

Enfant instable, enfant agité, enfant excité

ères | *Enfances & Psy*

2001/2 - no14

pages 26 à 34

ISSN 1286-5559

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2001-2-page-26.htm>

Pour citer cet article :

"Enfant instable, enfant agité, enfant excité", *Enfances & Psy*, 2001/2 no14, p. 26-34.

Distribution électronique Cairn.info pour ères.

© ères. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



Robert Voyazopoulos

Enfant instable, enfant agité, enfant excité

*Robert Voyazopoulos est
psychologue à l'Éducation
nationale, chargé d'enseignement
à l'université Paris-V.*

Hyperactivité, agitation, excitation, instabilité, troubles de l'attention... Motifs de consultation du pédiatre parmi les plus fréquents, mais surtout de consultation du psychologue ou du pédopsychiatre, ce sont des symptômes manifestes mal supportés par l'entourage de l'enfant, du fait de leurs conséquences sur la vie familiale, l'adaptation scolaire et les apprentissages, et des désordres qu'ils entraînent dans la vie de tous les jours.

Si ces troubles sont très fréquents, ils sont aussi parmi les plus discutés. D'ailleurs, la part de subjectivité dans leur reconnaissance est particulièrement importante. En effet, ces manifestations ou symptômes forment une entité pathologique problématique qui ne fait pas l'objet d'un consensus minimal chez les spécialistes de la santé mentale. En pratique, les symptômes réunis sous ce terme sont de nature très différente. Il s'agit surtout d'enfants montrant une hyperactivité motrice, une agitation inefficace, une activité décousue et désordonnée. Ces enfants, que l'entourage qualifie volontiers d'« excités », souffrent aussi d'une grande fragilité émotionnelle, d'impulsivité, d'une incapacité à différer un plaisir, d'une apparente indifférence aux sollicitations ou aux consignes. Le défaut de contrôle des activités menées ainsi que le manque d'inhibition dans de nombreuses circonstances de la vie quotidienne sont à l'origine de situations conflictuelles qui font « craquer » les adultes concernés.

L'inattention, encore nommée distraction ou distractibilité, défaut de concentration, manque d'attention, est souvent variable et inconstante.



Sur le plan clinique, les enfants sujets aux troubles de l'attention ont une faible capacité à se concentrer, font de nombreuses erreurs d'étourderie, ne peuvent se fixer sur une tâche ou organiser leur activité. Ils semblent ne pas écouter ce qu'on leur dit, ne respectent pas les consignes, perdent ou détériorent leurs objets personnels. Enfin, ils interrompent souvent l'activité, le jeu ou le travail en cours pour prêter attention à des événements secondaires, sans protection par rapport au moindre distracteur.

Dans l'*hyperactivité*, l'activité motrice est exagérée pour l'âge, avec un comportement permanent de « bougeotte ». Ils courent sans arrêt, ont de la difficulté à rester assis, grimpent ou explorent l'espace sans retenue. Remuants et agités à l'école comme à la maison, ils tiennent difficilement en place, font tomber maladroitement les objets. Leurs mouvements paraissent désorganisés, ils agitent leurs mains, leurs bras ou leurs jambes, même à table ou en regardant la télévision, avec une participation corporelle le plus souvent globale.

L'*impulsivité* se traduit sur le plan comportemental et cognitif. L'enfant paraît incapable de contrôler les comportements verbaux ou physiques inadaptés. L'excitation physique générale les rend inaptes à différer les actes, à attendre leur tour, à prendre la parole au moment qui convient. La quête immédiate du plaisir, les impulsions soudainement agies, imprévisibles pour leur entourage, les rendent souvent victimes d'accidents corporels à l'extérieur comme au domicile. Sur le plan cognitif, l'impulsivité fait référence à la difficulté d'évaluer l'ensemble des réponses possibles dans les résolutions de problèmes nécessitant l'analyse simultanée de plusieurs solutions, et à l'incapacité d'inhiber les réponses spontanées fréquemment erronées. Les démarches intellectuelles nécessitant un traitement séquentiel et temporel sont altérées, la mémoire à court terme étant particulièrement fragilisée.

PATHOLOGIES ET TROUBLES ASSOCIÉS

Ces perturbations sont associées très fréquemment avec des difficultés scolaires et des troubles d'apprentissage (dont on peut penser qu'elles les entraînent), ainsi qu'à des problèmes relationnels. Les enfants instables connaissent pour la plupart un retard scolaire plus ou moins important selon leur âge, conséquence de leur comportement d'inattention et de non-respect des règles et des consignes scolaires. Les conflits en famille, avec les autres enfants, avec les adultes de leur entourage sont nombreux, entraînant une dégradation du climat relationnel et affectif familial et social.

Des études épidémiologiques américaines (reprises et citées par Desjardins et la plupart des auteurs donnés en bibliographie) ont mis en évidence l'association fréquente avec d'autres manifestations psychopathologiques. Il s'agit des comportements d'opposition, d'intolérance à la frustration, de refus de participation aux activités

Pour le psychologue d'enfant, cela commence souvent ainsi :

Le père d'Hugo, 6 ans :
« C'est insupportable. Mon fils ne tient pas en place. Il casse beaucoup de choses à la maison, il grimpe partout. Il a même fait tomber le téléviseur la semaine dernière. À l'école, ce n'est pas mieux, et il ne fait pas grand-chose, et il a des problèmes pour apprendre. On le punit, mais ça ne change rien. Je ne pense pas qu'il le fasse exprès. »

L'enseignante d'Arthur, 7 ans : « Il m'épuise. Son instabilité est terrible. Il n'est jamais sur sa chaise, toujours debout ou par terre. Il ne suit pas le déroulement des leçons, ni celui des activités parce qu'il bavarde, papillonne. Il a la « bougeotte » en permanence et il ne se fixe sur rien. Il se bat assez souvent avec ses camarades, il n'a d'ailleurs pas vraiment de petit copain. Dans ses affaires, ...!... »



.../...

c'est un désordre inouï,
il ne retrouve jamais rien.
Il n'a pas de problème
de compréhension et il
apprendrait bien si seulement
il écoutait ! »

Le médecin pédiatre de
Margaux, 7 ans : « Je vous
adresse la petite Margaux qui
soucie beaucoup ses parents.
Je la connais depuis sa
naissance et elle a de tout
temps montré une excessive
irritabilité du caractère.
Les troubles du sommeil et du
comportement ont toujours
été présents, avec cependant
une augmentation des
manifestations ces derniers
temps. Une consultation,
il y a deux ans, en service
hospitalier spécialisé a écarté
le diagnostic éventuel d'une
évolution psychopathologique
de la personnalité. Elle est
actuellement très instable et
agressive avec son entourage
et les autres enfants de l'école.
Elle souhaite qu'on l'aide et
elle dit ne pas pouvoir se
retenir d'être ainsi. Merci de
nous apporter votre regard
et votre analyse. »

collectives, familiales ou scolaires. Les comportements agressifs et les transgressions témoignent également de difficultés dans les conduites sociales. Les troubles anxieux et les troubles dépressifs sont associés dans près de la moitié des cas.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET FORMES LIMITES

Dans ces limites mal définies et éminemment subjectives, il est quelquefois difficile de distinguer le trouble « hyperactivité » d'une augmentation développementale de la motricité, nommée parfois turbulence et assez habituelle chez l'enfant tout-venant. De plus, des comportements d'agitation et d'inattention majeure peuvent être induits par d'autres troubles du développement, et peuvent même constituer la manifestation gênante et visible d'un trouble beaucoup plus global.

Le diagnostic différentiel vise donc habituellement à écarter d'emblée toutes les graves pathologies du développement, des états-limites aux psychoses. Un examen psychologique approfondi permet l'évaluation de l'ensemble des voies de développement et des fonctions psychiques de l'enfant. La question des troubles associés à la symptomatologie de base justifie leur recherche soigneuse dans le domaine de l'examen clinique comme dans celui de l'évaluation complémentaire.

La clinique de l'agitation ou de l'excitation chez l'enfant, de l'hyperactivité et des troubles de l'attention est à la croisée des grandes conceptions du développement humain et du fonctionnement cérébral, de la neuropsychologie à la psychanalyse, de la psychologie cognitive à la psychologie clinique, et renvoie aux positions individuelles théoriques et philosophiques sur le normal et le pathologique. Ce sujet est donc un terrain de prédilection pour les affrontements des disciplines et des conceptions ; une approche plurielle pourrait cependant sinon les concilier, du moins en autoriser la complémentarité.

L'agitation, l'instabilité, l'hyperkinésie... envisagées comme syndrome posent la question de son homogénéité et de sa cohérence. La définition large et somme toute imprécise, uniquement fondée sur des appréciations et des observations comportementales, lui permet de connaître une extension majeure dans les milieux pédo-psychiatriques et médico-psychologiques de la plupart des pays anglo-saxons et européens, l'arrière-fond scientifico-théorique de dysfonction cérébrale minime validant cette « nébuleuse syndromique », ainsi que la désigne Marcelli (1996).

DÉSORDRE AFFECTIF OU AFFECTION NEUROLOGIQUE ?

La relative similitude des symptômes d'hyperkinésie et d'agitation observés de plus en plus fréquemment chez de nombreux



enfants consultants (on ne peut cependant écarter une grande part de subjectivité à ce niveau) avec le syndrome de séquelles comportementales et psychologiques d'enfants victimes de traumatismes crâniens ou atteints d'encéphalites infectieuses a conduit, selon une certaine logique, à poser l'hypothèse d'une lésion cérébrale minime chez les enfants inattentifs et instables.

L'hypothèse neuropsychologique d'un dysfonctionnement cérébral minime, considéré comme constitutionnel, propose un modèle particulièrement influent – et peut-être plus rassurant et plus séduisant auprès du grand public et de certaines structures et équipes de soins –, parmi les modèles explicatifs et étiologiques de l'instabilité et de l'inattention. Elle propose de lier l'instabilité à une perturbation neurophysiologique primaire, une hypovigilance cognitive, un niveau d'éveil cortical plus bas que la normale contre quoi le sujet lutterait par une hyperactivité motrice. Les récentes découvertes en imagerie médicale (IRM et scanner) montreraient certaines anomalies (bas débit sanguin et métabolisme glucidique réduit dans les aires frontales) qui, cependant, ne sont pas retrouvées chez tous les enfants instables.

Les études d'imagerie fonctionnelle et les essais thérapeutiques ont mis en évidence, dans le syndrome hyperactivité avec déficit de l'attention, un dysfonctionnement de la boucle striato-corticale et, plus particulièrement, entre le striatum et la région préfrontale. Plus récemment, il a été démontré l'implication du cervelet et des relations cérébello-frontales. Cela rendrait compte d'une part des troubles de l'attention, des déficits des fonctions exécutives, et des troubles moteurs avec défaut du contrôle de la motricité fine.

Dernièrement, l'examen par un nouveau procédé d'IRM (relaxométrie T2) d'enfants souffrant de troubles déficitaires de l'attention/hyperactivité évoque des anomalies au niveau du putamen, structure cérébrale impliquée dans la régulation du comportement moteur.

La démarche et l'approche neuropsychologiques de l'agitation sont très critiquées par les tenants d'une conception psychanalytique. Ceux-ci soulignent notamment le risque de dérive chimiothérapique qui en résulte et la réduction considérable de la prise en compte globale des problèmes.

Surtout, aucune compréhension psychodynamique n'étant alors envisagée, l'enfant est considéré comme s'il n'était pas un être affectif et social engagé dans des interactions qui jouent à notre avis un rôle essentiel. Les multiples spécificités de l'enfant, à la fois du fait de sa maturation, de sa dépendance à l'environnement, mais aussi du fait de son psychisme en voie de structuration, semblent ignorées, de même que tout abord affectif et relationnel donnant à ces conduites un sens autre que celui d'un simple déficit.



APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

La conception psychiatrique et neurocognitiviste entraîne une vision particulière du symptôme. En traitant les données psychopathologiques à l'image des données d'un autre domaine de la médecine, elle met en avant les symptômes, négligeant ainsi la notion d'organisation mentale et la dimension subjective du sujet. La démarche neurocognitive et neuropsychologique « semble n'envisager la caractérisation d'une constellation syndromique que dans la perspective, d'ailleurs le plus souvent implicite, d'une étiologie organique », soulignent même sévèrement certains psychanalystes (Flavigny, 1988).

Quelques facteurs étiologiques déterminants

Facteurs génétiques : des études (sur les jumeaux, en particulier) révèlent, sans être particulièrement radicales, quelques corrélations positives qui vont dans le sens de l'hypothèse d'un facteur génétique. Mais, surtout, un taux plus élevé de maladies mentales et de pathologies psychiatriques (dépression majeure, troubles anxieux, toxicomanies, etc.) chez les parents des enfants instables est observé de manière significative par rapport aux groupes contrôles. On trouve 25 % des parents, essentiellement les pères puisque cette affection touche très majoritairement les garçons, ayant manifesté et souffert eux-mêmes d'hyperactivité dans leur enfance (troubles persistants pour certains).

Facteurs socio-familiaux et éducatifs : un certain nombre de facteurs psychosociaux favorisant (mais qui valent de façon générale pour la pathologie mentale) ont été mis en évidence, tels que désaccord familial important, .../...

L'aspect formel du signe-symptôme (ici : l'agitation, les troubles de l'attention, l'hyperactivité) est alors privilégié, aux dépens d'une inscription dynamique du trouble dans l'économie psychologique générale de l'enfant. Le cheminement psychanalytique permet au contraire d'approfondir les aspects fondamentaux tels que l'ontogénèse, l'étiologie, la dimension affective, la psychopathologie.

Mais les psychanalystes se sont, dans l'ensemble, peu intéressés au problème de l'instabilité motrice de l'enfant en tant que telle, hormis dans un cadre nosologique précis comme celui des psychoses ou des prépsychoses, des dysharmonies évolutives, etc. ; cela s'explique par le fait que les enfants instables sont en général peu sensibles au travail psychothérapeutique. La discontinuité de leur pensée, leur agitation constante, leur manque d'intérêt pour les échanges verbaux et les modes d'expression comme le dessin ne sont pas propices à leur prise en charge thérapeutique dans un cadre psychanalytique habituel.

Il faut également savoir que les fondements théoriques psychanalytiques sont différents des fondements théoriques des auteurs des classifications internationales des troubles mentaux, et la difficulté réside dans la cohérence clinique et psychopathologique des modèles : l'instabilité est-elle un symptôme correspondant à des fonctionnements psychiques divers, une manifestation psychosomatique à un excès de tension interne ou existe-t-il une structure psychique spécifique des enfants instables ? La conception psychodynamique, en intégrant le symptôme instabilité dans l'économie globale de la personnalité de l'enfant et les caractéristiques du mode d'interaction parent-enfant, ouvre d'autres perspectives de compréhension et quelques hypothèses intéressantes.

Ainsi R. Diatkine et P. Denis (1985) ont-ils proposé de considérer l'instabilité comme défense maniaque contre la dépression. Si certains enfants instables ou inattentifs (bien que l'inattention ne soit pas mentionnée comme telle par les auteurs) présentent des épisodes ou des manifestations dépressives, il s'agit de détachements provisoires de l'objet. On pourrait plutôt parler d'une difficulté ou d'une



instabilité des investissements liés à l'hyperactivité elle-même, d'autant que la plupart de ces enfants ne présentent pas de troubles de l'identité ni d'autres formes d'altération à la réalité. La question de la perte d'objet et de son vécu ne paraît pas cliniquement manifeste derrière ce qui serait une défense maniaque. M. Berger (1999) suggère alors qu'il pourrait s'agir d'une difficulté ancienne à entrer en relation avec les premiers objets et propose d'autres références, comme le registre de l'*archaïque* où l'enfant, pris dans une relation paradoxale et complexe avec ses parents, ne parvient plus à distinguer ce qui est mauvais ou bon pour lui, ni ce qui provient de son psychisme ou de l'extérieur.

Dans une approche sensiblement différente, J. Bergès (1996) propose de comprendre l'hyperactivité comme symptôme d'une défaillance au niveau des enveloppes corporelles : l'instabilité psychomotrice apparaîtrait comme une « suture » de ce qui vient à manquer au corps. Cela renvoie bien sûr à la qualité des soins corporels donnés par la mère ou son substitut, au « corps à corps » dans sa dimension non incestuelle. Mais les enfants instables échappent tant au regard de la mère que certains en apparaissent désinvestis. Une autre question se pose : peut-on considérer l'inhibition psychomotrice comme la symptomatologie inverse de l'instabilité ? Non, s'il s'agit d'une perturbation initiale de l'acte, et pas de l'action, ce que paraissent penser la majorité des psychanalystes.

L'instabilité comme distorsion du lien précoce mère-enfant est également envisagée : une perturbation précoce de la relation objective est mise en évidence avec des mères qui n'auraient pas joué, auprès de ces enfants, leur rôle habituel de « pare-excitations ». Les tendances dépressives et régressives chez l'enfant seraient masquées par l'agitation, soulignent certains auteurs qui insistent sur la distorsion précoce du lien mère-enfant, déterminant dans l'apparition du syndrome (Malarrive et Bourgeois, 1976).

DU CÔTÉ DE L'EXCITATION...

L'hypothèse d'un *fonctionnement opératoire* est également avancée par les psychosomaticiens : l'instabilité serait l'expression psychosomatique d'enfants qui ont une pensée opératoire avec peu d'affects apparents et une carence importante de leur capacité de fantasmer. L'enfant sujet à un état de tension interne ne pourrait l'exprimer qu'en s'agitant (décharge d'excitations non psychisées par le corps). Dans le but de réduire l'excitation interne (majorée ou liée à un traumatisme psychique, une carence affective, un défaut du système pare-excitations, etc.), un mode particulier de fonctionnement – où prédomine une répétition issue de la pulsion de mort – se substituerait à un état de faillite des défenses psychiques habituelles. Mais il faut bien se garder de réduire l'expression somatique à une symptomatologie « réactionnelle ». L'enfant troublé dans son développement (expression psychosomatique) est souvent sans autre voie

.../...

niveau social inférieur, famille nombreuse, troubles mentaux maternels et/ou paternels, placement familial, etc. Sources : ANAE (1999), Desjardins (1992), Thomas et Willems (1997).

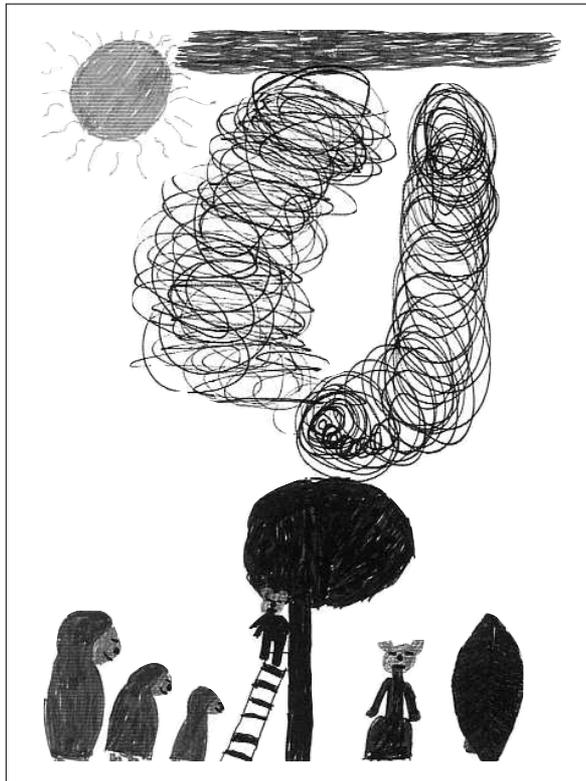
Plus convaincantes sont les hypothèses formulées par M. Berger (1999), qui propose une classification de l'instabilité en fonction de l'histoire familiale et relationnelle de l'enfant. Ainsi, les instabilités liées à des interactions précoces très déficientes seraient majoritaires, de même que serait fréquente la dépression maternelle précoce. Les enfants soumis au forçage éducatif, ou à une inadéquation du cadre éducatif, seraient fortement représentés dans le groupe clinique étudié. Enfin, les mères instables ou nerveuses, exprimant un maternage discontinu, dont les échanges avec leurs enfants sont marqués par la nervosité et l'agitation, forment un groupe significatif. Ces facteurs renvoient, bien entendu, à des références théorico-cliniques du champ de la psychanalyse présentés plus haut.



régulatrice de décharge. L'appareil psychique, qui contient et englobe l'appareil cognitif, est chargé de filtrer les excitations en excès, de l'en préserver et ainsi de faciliter son fonctionnement.

On peut faire l'hypothèse qu'une difficulté dans la transformation psychique des excitations serait à l'origine de l'hyperactivité.

La théorie et la clinique psychosomatiques considèrent également que certains comportements, comme l'agitation motrice incessante, auraient pour but de ramener le calme à travers la recherche répétitive de l'excitation. L'enfant dont la mère est instable ou « nerveuse » mettrait en place un procédé autocalmant (pour certains jusqu'à l'épuisement, comme des sportifs dénommés « galériens volontaires » peuvent le faire dans des entraînements intensifs), lorsqu'il est confronté à l'échec de la fonction maternelle à atténuer son angoisse, à percevoir son état de détresse et son besoin d'être apaisé. Le registre perceptif et moteur jouerait alors chez l'enfant un rôle de substitut à l'activité de liaison des représentations, absente de l'appareil psychique. L'auto-érotisme compulsif serait calmant, parce qu'il procurerait une décharge (mais pas une satisfaction).



Dessin de Laure, 9 ans.
Ces « Deux tornades noires
qui montent du désert »
condensent la turbulence
interne et les angoisses
dépressives révélées par
la psychothérapie de cette
fillette de 10 ans considérée
comme instable.



En référence à A. Green, on peut tenter de préciser la différence entre pulsion et excitation. Différemment de la pulsion, l'excitation n'a ni histoire, ni mémoire, ni représentation : « Elle part du corps et va au corps », sans élaboration psychique. En ce sens, la décharge d'excitation, à travers les procédés autocalmants et auto-érotiques, n'est pas une réduction des qualités d'excitabilité des éléments psychiques. Il s'agirait, pour certains enfants instables, à travers des conduites motrices extrêmes, de favoriser le désengagement psychique de la relation à la mère et de tenter de se passer des représentations maternelles.

Les propositions précédentes renvoient malgré tout à la question du débordement pulsionnel. L'agitation interne manifestée par l'enfant instable et inattentif serait un échec de sa recherche d'un objet extérieur apaisant. L'objet premier, la mère en l'occurrence, ferait plutôt fonction d'objet excitant ou angoissant pour celui-ci, et l'agitation externe ferait office de pare-excitation. L'observation clinique de l'instabilité infantile témoigne bien de la quête de l'objet inaccessible, de celle des limites physiques et corporelles. L'enveloppe d'excitation serait alors un substitut bien coûteux à la non-constitution d'un Moi-peau.

Les éventuels états de tension interne, de surcharge fantasmatique, l'échec des processus de pensée et de certains mécanismes de défense peuvent marquer la défaillance de l'enfant à gérer les domaines de l'imaginaire et de la réalité, ainsi que son rapport aux autres. L'agitation et l'excitation témoigneraient alors d'une défense contre le débordement pulsionnel.

HYPERACTIVITÉ, AGITATION, TROUBLES DE L'ATTENTION : SYMPTÔME OU SYNDROME ?

L'existence de ce trouble paraît ne faire aucun doute. D'ailleurs, de la neuropsychologie à la psychanalyse, on s'accorde à reconnaître l'existence d'éléments communs à cette « nébuleuse syndromique ». Le débat bloque surtout sur les difficultés d'une vision intégrative et multifactorielle du trouble.

La confrontation polémique qui sera inévitablement dépassée laissera la place prochainement à une approche sereine et constructive, visant à aboutir à une meilleure compréhension de l'agitation et de l'hyperactivité. Le dialogue paraît aujourd'hui nécessaire, loin du terrorisme intellectuel de l'une ou de l'autre des disciplines qui s'intéresse à cette question et modélise dans l'isolement, et parfois à outrance, ses démarches et ses méthodes. Une véritable intégration des perspectives reste à engager, et l'hyperactivité pourrait bien être ce point de rencontre. Les enfants agités ou « excités » et leurs familles seront alors les bénéficiaires des prises en charge thérapeutiques nouvelles qui en seront issues.



BIBLIOGRAPHIE

- ANAE. 1999. « Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant », *L'Enfant avec hyperactivité et déficits associés. Syndrome THADA*, n° 53-54.
- BERGER, M. 1999. *L'Enfant instable*, Paris, Dunod.
- BERGÈS, J. 1996. « Les troubles psychomoteurs chez l'enfant », dans Diatkine, R. ; Lebovici, S. ; Soulé, M. *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. IV, Paris, PUF.
- CORRAZE, J. ; ALBARET, J.M. 1996. *L'Enfant agité et distrait*, Paris, Expansion scientifique française.
- DESJARDINS, C. 1992. *Ces Enfants qui bougent trop. Le déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant*, Montréal, Québecor.
- DIATKINE, R. ; DENIS, P. 1985. « L'agitation », dans Lebovici, S. ; Diatkine, R. ; Soulé, M. *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF.
- DSM-IV. 1996. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e édition, The American psychiatric Association Washington, DC. Paris, Masson.
- DUGAS, M. ; ALBERT, E. ; HALFON, O. ; NEDEY-SAYAG, M.C. 1987. *L'Hyperactivité chez l'enfant*, Paris, PUF, collection « Nodules ».
- FLAVIGNY, CH. 1988. « Psychodynamique de l'instabilité infantile », *Psychiatrie de l'enfant*, 2, p. 445-473.
- MALARRIVE, J. ; BOURGEOIS, M. 1976. « L'enfant hyperkinétique. Aspects psychopathologiques », *Annales médico-psychologiques*, 1, 1, p. 107-119.
- MARCELLI, D. 1996. *Enfance et psychopathologie* (5^e éd.), Paris, Masson.
- THOMAS, J. ; WILLEMS, G. 1997. *Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant. Approche neurocognitive*, Paris, Masson, collection « Médecine et psychothérapie ».

Mots-clés

Agitation, enfance, hyperactivité, instabilité, psychopathologie, troubles de l'attention.

RÉSUMÉ

L'enfant agité, instable, excité, hyperactif... suscite depuis quelques années des interrogations et des débats passionnels entre les diverses disciplines qui s'intéressent à cette question de santé publique et d'éducation. Dans cet article, est proposée une revue rapide du sujet, depuis l'approche diagnostique, discutable selon les références aux classifications, jusqu'aux approches théorico-cliniques de la neuropsychologie à la psychanalyse.