

P S Y C H O   S U P

# Les pathologies de l'agir chez l'enfant

Approche clinique et projective

Jean-Yves Chagnon  
Aline Cohen de Lara

DUNOD

Conseiller éditorial  
Catherine Chabert

Illustration de couverture  
Franco Novati

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique

s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2012  
ISBN 978-2-10-058286-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

À Roger Misès



---

# Table des matières

---

AVANT-PROPOS	XI
INTRODUCTION	1
<b>CHAPITRE 1</b> APPROCHE THÉORICO-CLINIQUE DES PATHOLOGIES DE L'AGIR CHEZ L'ENFANT	5
<b>1. Enjeux épistémologiques des conceptions et des classifications en psychiatrie</b>	7
1.1 La demande sociale	9
1.2 Les objets de la psychiatrie : maladies, troubles mentaux, symptômes ?	10
<b>2. L'agir : définitions</b>	14
<b>3. Repérages classificatoires</b>	17
3.1 L'instabilité psychomotrice, l'agitation ; le TDA/H	17
3.2 Les troubles du caractère et du comportement, la psychopathie ; trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et trouble des conduites (TC)	24
<b>4. Repérages cliniques dynamiques</b>	33
4.1 L'instabilité psychomotrice et l'hyperactivité	33
4.2 Les troubles du comportement et des conduites	35
<b>5. Modèles psychopathologiques psychanalytiques</b>	36
5.1 L'instabilité psychomotrice et l'hyperactivité	36
5.2 Les troubles du comportement et des conduites ; la psychopathie	49
<b>CHAPITRE 2</b> CLINIQUE PROJECTIVE : PRINCIPALES MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT	59
INTRODUCTION	61
<b>1. Bilan psychologique et processus de pensée</b>	65
1.1 Processus de pensée : apport complémentaire des épreuves de niveau et des tests projectifs	65

1.2 Principales caractéristiques des protocoles de tests projectifs	68
<b>2. Identité, identifications, mode de relation aux objets</b>	69
2.1 Sentiment de l'identité fragile	71
2.2 Identifications secondaires	73
2.3 Mode de relation aux objets	75
<b>3. Problématique des limites et externalisation du conflit</b>	80
3.1 Insertion dans la réalité et conscience d'interpréter	81
3.2 Problématique des limites et impact de l'environnement	82
3.3 Externalisation du conflit	83
<b>4. Modalités défensives</b>	86
4.1 Évitement et répression	87
4.2 Défenses maniaques	89
4.3 Les défenses narcissiques chez l'enfant	92
4.4 Défenses archaïques	94
<b>5. Modalités de traitement des motions pulsionnelles</b>	97
5.1 Répression des affects et des représentations	98
5.2 Accès à l'ambivalence et désintringation pulsionnelle	100
5.3 Pulsions d'emprise et destruction de l'objet	101
<b>6. Registres d'angoisse et problématiques</b>	103
6.1 Problématiques œdipiennes et angoisse de castration	105
6.2 Perte d'objet et angoisses de séparation	107
6.3 Proximité d'un registre archaïque	110

<b>7. Instances surmoïques : surmoi, idéal du moi, moi idéal</b>	113
7.1 Éléments théoriques	113
7.2 Incidences de la fonction interdictrice du surmoi	115
7.3 Incidences de l'idéal du moi et du moi idéal	119
7.4 Discussion	124
<b>CHAPITRE 3 ILLUSTRATIONS CLINIQUES</b>	127
<b>1. Guillaume (11 ans), un enfant agité prépsychotique</b>	129
1.1 Présentation clinique	129
1.2 Le Rorschach	132
1.3 Le T.A.T.	138
1.4 Conclusions	141
<b>2. Daniel (9 ans) et les achoppements du travail de symbolisation</b>	142
2.1 Présentation clinique	142
2.2 Les apports du Rorschach	145
2.3 Les apports du T.A.T.	149
2.4 Conclusions	152
EN GUISE DE CONCLUSION	155
BIBLIOGRAPHIE	159





---

## Avant-propos

---

L'actualité clinique, qu'elle soit psychiatrique, psychopathologique ou psychanalytique, confronte inéluctablement à la question du diagnostic : il s'agit en effet de saisir les modalités de fonctionnement dont dispose un sujet, l'éventail de conduites psychiques qui lui permettent de vivre, afin d'envisager avec lui, si cela s'avère nécessaire du fait de sa souffrance, les recours thérapeutiques pertinents susceptibles de développer ses potentialités de changement.

L'interprétation psychanalytique des épreuves projectives a largement permis de promouvoir leur utilisation diagnostique et métapsychologique. Elles permettent d'analyser le fonctionnement psychique individuel, grâce à l'écoute et au décryptage d'un discours circonscrit par une clinique transférentielle originale : la situation projective sollicite une associativité porteuse de représentations internes et en même temps exige le respect de la réalité externe à l'instar de la double contrainte qui régit les processus psychiques.

Dans la collection « Psychopathologie et Méthodes Projectives » figure des ouvrages centrés sur les problématiques cliniques et psychopathologiques susceptibles d'apparaître au cours de la vie – enfance, adolescence, âge adulte, maturité, vieillissement. Pour chacune, la clinique projective s'inscrit dans une dialectique qui laisse la place à des articulations originales, et ménage la part d'imprévisible dans la recherche sur le fonctionnement psychique. La rupture et la discontinuité, l'association parfois hétéroclite de signes divers doivent pouvoir être saisies dans leur hétérogénéité même si elles se révèlent discordantes, illustrant la « bigarrure » de la psyché humaine dans ses traductions contemporaines.

Chaque ouvrage, réalisé par un ou plusieurs auteurs spécialistes du domaine, comporte une mise au point théorico-clinique des troubles concernés et des développements précis sur les apports spécifiques de la clinique projective. Un large

éventail de configurations psychopathologiques sera étudié et permettra d'offrir aux étudiants mais aussi aux psychologues cliniciens, des outils de travail théoriques, méthodologiques et cliniques indispensables dans les procédures actuelles de la pratique et de la recherche en psychopathologie.

Le premier ouvrage *Les pathologies de l'agir chez l'enfant* sera suivi d'une série de titres : *Clinique et psychopathologie du vieillissement*, *Les psychoses*, *Les troubles bipolaires à l'adolescence*, *Les conduites compulsives à l'adolescence*, *Les processus et troubles de pensée*, *Autisme et psychoses infantiles*, *L'hystérie chez l'enfant*.

Catherine Chabert

---

## Introduction

---

Cet ouvrage traite de l'approche clinique et projective, dans une perspective psychanalytique, des *problématiques de l'agir* chez l'enfant en période de latence, c'est-à-dire de l'agitation ou instabilité psychomotrice et des troubles du caractère et du comportement décrits aujourd'hui sous les termes de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) et de trouble des conduites (TC).

Ces problématiques ont donné lieu ces dernières années à de vifs débats dans la communauté scientifique et sur le terrain clinique, débats cristallisés par l'utilisation de psychostimulants chez l'enfant hyperactif et par les préconisations de dépistage précoce des troubles des conduites susceptibles d'ouvrir vers la délinquance. À la suite d'un rapport de l'Inserm (2005) critiqué par le collectif « Pas de zéro de conduite pour l'enfant de 3 ans » (2006), ces discussions ont mis au jour l'opposition entre deux conceptions différentes de la psychiatrie de l'enfant. L'une, sous-tendue par une approche psychopathologique, vise à comprendre le sens caché des symptômes en référence au fonctionnement mental et aux relations intersubjectives du sujet pris dans un environnement socioculturel donné ; l'autre se contente de décrire et de classer des symptômes et des comportements, de les organiser en troubles et de les soigner ou de les réduire, sans toujours se soucier du fonctionnement psychique et de la souffrance, souvent dépressive ou identitaire, qui les soutient, ni des facteurs relationnels, familiaux et sociaux qui ont pu contribuer à leur organisation.

L'approche psychopathologique, défendue ici, tente de trouver une intelligibilité à l'instabilité et aux troubles du caractère et du comportement en les considérant comme des « actes-symptômes ». Surtout, elle ne les comprend pas isolément mais les relie à différentes entités psychopathologiques, d'où leur aspect « transnosographique », même si l'accent est

mis sur ce qui prend aujourd'hui la dénomination de « pathologies limites » (Misès, 1990). Ces problématiques où l'agir prédomine s'accompagnent de particularités, moins visibles donc susceptibles d'être oubliées, dans les modalités du fonctionnement psychique, en particulier d'angoisses, d'aménagements défensifs, de modes relationnels et de processus de pensée pesant sur la scolarité, soit autant de symptômes qui font partie d'un tableau d'ensemble ouvert à des réorganisations pathologiques graves à l'adolescence, d'où l'importance d'une prévention et d'une « prise en charge » thérapeutique multi-axiale précoce.

Le bilan psychologique, tel que conceptualisé et développé par l'École « française » (Emmanuelli, 2004) trouve toute sa place dans l'analyse psychopathologique, en complémentarité avec les différents bilans (pédopsychiatrique, neurologique, pédagogique, éducatif, etc.). Dans le cadre de ce bilan psychologique, les épreuves projectives, interprétées selon une approche psychanalytique telle que la promeut, l'enseigne et la défend depuis de nombreuses années le groupe de l'École de Paris organisé autour de N. Rausch de Trautenberg (1970) puis aujourd'hui de C. Chabert (1998 ; 2011), tiennent une place essentielle. Au-delà des compétences, aptitudes et acquisitions, les épreuves projectives cherchent à appréhender le fonctionnement psychique global d'un sujet conçu comme une totalité en évolution, dont les composantes sont en interaction. L'hypothèse principale de travail tient au fait que « les opérations mentales mises en œuvre au cours de la passation des épreuves projectives sont susceptibles de rendre compte des modalités de fonctionnement psychique propres à chaque sujet dans leur spécificité mais aussi dans leurs articulations singulières » (Chabert, 1998, p. 7).

La pertinence des épreuves projectives en clinique infantile tient à leur apport concernant les liens entre l'affectivité et le travail de pensée. Elles permettent un affinement du diagnostic qui, s'il permet de repérer la position du sujet par rapport aux grandes entités psychopathologiques telles que décrites

par la psychiatrie de l'enfant, dépasse largement l'aspect différentiel pour repérer les conduites psychiques usuelles, la qualité de la construction identitaire, l'équilibre entre les investissements narcissiques et objectaux, la dynamique pulsions/défenses, les points de fragilité et les lignes de force déterminant les capacités de changement (Chagnon, 2011).

L'intérêt des épreuves projectives avec ces enfants agités, opposants voire agressifs, est ainsi de permettre de mieux cerner cette part de la réalité psychique, ce qui constitue un apport complémentaire aux observations des interactions du sujet avec son environnement et aux entretiens cliniques (Cohen de Lara, 2010), temps préalable à des propositions de soins dans lesquelles l'éducation ou la rééducation et les traitements médicamenteux peuvent avoir leur part. Mais au-delà du traitement symptomatique et comportemental, l'intervention thérapeutique visera à permettre à ces sujets de retrouver (ou d'organiser) les conditions d'un travail psychique apte à supporter la tension interne liée au traitement des excitations pulsionnelles et aux limitations inévitables qu'impose toute relation sociale avec autrui connu et accepté dans son altérité, toute intégration des conventions sociales.



1

Chapitre

**APPROCHE  
THÉORICO-  
CLINIQUE  
DES PATHOLOGIES  
DE L'AGIR CHEZ  
L'ENFANT**

# Sommaire

1. Enjeux épistémologiques des conceptions et des classifications en psychiatrie .....	7
1.1 La demande sociale.....	9
1.2 Les objets de la psychiatrie : maladies, troubles mentaux, symptômes ? .....	10
2. L'agir : définitions .....	14
3. Repérages classificatoires .....	17
3.1 L'instabilité psychomotrice, l'agitation ; le TDA/H.....	17
3.2 Les troubles du caractère et du comportement, la psychopathie ; trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et trouble des conduites (TC) .....	24
4. Repérages cliniques dynamiques .....	23
4.1 L'instabilité psychomotrice et l'hyperactivité .....	33
4.2 Les troubles du comportement et des conduites.....	35
5. Modèles psychopathologiques psychanalytiques ...	36
5.1 L'instabilité psychomotrice et l'hyperactivité .....	36
5.2 Les troubles du comportement et des conduites ; la psychopathie.....	49



## 1. Enjeux épistémologiques des conceptions et des classifications en psychiatrie

Nous exposerons dans un premier temps les cadres théoriques dans lesquels nous nous situons. En effet, nous venons de le signaler en introduction, les troubles hyperactifs et les troubles des conduites ont été et sont toujours l'objet de débats intenses dans la communauté psychiatrique et au-delà pour tous les professionnels de l'enfance. Ils sont emblématiques des différences de conceptions de la psychiatrie de l'enfant : médicale traditionnelle influencée par l'*Evidence Based Medicine* d'une part, psychopathologique influencée par la psychanalyse d'autre part. L'une défend une approche supposée être objective et a-théorique, reposant sur l'observation du comportement et des symptômes, l'autre inclut la prise en compte de l'inconscient et de ses effets en s'intéressant à la signification et aux dimensions subjectives et intersubjectives de la clinique. Les débats sur ces troubles illustrent également les différences épistémologiques concernant la démarche scientifique en sciences humaines. Sans doute une tradition « pragmatique » anglo-saxonne s'oppose-t-elle à une tradition plus « réflexive » européenne et française.

Le débat sur les classifications et sur l'importance et l'utilité de *la nosographie en psychopathologie de l'enfant* est un aspect important de cette querelle et il pose des *questions épistémologiques et sociales* que nous ne pouvons éluder. Bursztejn, Golse et Misès (2003) ont rappelé les critiques des classifications psychiatriques et les mésusages qui peuvent être faits d'un diagnostic (risque d'étiquetage, effet « Pygmalion », etc.) d'autant plus que celui-ci s'adresse moins ici à un sujet ayant une demande autonome qu'à un sujet en développement dans un groupe familial. Il n'empêche qu'un système de diagnostic, impliquant une théorie du normal

et du pathologique qui tiennent compte des influences socio-culturelles et morales sur la définition de la norme (Diatkine, 1967 ; 1995), est nécessaire pour fonder le choix des actions thérapeutiques, de même qu'une forme ou une autre de classification est nécessaire pour regrouper l'expérience clinique, la théoriser, communiquer avec d'autres, effectuer des recherches, etc.

Dans le champ qui est le nôtre « l'idée que certaines déviations relèvent d'une forme de pathologie est une conception qu'on retrouve aux origines mêmes de la psychiatrie moderne » (Bursztejn, 2007, p. 443), idée généreuse visant à épargner à certains délinquants les rigueurs de la justice et la guillotine. Mais cette idée dépend des conceptions scientifiques successives du sujet délinquant et criminel qui ont vu s'opposer des thèses bio-déterministes à des thèses sociologiques en passant par les multiples déclinaisons psychopathologiques. L'expertise collective de l'Inserm, en rabattant les déviations et la délinquance (notion juridique et non psychiatrique) dans le champ de la médecine, s'est inscrite dans une démarche réductionniste, voire scientifique, aboutissant à une « médicalisation de l'existence » (Gori, 2006). Elle survalorise les déterminismes biologiques en ne prenant pas (ou peu) en compte les dimensions psychopathologiques, morales et sociales de son objet, au demeurant classiques en criminologie (Chagnon, 2010a). L'approche psychopathologique (descriptive, explicative, compréhensive et thérapeutique) se voit pourtant justifiée par le fait que des comportements violents ou socialement déviants relèvent parfois de perturbations psychiatriques, plus souvent d'une souffrance psychique plus ou moins bien définie et de « dysfonctionnements » psychiques internes et/ou familiaux, voire groupaux. Il en est de même pour ce qui concerne la réalité de l'agitation motrice et des difficultés d'attention qui perturbent l'adaptation et l'efficacité scolaire et qui relèvent d'une indéniable souffrance psychique de l'enfant que la psychiatrie doit aider. Mais elle doit s'accompagner de réflexions épistémologiques indispen-

sables, en particulier relatives à la demande sociale qui lui est adressée et à la définition de ses objets.

## 1.1 La demande sociale

La demande sociale à l'égard de la psychiatrie suit l'évolution socioculturelle contemporaine, qui elle-même pèse sur la famille et ses modes relationnels et en conséquence sur le fonctionnement psychique individuel (Lazartigues, 2006 ; Golse, 2005). Dans un monde ayant connu des mutations technologiques majeures, spécialement du fait de la révolution informatique, les exigences de rendement économique impriment des rythmes de vie, des relations sociales et probablement des modes de pensée et des émotions différentes de par le passé. L'enfant tient également une place différente, il est un objet d'attentes de réalisations idéales qui stimulent mais fragilisent son développement. Les manquements à correspondre à ce programme sont facteurs de mésestime de soi et de dépressivité que le recours à l'agir tend à recouvrir. La psychiatrie est convoquée aujourd'hui davantage pour réduire des symptômes gênants la performance individuelle et les relations sociales que pour écouter et soigner la souffrance psychique qu'un *socius* excité et déprimé ne veut plus tolérer. À plusieurs reprises nous avons montré qu'il existait une collusion entre des modèles médicaux rejetant vivement l'approche psychopathologique et un public déniait une intériorité douloureuse (Chagnon, 2005). Les problématiques de l'hyperactivité et des troubles des conduites mettent en effet en cause les valeurs socioculturelles d'une société donnée, l'entourage familial et scolaire, ses critères éducatifs et ses capacités de tolérance. Pour L.H. Diller (2001, p. 140), pédiatre comportementaliste américain, la prescription intensive aux enfants hyperactifs de Ritaline n'est ni plus ni moins destinée qu'à préparer les petits Américains « à affronter la bataille de la course à l'argent et au bonheur "allégé" qui en est le corollaire ».

## 1.2 Les objets de la psychiatrie : maladies, troubles mentaux, symptômes ?

Dans ces conditions, on a pu se demander si l'hyperactivité et les troubles des conduites n'étaient pas des constructions nosographiques artificielles servant les intérêts des obsessions de maîtrise comptable du néolibéralisme et le maintien de l'ordre établi, tout en déniaient les facteurs psychosociaux qui sous-tendent également la production des agirs. Ces deux entités amènent en effet à discuter des *limites du modèle médical traditionnel en psychopathologie de l'enfant*. Les pédopsychiatres français contemporains (Bursztejn et coll., 2006, 2007, 2008) se sont exprimés de nombreuses fois à ce sujet et nous résumerons leur argumentation.

Les troubles mentaux ou la maladie mentale, dont la définition n'est pas simple, à tel point que l'OMS a préféré définir la notion de santé mentale, ne sont pas comparables aux troubles ou maladies somatiques : ils ne reposent sur aucun marqueur biologique spécifique et leur connaissance, identification et repérage par rapport à la normalité et aux autres troubles ne peut avoir lieu que par rapport à la clinique. Les deux systèmes de classification des troubles mentaux les plus utilisés dans le monde sont aujourd'hui la CIM-10 et le DSM-IV-TR. Il s'agit de systèmes dits catégoriels reposant donc sur une catégorisation de syndromes pensés comme des entités cohérentes exclusives les unes des autres selon le modèle médical traditionnel. Un trouble signifie ici un ensemble de conditions morbides susceptibles de caractériser l'état de dysfonctionnement comportemental, relationnel et psychologique d'un individu en référence aux normes attendues pour son âge. Dans leurs introductions respectives, ces manuels précisent les limites et les imprécisions des termes utilisés comme celui de troubles (*disorder*) mais, malgré ces mises en garde répétées, il est devenu fréquent d'assimiler les catégories décrites par les classifications à des maladies (passage de *disorder* à *disease*) dont les déterminismes seraient essentiellement biologiques (génétiques, réponse au stress).