est vraiment justifiée, me semble d'ailleurs devoir être accompagnée d'un travail psychothérapeutique, au sens large, de l'enfant et/ou de ses parents avec lui.

Il y a là, en tout cas, un véritable problème de santé publique et, qualitativement, le principe de précaution devrait sans doute être invoqué face à la prescription prolongée de psychotropes à des enfants dont le cerveau et l'appareil psychique sont encore, à l'évidence, en pleine structuration.

De ce point de vue, l'accès du public aux résultats des essais thérapeutiques, positifs et négatifs, est aujourd'hui loin de ce qu'il devrait être.

Il nous semble donc que nous devons veiller soigneusement à ce que les parents ne se fassent pas détourner de la réflexion psychopathologique à laquelle ils aspirent souvent, et cette remarque vaut même si, dans l'avenir, des substances non amphétaminiques pourront être proposées avec une efficacité comparable.

Ces substances de remplacement seront probablement de nature anti-dépressive et ceci ne fait d'ailleurs que renforcer l'hypothèse de la dimension anti-dépressive, signalée ci-dessus, du symptôme «hyperactivité», dans un certain nombre de cas tout au moins.

La position d'un grand nombre de praticiens dans notre pays est que les traitements médica-

27 Bursztejn C., Chanseau J.Cl., Geissmann-Chambon C., Golse B., Houzel D., *Ne bourrez pas les enfants de psychotropes!* Le Monde, 56ème année, n° 175211, Samedi 27 mai 2000, 20.

menteux peuvent parfois être utiles mais, toujours, en association avec une approche historicisante (Golse) du trouble et la mise en œuvre de techniques psychothérapeutiques (individuelles ou groupales), rééducatives ou corporelles.

Tout ceci doit donc, nous semble-t-il, nous amener à la plus grande vigilance et à la poursuite d'études contrôlées et rigoureuses, à la fois en matière de repérage diagnostique et de prise en charge thérapeutique. Il ne serait pas acceptable que des enfants, sous des prétextes divers, se voient traités comme relevant de psychostimulants ou de neuroleptiques sous le seul prétexte de leur efficacité apparemment plus rapide, ou moins complexe sur le plan du dispositif à mettre en place.

Nous avons vu qu'à chaque fois que cela s'avérerait nécessaire, toute prescription médicamenteuse, quand l'indication s'en fait sentir, doit être accompagnée, corrélée, articulée avec une prise en charge de type psychothérapeutique, sans qu'aujourd'hui il soit possible de préciser davantage de quel type de psychothérapie il est question. Mais nous avons vu en outre, que le risque d'utilisation de ces traitements à des fins qui ne seraient pas uniquement thérapeutiques, mais également sociopolitiques n'est plus une fantasmagorie paranoïaque de quelques uns.

Devant une détérioration des conditions d'accompagnement des fonctions parentales en matière d'éducation et de développement des enfants dans nos sociétés contemporaines, la tentation pourrait exister de considérer que la recherche de solutions rapidement efficaces, fût-ce au prix de la part spécifiquement humaine de notre monde, peut s'arranger d'un raccourci d'apparence scientifique pour aboutir à une organisation bio-médico-administrative du fonctionnement social défaillant. Les pédopsychiatres et les professionnels de la petite enfance doivent être tout particulièrement vigilants à

ces aspects contemporains de dispositifs qui, sous couvert de santé publique, peuvent avancer masqués vers... «le meilleur des mondes».

La prise en charge

Aujourd'hui, les enfants hyperactifs et/ou instables deviennent des « enfants à soigner ». Il arrive trop souvent qu'ils soient envoyés chez un médecin et qu'une prescription psychotrope soit la seule solution envisagée avec eux.

Je ne saurais trop insister sur l'importance de s'engager à chaque fois qu'un tel enfant est adressé chez le médecin et plus précisément chez le pédopsychiatre, dans une démarche diagnostique qui vise non seulement à faire le point sur les symptômes qui peuvent être regroupés en syndrome et conduire à un diagnostic prenant place dans les classifications internationales et justiciables à ce titre d'une prescription médicamenteuse, mais également à proposer à cet enfant et à sa famille une possibilité de « lecture » de ces symptômes dans une visée compréhensive telle que la démarche clinique la propose.

Nous avons vu en effet que l'hyperactivité ou l'instabilité psychomotrice, loin d'être un symptôme à l'étiologie univoque, résulte d'une multitude de facteurs parmi lesquels la qualité de vie, l'ambiance du quotidien, la pression consciente et inconsciente exercée auprès et sur l'enfant par les forces parentales idéalisantes sont parmi d'autres, autant de points sur lesquels il est bon de travailler avec les parents pour les amener à changer quelque chose dans la vie de leur enfant. Quand bien même un traitement est prescrit, y compris lorsqu'il s'agit d'un psychotrope de la série amphétaminique, il convient me semble-t-il de ne pas se contenter de cette prescription médicamenteuse, mais de l'intégrer dans une prise en charge plus globale dans laquelle le médicament vient prendre une place dans la relation psychothérapique qui est de toute façon nécessaire en matière de pédopsychiatrie.

Sur un plan concret, la consultation chez le pédopsychiatre consistera, une fois le diagnostic établi, à proposer à l'enfant et à ses parents une prise en charge si elle s'avère nécessaire. Cette prise en charge s'appuiera sur les savoirs complémentaires du pédopsychiatre, du psychologue, du psychomotricien et quelques fois d'autres praticiens de la petite enfance : orthophoniste, éducateur, infirmier, instituteur spécialisé, assistant social, ... En fonction de l'histoire de chaque enfant, des ressources qui sont disponibles dans son environnement, de la manière dont ses parents comprennent le trouble qui a motivé la consultation, des propositions de prises en charge seront faites à l'enfant afin de l'aider à progressivement quitter le domaine du mouvement prévalent pour aller vers celui de la pensée et de la représentation.

Dans certains cas, ce sera le pédopsychiatre qui engagera un travail psychothérapique directement avec l'enfant et avec une rencontre régulière avec les parents de façon à ne pas cliver la famille. Dans d'autres cas, l'enfant sera pris en charge régulièrement par le psychomotricien et les parents seront reçus par le pédopsychiatre ou le psychologue pour avancer dans la compréhension des difficultés de l'enfant. Dans d'autres cas enfin, il peut être utile de disposer d'ateliers thérapeutiques avec des médias tels que l'atelier-écriture, l'atelier-terre, le psychodrame et bien d'autres possibilités qui donnent l'occasion à l'enfant d'investir autrement le travail de la créativité que par le seul recours au scolaire. Ces différentes modalités de travail qui peuvent être effectuées soit en individuel soit en groupe, sont placées sous le primat de la psychothérapie.

Il arrive que quelques enfants qui ont été également reçus par le neuropédiatre afin d'éliminer toute cause organique possible par ailleurs, puissent bénéficier d'un traitement par un psychotrope. Dans ces indications, il importe que l'enfant et ses parents soient dans une dynamique de la

prescription qui leur permette d'intégrer cet élément médicamenteux au sein de l'ensemble du traitement psychothérapeutique. J'ai trop souvent eu à recevoir des enfants qui étaient suivis en psychothérapie depuis quelques fois des années et qui venaient me voir en catimini, espérant me voir prescrire un traitement par psychotrope à l'insu du psychothérapeute. Pour moi, il n'est pas question de rentrer dans ce genre de scénario qui mettrait l'enfant dans une situation de double lien intolérable.

Dans ces cas, je propose une réunion de travail avec le psychothérapeute, l'enfant et ses parents pour discuter de la complémentarité possible, quand elle est indiquée médicalement, entre les deux aspects du traitement de l'enfant. Je crois qu'il faut aujourd'hui s'engager dans une voie intégrative en ce qui concerne les traitements des enfants, afin de ne pas les mettre objectivement en situation d'otages de partisans incapables de s'entendre sur leurs idées et leurs pratiques en vertu de soi-disant divergences théoriques. Il me semble au contraire très intéressant de penser le cadre de ces prises en charge dans une dynamique de réseau dans lequel chacun des intervenants a sa place autour de l'enfant et de ses parents au service de l'amélioration de son état psychique. C'est ainsi qu'il me semble possible d'organiser d'une façon étayante pour l'enfant une prise en charge basée sur ce que le sociologue belge Eugène Dupréel appelle « les rapports complémentaires ». Les parents, le pédagogues, le pédiatre, le psychologue, le psychothérapeute, l'éducateur, le pédopsychiatre, et tous ceux qui sont nécessaires à la prise en charge de cet enfant-là constituent sa « constellation transférentielle », son « équipe ressource », et s'arrangent pour mettre en complément les uns des autres leurs pensées et leurs pratiques au service de l'enfant dans sa famille. Des aménagements institutionnels sont nécessaires et doivent être inventés à l'aune de chaque situation.

La psychiatrie de secteur « à la française » est spécifiquement pensée sur ces bases théoriques, et elle a donné la preuve, là où elle a pu se mettre en place d'une façon satisfaisante, de sa capacité à faciliter une telle politique de soins. Nul doute que la volonté des professionnels de se mettre dans cette position autour de l'enfant soit le principal moteur des changements nécessaires et attendus dans le domaine des troubles du comportement chez l'enfant, parmi lesquels l'instabilité psychomotrice et l'hyperactivité prennent une place de plus en plus conséquente.

À nous de modifier nos pratiques pour pouvoir en déduire des solutions dans le cadre de la préservation d'une éthique de la relation humaine.

Bibliographie

- Marcelli D., *L'enfant chef de famille*, Albin Michel, Paris, 2003.
- Dolto F., *L'image inconsciente du corps*, Seuil, Paris, 1984.
- Hoffmann H., *Der Strunwelpeter: oder Lustige geschichten und drollige bilder*, Leipzig, Verlag, 1854.
- Duché DJ., *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*, Paris, PUF, 1990.
- Bercherie P., *Les fondements de la clinique*, Paris, Seuil/Ornicar, 1980.
- Wallon H., *L'enfant turbulent*, Paris, PUF, collection Quadrige, 1984.
- Abramson J., *L'enfant et l'adolescent instables*, Paris, Alcan, 1940.
- Dugas M., *L'hyperactivité chez l'enfant*, Paris, PUF, 1987.
- Balint M., *Notes critiques concernant la théorie des organisations pré-génitales de la libido*, Amour primaire et technique psychanalytique, Paris, Payot, 1973.
- Schotte J., *De l'école hongroise de psychanalyse à Szondi et à la psychiatrie d'aujourd'hui*, Le contact, Bruxelles, De Boeck, 1990.
- Micouin G., Boucris JC., *L'enfant instable ou hyperkinétique*, Psychiatrie de l'enfant, XXXI, 2, 1988.
- Bucher H., *Les problèmes psychomoteurs chez l'enfant*, Paris, Expansion Scientifique Française, 1980.
- Missonnier S., Golse B., Soulé M., *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris, PUF, 2004.
- Searles H., *Le Contre-transfert*, Paris, Gallimard, Coll. Connaissance de l'Inconscient, 1981.

Prenons le temps de travailler ensemble.

La prévention de la maltraitance est essentiellement menée au quotidien par les intervenants. En appui, la Cellule de coordination de l'aide aux victimes de maltraitance a pour mission de soutenir ce travail à deux niveaux. D'une part, un programme à l'attention des professionnels propose des publications (livrets Temps d'arrêt), conférences, formations pluridisciplinaires et mise à disposition d'outils (magazine Yapaka). D'autre part, des actions de sensibilisation visent le grand public (campagne Yapaka: spots tv et radio, magazine, autocollant, carte postale, livre pour enfant...).

L'ensemble de ce programme de prévention de la maltraitance est le fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction Générale de l'Aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE). Diverses associations (Ligue des familles, services de santé mentale, plannings familiaux...) y participent également pour l'un ou l'autre aspect.

Se refusant aux messages d'exclusion, toute la ligne du programme veut envisager la maltraitance comme issue de situations de souffrance et de difficulté plutôt que de malveillance ou de perversion... Dès lors, elle poursuit comme objectifs de redonner confiance aux parents, les encourager, les inviter à s'appuyer sur la famille, les amis... et leur rappeler que, si nécessaire, des professionnels sont à leur disposition pour les écouter, les aider dans leur rôle de parents.

Les parents sont également invités à appréhender le décalage qu'il peut exister entre leur monde et celui de leurs enfants. En prendre conscience, marquer un temps d'arrêt, trouver des manières de prendre du recul et de partager ses questions est déjà une première étape pour éviter de basculer vers une situation de maltraitance.

La thématique est à chaque fois reprise dans son contexte et s'appuie sur la confiance dans les intervenants et dans les adultes chargés du bien-être de l'enfant. Plutôt que de se focaliser sur la maltraitance, il s'agit de promouvoir la « bienveillance », la construction du lien au sein de la famille et dans l'espace social: tissage permanent où chacun – parent, professionnel ou citoyen – a un rôle à jouer.

Ce livret ainsi que tous les documents du programme sont disponibles sur le site Internet:

www.yapaka.be

Temps d'Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine de la petite enfance. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes...

Déjà paru

- L'aide aux enfants victimes de maltraitance – Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents. Collectif.
- Avatars et désarrois de l'enfant-roi. Laurence Gavarini, Jean-Pierre Lebrun et Françoise Petitot.*
- Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique. Edwige Barthélemy, Claire Meersseman et Jean-François Servais.*
- Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance. Reine Vander Linden et Luc Roegiers.*
- Procès Dutroux ; Penser l'émotion. Vincent Magos (dir).
- Handicap et maltraitance. Nadine Clerebaut, Véronique Poncelet et Violaine Van Cutsem.*
- Malaise dans la protection de l'enfance : La violence des intervenants. Catherine Marneffe.*
- Maltraitance et cultures. Ali Ouattah, Georges Devereux, Christian Dubois, Kouakou Kouassi, Patrick Lurquin, Vincent Magos, Marie-Rose Moro.
- Le délinquant sexuel – enjeux cliniques et sociétaux. Francis Martens, André Ciavaldini, Roland Coutanceau, Loïc Wacquant.
- Ces désirs qui nous font honte. Désirer, souhaiter, agir : le risque de la confusion. Serge Tisseron.*
- Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles. Yves Cartuyvels, Françoise Collin, Jean-Pierre Lebrun, Jean De Munck, Jean-Paul Mugnier, Marie-Jean Sauret.
- Le professionnel, les parents et l'enfant face au remue-ménage de la séparation conjugale. Geneviève Monnoye avec la participation de Bénédicte Gennart, Philippe Kinoo Patricia Laloire, Françoise Mulkay, Gaëlle Renault.*
- L'enfant face aux médias. Quelle responsabilité sociale et familiale ? Dominique Ottavi, Dany-Robert Dufour.*
- Voyage à travers la honte. Serge Tisseron.*
- L'avenir de la haine. Jean-Pierre Lebrun.*
- Des dinosaures au pays du Net. Pascale Gustin.*

*Épuisés mais disponibles sur www.yapaka.be