

LE STATUT DU SYMPTÔME

Dominique de Peslouan

Maître de Conférences en Sciences de l'éducation
Université de Nice-Sophia-Antipolis, France

Résumé

La souffrance de l'enfant, à travers ses difficultés d'apprentissage et de comportement, est-elle trouble ou symptôme ? Relève-t-elle du soin ou aussi de l'écoute et de l'aide ? Nous défendons l'idée que le symptôme psychique est signe de souffrance. Il a un sens dans une histoire individuelle et une fonction référée à une approche culturelle et il convient de le considérer comme un langage dont la parole doit être délivrée, comme un appel à la mise en récit. Cette mise en récit constitue une approche humaniste de la souffrance psychique. L'enfant en souffrance, en difficulté, en échec, ne tient effectivement pas en place et « pousse à bout » : pas seulement parce qu'il serait atteint d'un trouble déficitaire de l'attention avec (ou sans) hyperactivité, mais, plus fondamentalement, parce qu'il n'a pas de place, parce qu'il ne connaît pas le bout, la limite, l'impossible qu'est le Réel.

Introduction : Le symptôme scolaire

Le symptôme scolaire doit être compris à la fois comme symptôme d'inadaptation de l'enfant à l'école : l'école comme révélatrice, mais parfois aussi cause, d'inadaptation de l'enfant aux exigences scolaires. Enfant en difficulté, en situation de handicap, en souffrance, comme on parle d'une « lettre en souffrance », qui n'atteint pas sa destination ; et d'inadaptation de l'école à l'enfant dans sa singularité, renforcée par l'obligation récente de scolarisation de tous les enfants, même handicapés, dans les classes ordinaires d'une école « inclusive », mettant en souffrance des enseignants ordinaires (non spécialisés), qui ne sont pas préparés ni formés pour cet accueil, dans le cadre du principe de non-discrimination de la loi française du 11 février 2005¹.

Ainsi, cette Loi est fondamentalement ambiguë du fait même du principe de non-discrimination qui la fonde : la non-discrimination peut être en effet entendue comme non-ségrégation (en référence aux discriminations raciales, sociales, religieuses, philosophiques, etc.), mais aussi comme non-discernement (par rapport aux discriminations visuelles, auditives, intellectuelles, etc.).

Un glissement est possible d'une acception à l'autre et le nécessaire refus de l'exclusion peut être en quelque sorte perverti par le déni de la différence, de l'altérité :

Décréter l'insertion de tous les enfants sans discernement de leurs pathologies [...] est voué à l'échec. Cela ne peut se faire sans que ce soit dommageable à la fois pour l'enfant handicapé et pour les autres enfants scolarisés avec lui.²

La reconnaissance de cette altérité est au cœur même du processus identitaire : chacun se construit, en effet, non pas en se distinguant de l'« autre que moi » (l'« étranger », l'autre qui m'empêche d'être), mais en s'appropriant l'« autre moi » : l'« autre comme pouvant être moi », altérité externe, au fondement de l'empathie (Levinas, 1982) ; l'« autre en moi », « moi en tant qu'Autre », altérité interne, c'est-à-dire tout ce qui, en moi, m'échappe mais me fonde, dans la transcendance (de la foi selon Kant, du visage de l'autre pour Levinas, du désir et de l'inconscient de Freud, du non-sens chez Deleuze). À distance donc à la fois de la tentation du solipsisme et de l'illusion du même.

Les conséquences en pourraient être à la fois la banalisation de la scolarisation, dans l'école la plus proche du domicile : prescription institutionnelle qui risque fort - à défaut de moyens, d'analyse des demandes parentales et de formation du personnel - d'être sauvage et, finalement, plus ségrégative que la ségrégation elle-même ; et le déni du sujet, qui est scolarisé, objet de prise en charge dans une école « inclusive » et, de ce fait, empêché ou dispensé de développer cette dynamique évolutive, lente et difficile, par laquelle tout individu, handicapé ou non, s'intègre activement dans un groupe et en intègre les valeurs et les références, éprouvant ainsi cette double exigence d'assujettissement et de libération qui caractérise précisément un sujet.

Dans l'un et l'autre cas, c'est la primauté d'une logique de dispositif et de besoins sur une logique du sujet et du désir qui est affirmée. Plus fondamentalement encore, le sujet se trouve réduit à la somme de ses comportements : « c'est le désaveu de l'Autre qui œuvre dans la transformation des symptômes, des souffrances [...] en troubles du comportement » (Gori, 2006, p. 153).

Il devient donc possible tout à la fois de banaliser la difficulté scolaire et de sur-médicaliser le trouble³, conçu comme primaire et spécifique et relevant fondamentalement du soin et non plus de l'aide. L'inflation des « troubles spécifiques des apprentissages » est, en effet, caractéristique de cette évolution. La souffrance (pathos), le pathologique comme souffrance se décline en troubles qu'il faut soigner et non plus en symptômes qu'il faut entendre et comprendre.

La souffrance expressive du désir, productrice de sens, à l'origine de tout effort exigeant de réflexion et sans doute de toute création, est méconnue au bénéfice d'une souffrance destructrice du désir, réductrice de puissance : on songe ici à la distinction spinoziste des « affects » (affectus) qui augmentent la puissance d'agir du corps, la poussée vers le désir (conatus) et des « affections » (affectio) qui la réduisent.

La souffrance est profondément ambivalente.

L'instrumentalisation du symptôme

Nous sommes bien là au cœur de notre problématique : la souffrance de l'enfant, à travers ses difficultés d'apprentissage et de comportement, est-elle trouble ou symptôme ? Relève-t-elle exclusivement du soin ou aussi de l'écoute et de l'aide ?

Plus précisément, on peut parler de réduction du symptôme au trouble, de traitement symptomatique (soigner les effets en ignorant les causes) dès lors que le symptôme est perçu non seulement comme l'expression d'une souffrance ou d'une difficulté, mais aussi comme sa cause et qu'il convient donc, à ce titre, de le supprimer ou, à défaut, de le déplacer. Deux exemples illustreront ce traitement du symptôme :

1. Le « symptôme » de difficulté de lecture peut être réduit aux troubles instrumentaux de décodage qui l'expriment, parmi d'autres signes qui seront ignorés ou considérés comme étant des effets de ce dysfonctionnement instrumental : déficits stratégiques, carences culturelles, fragilité psychologique, rapport négatif aux apprentissages, refus d'entrer dans l'ordre du langage, etc., qui constituent autant de symptômes d'un dysfonctionnement non pas instrumental, mais symbolique. La difficulté globale de lecture deviendra « trouble spécifique du langage écrit » : la réparation de la correspondance grapho-phonétique apparaîtra plus économique, en pensée sinon en moyens, qu'une restauration d'un rapport de sens à l'écrit et à l'objet de savoir. Dans une telle approche, les symptômes semblent avoir pour seule fonction de signaler un déficit à combler, selon un registre de la privation (et non une difficulté à analyser, dans le registre du manque), de classer des troubles selon différents axes et critères diagnostiques et statistiques (cf. DSM IV), de décrire les manifestations comportementales caractéristiques de chacun de ces troubles. Ils n'ont plus de valeur signifiante (d'un manque de sens, par exemple) ;
2. C'est ainsi que l'expertise de l'INSERM sur le trouble des conduites (INSERM, 2005, p. 1) précise les critères de ce trouble mental :

Les classifications internationales (DSM IV et CIM 10) définissent les différents critères diagnostiques du trouble des conduites : agressions, brutalités, destructions de biens matériels, vols, fraudes, violations des règles. Ceux-ci recouvrent largement les items servant à répertorier les diverses conduites délinquantes.

La dissolution des symptômes dans des troubles instrumentaux, instrumentalisés, peut être conçue comme la conséquence d'un postulat méthodologique constitutif de la psychologie comportementale, qui met entre parenthèses les significations, plus largement le psychisme, pour se limiter à l'établissement de déterminations, de facteurs observables que sont les comportements (actes, performances, jugements...).

Le glissement d'un tel choix épistémologique - discutable mais argumenté - vers une idéologie scientifique, des déterminations au déterminisme, de la psychologie comportementale et cognitive au comportementalisme et au cognitivisme est, cependant, de plus en plus évident et dominant dans l'ensemble du champ social : le traitement symptomatique des crises économiques, de la précarité, des violences urbaines, etc., est de même nature que celui des difficultés scolaires ou des souffrances psychiques.

Il s'agit d'un réductionnisme des significations aux déterminations, de la personne à ses manifestations contrôlables : logique de compensation des conséquences du handicap dans la Loi de 2005 ; retour aux pratiques de renforcement et de conditionnement opérant de certaines méthodes pédagogiques ; programmation et rééducation instrumentale des « dys- » ; volonté de maîtrise et de prédiction des expertises médico-sociales...

La médiatisation, à travers notamment l'illusion d'un savoir vulgarisé et partagé, de ces traitements comportementalistes et cognitivistes, revendiquant leur légitimité du courant des neurosciences, témoigne de l'enjeu politique de cette question du symptôme :

En France, depuis quelques années, cette demande sociale tend à se déplacer de la question du sujet et de sa souffrance vers des symptômes sur lesquels les projecteurs médiatiques se focalisent : par exemple la violence des adolescents, la maltraitance sexuelle, les TOC, la maladie de Gilles de la Tourette. Il faut noter au passage la puissance attractive pour les médias et le public – mais aussi pour certains professionnels – de ces éponymes ou

acronymes, qui donnent le sentiment rassurant qu'on sait de quoi on parle dès lors qu'on le nomme (Bursztejn et Golse, 2006, p. 30).

L'homme comportemental est un rejeton de l'homme neuronal de Changeux, comme si une causalité génétique ou neuro-cognitive pouvait disqualifier la recherche d'une possible causalité sociale.

Les problèmes posés par cette dérive caractérisée dans l'expertise de l'INSERM ont ainsi conduit le Comité Consultatif National d'Éthique (C.C.N.E.) pour les Sciences de la vie et de la santé à prendre position, à la demande notamment du collectif « Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans » :

Peut-on, sans s'interroger plus avant, considérer d'emblée comme allant de soi que les crises de colère d'un enfant de 3-4 ans constituent des symptômes précoces permettant de prédire une évolution linéaire 10 à 15 ans plus tard vers des conduites violentes (viol, vol à main armée...) dus à une même causalité de nature biologique ? (C.C.N.E., 2007, p. 3).

Les présupposés idéologiques de l'analyse doivent être mis à jour à trois niveaux, indissociables :

- scientifique (point de vue épistémologique) : une possible corrélation entre troubles de l'enfant de 3 ans et déviances à l'adolescence, pourtant statistiquement faible et cliniquement complexe, est transformée en causalité, au nom d'un déterminisme social et génétique combiné, ignorant à la fois la capacité de résilience de l'être humain et la normalité de certaines conduites d'opposition de l'enfant, face, par exemple, à un milieu pathogène ;
- réductionniste (point de vue éthique) : l'attention, le repérage précoces de troubles de la conduite et du comportement, légitimes dans le cadre d'une prévention prévenante d'aide à l'enfant dont la souffrance s'exprime par ces troubles et à l'environnement familial et scolaire susceptibles d'aller au-devant de (prae-venire) l'aggravation de ces signes de souffrance et d'écart à la norme, deviennent inquiétants dans ce qu'il faut ici appeler « prévention prédictive ». La prévention ne vise pas, en effet, l'évitement d'un pronostic défavorable, mais, au contraire, son affirmation : elle n'est nullement prévenante, mais, finalement, judiciaire, au sens du prévenu qui est déjà suspect et, probablement, coupable.

Les troubles des conduites ne sont plus conçus comme l'expression d'une subjectivité souffrante, mais celle d'une subjectivité déviante. Les moyens mobilisés, au travers notamment de programmes psycho-pédagogiques, ortho-pédagogiques, ne relèvent pas de la compréhension des symptômes indésirables et de l'aide à leur dépassement, mais de la stigmatisation, du fichage et, finalement, du conditionnement, opérant par les renforcements, positifs ou négatifs, la surveillance, l'exclusion, la médication sèche (par exemple la Ritaline non associée à une approche thérapeutique, dans les cas d'hyperactivité).

- comportementaliste (point de vue social) : une confusion est établie entre souffrance et malaise social, entre normalité psychique et normativité morale et politique : une normalisation sociale est accomplie et soutenue par la raison médicale.

Il s'agit, dans tous les cas, de formater des comportements, en faisant le plus souvent l'économie du détour par la pensée, de la recherche de sens des symptômes.

Tel est le circuit court du comportementalisme, au nom sans doute du pragmatisme, de l'efficacité à court terme et du conservatisme des normes sociales et scolaires inchangées, auxquelles chacun doit se plier, par opposition au circuit long de la recherche de sens, de la signification.

Faire taire, disparaître les symptômes ne saurait ainsi relever d'une démarche préventive, pourtant affirmée par l'INSERM. Une telle intention revient, encore une fois, à exclure le sujet pour ne retenir que l'expression sociale de ses troubles et les perturbations qu'elle entraîne.

« La question est de protéger l'enfant d'un certain nombre de souffrances et non de protéger la société des enfants qu'elle a fait naître » (Golse, 2006, p. 79). Tel est l'enjeu éthique fondamental.

S'appuyant sur l'analyse Canguilhem (1970), qui mettait déjà en garde en 1968, contre la « rationalité déraisonnable » d'une médecine qui ignore la subjectivité du malade pour se fonder uniquement sur des faits fondés « scientifiquement », Danion, professeur de Psychiatrie et lui-même directeur de l'Unité 666 de l'INSERM à Strasbourg, insiste sur les dangers de l'hégémonie des neurosciences dans le diagnostic et le traitement de la souffrance psychique :

Force est cependant de constater que les neurosciences ne permettent pas de rendre compte de manière pertinente de certains aspects des maladies mentales et de la souffrance psychique, tels que les représentations et les valeurs qui lui sont liées. Nous retrouvons ici le point de conversion évoqué par Canguilhem. La démarche des neurosciences doit alors être relayée par une autre démarche, celle des sciences humaines et sociales comme la psychanalyse, la sociologie, l'anthropologie, la philosophie, l'épistémologie et l'éthique. La démarche des sciences humaines et sociales repose sur des référents autres que le cerveau, notamment le langage. Elle se structure selon des oppositions autres que celle du biologique et du psychique, notamment celle du conscient et de l'inconscient (Danion, 2006).

Le retour du symptôme

Le symptôme insiste cependant et résiste au réductionnisme : là où on pensait le résorber, le supprimer, il réapparaît, se déplace sous une forme souvent plus aigüe.

Des réflexions telles que « le symptôme n'est rien, seule l'histoire qui l'a précédé et la manière dont elle est rapportée ont un sens » nous paraissent procéder d'une incompréhension du statut du symptôme chez l'enfant : en effet, comme nous l'avons déjà dit, la conduite psychopathologique crée toujours par elle-même un point de fixation pathogène, source de distorsion potentielle par rapport au mouvement maturatif (Ajuriaguerra et Marcelli, 1982, p. 457).

Il a un sens dans une histoire individuelle et une fonction référée à une approche culturelle. Cette dernière peut, dans certains cas, suffire – au moins provisoirement - à donner sens à cette histoire, à cette souffrance individuelle. Sur cette hypothèse est fondée, par exemple, l'ethnopsychiatrie, mais aussi le principe des aides (spécialisées) à l'école.

Dans d'autres cas, le sens « résiste » : il ne s'agit pas seulement de donner « du » sens, plus ou moins général, au symptôme, mais « un » sens particulier, accessible seulement en suivant l'agencement, parfois très complexe, des représentations inconscientes qui l'ont produit. Plus largement, on s'attachera, en suivant Freud (1973), à la fonction symptomatique en tant qu'elle intègre « sens » particulier et « fonction » sociale dans ses trois caractéristiques essentielles de défense (efficace/inefficace ; normale/pathologique) du sujet par rapport aux menaces internes et externes, de compromis entre la satisfaction et le refoulement d'un désir, et de communication - « le symptôme, c'est la demande » (Dolto).

Dans son aspect fonctionnel, bien loin de faire taire le symptôme, il convient de le considérer comme « un langage dont la parole doit être délivrée » (Lacan, 1966, p. 269).

Le symptôme psychique se distingue ici du symptôme somatique en ce qu'il n'est pas seulement indice, mais signe de souffrance. Signe ou, plus précisément, signifiant : « le symptôme ne s'interprète que dans l'ordre du signifiant » (Lacan, 1966, p. 234).

Il n'est pas ici question de savoir ce que le symptôme veut dire, de décoder sa signification, mais d'être attentif à ce que « ça dit », comment ça le dit, à quoi ça ressemble. En effet, le symptôme est un signifiant métaphorique (Lacan, 1966, p. 528), il transporte (μεταφορα) du sens (du propre au figuré) par ressemblance, analogie et peut ainsi condenser plusieurs signifiants, plusieurs chaînes associatives. On peut aussi dire qu'il est une trace qui recouvre – et révèle en quelque sorte – un texte effacé : « traiter le symptôme comme un palimpseste, c'est dans la psychanalyse une condition d'efficacité » (*op. cit.*, p. 15).

En tant qu'il est inscrit dans une histoire, il est à mettre en récit, en opposant à une clinique synchronique, descriptive et statistique, une clinique diachronique « qui puisse historiciser les troubles de l'enfant, c'est-à-dire les réinscrire dans le fil d'une histoire personnelle, familiale et parfois même sociale ou culturelle » (Golse, 2004, p. 26).

En réalité, cette « mise en récit » constitue une approche humaniste de la souffrance psychique :

La mise en récit est à nos yeux essentielle, car « l'être humain est fondamentalement un être de narration », comme nous l'a appris Paul Ricoeur. De ce fait, il n'y a pas pour nous de thérapeutique digne de ce nom qui puisse faire l'économie de cette mise en récit, sauf à amputer le sujet d'une dimension essentielle de lui-même et à l'enfermer dans des modèles réducteurs, trop simplificateurs (Bursztejn et Golse, 2006, p. 36).

On peut même aujourd'hui parler de résistance humaniste face à ce que Golse appelle une « haine de la pensée envers elle-même » : penser la souffrance au lieu, si on ose dire, de la « panser »...

Conclusion

L'enfant en souffrance, en difficulté, en échec ne tient effectivement pas en place et pousse à bout : pas seulement, comme on voudrait nous le faire croire, parce qu'il serait atteint d'un trouble déficitaire de l'attention avec (ou sans) hyperactivité, mais, plus fondamentalement, parce qu'il n'a pas de place, parce qu'il ne connaît pas le bout, la limite, l'impossible qu'est le Réel.

Il est pris, le plus souvent comme les adultes qui l'entourent, dans ce que Melman (2002) appelle la « nouvelle économie psychique » de « l'homme sans gravité », produit d'un libéralisme mondialisé et triomphant : en quelque sorte en apesanteur à l'école et hors de l'école, désarrimé au Langage, à la Loi, au Désir... de grandir et d'apprendre.

Il convient d'entendre cette souffrance comme le symptôme d'une dérive culturelle qu'annonçait déjà Levi-Strauss en 1955 (p. 39) : « L'humanité s'installe dans la monoculture ; elle s'apprête à produire la civilisation en masse, comme la betterave. Son ordinaire ne comportera plus que ce plat ».

Notes

- ¹ Loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».
- ² Introduction du Dr C. DOLTO à la pétition « Non au dispositif d'intégration ordinaire de la Loi du 11.2.2005 ».
- ³ C'est ainsi que M. Ruffo, pédo-psychiatre, déclare dans *Le Monde* du 28.2.2010 : « 45% des patients de mon service relèvent de troubles éducatifs et non psychiatriques ».
On peut aussi, en ce sens, s'interroger sur le passage d'une centaine de troubles dans le DSM 1 (1952) à environ 300 dans le DSM 4 (1994) : trois fois plus de troubles en 40 ans ou intolérance croissante du social par rapport aux anomies de comportement ?

Bibliographie

- Ajuriaguerra, J. de et Marcelli, D. (1982). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris : Masson.
- Bursztejn, C. et Golse, B. (2006). L'hyperactivité avec trouble de l'attention : questions cliniques et épistémologiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54(1), p. 29-37.
- Canguilhem, G. (1970). *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris : Vrin.
- Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (C.C.N.E.). (2007). Problèmes éthiques posés par des démarches de prédiction fondées sur la détection de troubles précoces du comportement chez l'enfant. Avis n°95. Accessible sous ce lien : <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis095.pdf>
- Danion, J. M. (2006). Intervention au colloque « trouble des conduites : des pratiques à la recherche ». Maison de la Mutualité, Paris, le 14 novembre 2006.
- Freud, S. (1973). *Inhibition, symptôme, angoisse*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Golse, B. (2004). Comment devons-nous traiter l'hyperactivité avec déficit de l'attention ? *Le carnet psy*, 3(89), p. 23-29.
- Golse, B. (2006). in *Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans*. Toulouse : Erès.
- Gori, R. (2006). In B. Golse, *Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans*. Toulouse : Erès.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). (septembre 2005). *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent, expertise collective*. Paris : INSERM.
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris : Le Seuil.
- Levinas, E. (1982). *Éthique et infini*. Paris : LGF.
- Levi-Strauss, C. (1955). *Tristes Tropiques*. Paris : Plon.
- Melman, C. (2002). *L'homme sans gravité*. Paris : Denoël.

Notice professionnelle

Agrégé de Philosophie, Docteur en Philosophie de l'éducation et Maître de Conférences à l'Université de Nice-Sophia-Antipolis, Dominique de Peslouan se consacre, depuis plus de 25 ans, à la formation d'enseignants spécialisés dans l'adaptation et l'intégration scolaires d'enfants en souffrance à l'école : difficultés cognitives graves, troubles psychiques, situations de handicap. Ses travaux de recherche concernent les conditions psycho-affectives des apprentissages, notamment en lecture-écriture, et, plus généralement, de la scolarisation. Il est l'auteur d'ouvrages sur ces questions : *Pratiques de l'écrit en maternelle*, Paris : ESF, 2001 ; *Guide des aides aux élèves en difficulté*, Paris : ESF 2005 (2^{ème} édition) ainsi que d'articles : La construction identitaire de l'enfant et la fonction paternelle, SCEREN, CRDP de Nice, 2005, pp. 79-93 ; Difficultés et troubles du langage, *Psychologie et Education*, 2005, 4, pp.13-36 ; La scolarisation des élèves en situation de handicap, *Psychologie et Education*, 2007, 2, pp. 69-83.

dominique.depeslouan@sfr.fr