

# LA SOUFFRANCE À L'ÉCOLE : POINT DE VUE DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Riadh Ben Rejeb

---

Professeur, Faculté des sciences humaines et sociales de Tunis  
Université de Tunis, Tunisie

## Résumé

La souffrance fait partie de la vie. On souffre physiquement dans différentes situations (mal de dent, handicap physique, chute, accouchement, etc.), mais aussi psychologiquement (faim, froid, manque, absence, divorce, mort, isolement, éloignement, etc). Comment peut se manifester la souffrance psychologique de l'enfant à l'école ? Quelles sont les expressions de cette souffrance ? Comment reconnaître les signes annonciateurs d'état de souffrance chez un enfant ? Quelles sont les différentes modalités de repérage de la souffrance à l'école ? Il y a certes la souffrance sociale qui fait que le plus timide (ou le plus sage, le plus vulnérable) parce que handicapé, malade, etc., risque d'être le souffre-douleur des autres. Celle due à la maltraitance d'un enseignant, de l'administration, etc. Mais à l'école, il peut y avoir également la souffrance de l'enseignant, du personnel administratif, etc. Autant de situations qui rendent ce sujet pertinent et appellent à un débat courageux et objectif.

## Introduction

Je tiens tout d'abord à remercier les organisateurs, et plus particulièrement Mme Catherine Meyor, de m'avoir permis d'être parmi vous et de participer à ce premier colloque international du Cirp. Cet échange concrétise en fait un lien qui dure depuis trois ans entre l'Université de Tunis et l'Université du Québec à Montréal.

Je suis heureux donc de participer à ce congrès sur « la souffrance à l'école » en donnant le point de vue de la psychologie dynamique, dite également psychologie clinique.

À la question « y a-t-il une souffrance dans les écoles ? », la psychologie répond affirmativement.

La souffrance fait partie du lot de la vie quotidienne. On souffre physiquement certes dans différentes situations (mal de dent, arthrose, rhumatisme, handicap physique, chute, etc.). Mais parallèlement à la souffrance physique, il y a d'autres formes de douleur moins visibles. Il s'agit de la souffrance psychique qui traduit un manque, une absence, un malaise à la suite du divorce des parents, de la mort d'un proche, de l'isolement, de l'éloignement, etc.

Comment peut se manifester la souffrance psychologique de l'enfant et plus particulièrement à l'école ? Quelles sont les expressions de cette souffrance ? Comment reconnaître les signes annonciateurs d'un état de souffrance chez un enfant ? Quelles sont les différentes modalités de repérage de la souffrance à l'école ?

Il y aurait certes une souffrance qu'on pourrait qualifier de « sociale » qui fait que le plus timide (ou le plus sage), parce que handicapé, malade, etc., risque d'être le souffre-douleur des autres. Mais qui dit que le leader dans un groupe n'est pas en train de souffrir lui-même et d'essayer à sa façon de compenser son état ?

Et puis, on a tendance à oublier la souffrance du surdoué qui se trouve dans la difficulté de s'adapter et de « suivre » le rythme de l'institution scolaire. Celle due à la maltraitance d'un enseignant, de l'administration, etc. Mais dans une école, il peut y avoir également la souffrance de l'enseignant, du personnel administratif, etc.

Autant de situations qui rendent ce sujet pertinent et appellent à un débat courageux et objectif. Si la souffrance fait partie du lot de la vie, il n'en demeure pas moins qu'il n'est nul besoin de faire à ce qu'elle soit une devise justifiant les actes de violence (verbale et gestuelle) dans les institutions scolaires, les familles, les lieux publics, les espaces sportifs, la société, etc.

### **La souffrance psychologique à l'école**

La psychopathologie clinique distingue, en ce qui concerne la souffrance psychologique à l'école, différentes entités cliniques (Misès, 1990) :

- Difficultés d'apprentissage comprenant les dysharmonies d'apprentissage, les troubles instrumentaux (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, etc.) ;
- Troubles divers de la personnalité tournant essentiellement autour de la phobie scolaire, de l'inhibition, de la timidité et du mutisme électif. Mais d'autres pathologies plus lourdes sur le plan psychiatrique peuvent être présentes dans les écoles dans le cadre de différents programmes dits d'intégration. Il s'agit notamment de certains cas d'autisme, de psychoses infantiles ou de dysharmonies évolutives ;
- Retard de langage (acquisition des notions de temps, espace, couleur, etc.) ;
- Différents types de déficience (intellectuelle, auditive, visuelle, motrice, etc.) pouvant être moins visibles que certaines maladies organiques ;
- Différentes pathologies organiques plus patentées, telle la trisomie 21 ;
- D'autres atteintes somatiques, voire psychosomatiques, moins évidentes, mais non moins invalidantes tels l'épilepsie, l'asthme, le diabète, etc., nécessitant des soins spécifiques et une attention particulière ;
- Et puis il y a des souffrances moins parlantes et plus personnelles. Tel est le cas dans la souffrance d'un prénom ou d'un nom de famille ou d'un diminutif. Tel est aussi le cas lorsqu'il s'agit d'une souffrance due à une violence anatomique (le cas des ambigus sexuels, par exemple) (Ben Rejeb, 2003).

Et puis, il y a une souffrance plus fine liée au contexte général mettant l'accent sur l'esprit de compétitivité en ce qui concerne le rendement scolaire et l'excellence. L'exemple d'un père qui, pour punir son enfant d'avoir raté la meilleure note, refuse de lui adresser la parole à la maison. L'enfant souffre alors du manque, voire de l'absence de communication au foyer.

D'autres types de souffrance sont moins visibles lorsqu'ils combinent les difficultés intellectuelles aux éléments affectifs. Ils appellent à saisir le *sens* de certaines difficultés d'acquisition scolaire spécifiques telle la dyscalculie (troubles à réaliser des opérations de division, de multiplication, d'addition), mais aussi dans différentes matières telles l'histoire, la géographie, la chimie, etc.

Dans tous les cas, l'enfant est appelé à encaisser et à supporter la souffrance et la violence. L'école est un microcosme social qui ne fait que reproduire ce qui se passe dans la société.

### **Clinique de la douleur chez l'enfant à l'école**

On peut repérer la souffrance d'un enfant à l'école par une symptomatologie particulière et variée :

- Hyperactivité ;
- Agitation psychomotrice ;
- Troubles de la concentration ;
- Troubles de la mémoire ;
- Dépression masquée ;
- Le « surdon » intellectuel.

Au-delà de ces tableaux, il faut remarquer l'extrême variété des cas et des situations. Chaque situation est en fait unique. Du coup, il ne peut y avoir une « recette » ou une façon d'agir. Il faut essayer de chercher dans l'anamnèse de l'enfant les éléments qui permettent une lecture, une « traduction » psychodynamique de ces signes cliniques. La recherche de *sens* que peuvent véhiculer les symptômes illustre la complémentarité entre psychologie clinique et psychopathologie. Les différentes illustrations cliniques qui vont suivre sont des échantillons d'entités distinctes.

### **L'hyperactivité en question**

Prenons le cas de l'hyperactivité ou de l'hyperkinésie. Il s'agit *grosso modo* d'un enfant agité qui ne peut rester assis et qui va dans tous les sens. Cela reflète chez lui un défaut de limites, de repères et de contenant. On est appelé alors à se poser des questions sur les origines de ce comportement. On peut remonter loin vers la périnatalité pour explorer le déroulement et le vécu psychologique de la grossesse de cet enfant.

En effet, indépendamment des nomenclatures et des classifications des maladies mentales de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que des grilles de lectures (psychologie cognitive, neuropsychologie, psychiatrie, etc.), l'hyperactivité peut véhiculer un sens, exprimer un vécu.

C'est un symptôme majeur de la dépression masquée chez l'enfant. C'est une façon indirecte d'attirer l'attention et d'exprimer un malaise, une dépression, une tristesse, etc. L'enfant vit la menace permanente du risque de la perte (d'un parent, d'un proche, de repère) ou indique, avec son comportement, la perte de quelqu'un.

L'hyperactivité entretient des relations étroites avec l'angoisse de mort. L'enfant hyperactif est un enfant qui a peur de mourir ou qui a vécu une menace de mort à un moment ou un autre de sa vie, y compris *in utero*. Les difficultés à respecter les limites peuvent trouver leurs origines dans la grossesse qui serait à risque avec menace d'avortement et prescription de cerclage pour retenir, contenir ce fœtus, le maintenir en vie. D'où l'échec de l'apprentissage des premières limites qui va se transmettre à travers différents types de troubles d'apprentissage.

*1ère illustration clinique*

Voici un garçon âgé de 7 ans adressé par son école pour :

- Difficultés de concentration ;
- Un problème de discipline ;
- Difficultés de l'écriture et de l'orthographe ;
- Suspicion de diagnostic d'hyperactivité.

Au foyer, il est perturbé et a besoin de réassurance. Il a besoin de fusionner avec sa mère (pour ne pas la perdre). Il a vécu très mal plusieurs déménagements (de pays, d'école, de profs, d'amis...). Il a connu une absence de stabilité, de permanence des personnes et de repères.

Il est devenu extrêmement sensible à la moindre rupture (pour les liens relationnels, liens affectifs, etc.). Les parents ont essayé différentes formes de prise en charge qui n'ont pas réussi.

En fait, comment peut-on demander à ce garçon de garder ses acquisitions scolaires (intellectuelles) quand il perd ses acquisitions affectives ? D'où le lien étroit et souvent négligé entre intelligence et affectivité, entre équilibre intellectuel et équilibre émotionnel.

**Acquisitions spatiales et acquisitions scolaires***2ème illustration clinique*

Il s'agit d'une fille âgée de 6 ans, scolarisée en première année de l'enseignement de base. Elle présente une incapacité (ou un refus) d'acquérir la lecture et l'écriture. Ses parents sont médecins.

Ses difficultés d'apprentissage peuvent certes avoir des raisons neuropsychologiques. Mais un examen à ce niveau a éliminé cette hypothèse. Reste alors la piste psychodynamique. L'écriture et la lecture renvoient à un espace symbolique. Or, il faut passer d'abord par l'acquisition de l'espace concret (au niveau du corps) pour pouvoir accéder à cet espace symbolique.

On apprend à ce niveau que l'espace corporel de cette fille a été « bien » servi. On note la notion de souffrance physique : un angiome tubaire au niveau de l'os iliaque à 4 ans. « On a failli la perdre », a précisé la mère. Il a fallu deux ans pour récupérer totalement. Elle a vécu deux ans de pansements spécifiques qui faisaient partie de son corps. Elle a vécu en fait avec une enveloppe supplémentaire sur son espace corporel.

Lorsqu'on recule encore plus dans le temps, on apprend que :

- La mère est épileptique ;
- La grossesse était « chaotique » avec menace d'avortement, cerclage ;
- Le mari avait un cancer et s'en est sorti miraculeusement ;
- Un divorce ;
- Depuis, la mère travaille et est souvent absente.

On remarque alors une angoisse de mort sous-jacente à l'évolution de cette fille. D'où son refus d'étudier, d'investir la vie. Elle réalise un dessin traduisant le fait qu'elle essaie, à la manière d'un trapéziste, de marcher sur une corde mince avec tous les risques possibles de tomber dans le vide.



*3<sup>ème</sup> illustration clinique*

Il s'agit d'un garçon adopté et âgé de 12 ans. Il a une sœur aînée, 16 ans, également adoptée. La fratrie comprenait un troisième enfant, garçon adopté, mais décédé à l'âge de 5 ans. Ce garçon consulte pour des difficultés scolaires rebelles, axées sur une dyslexie. Le décès du petit frère réactive les précédentes pertes (dont ses parents géniteurs), équivalentes à des morts.

Les parents, dans une attitude de rachat ou de rattrapage, vont traiter le manque par l'excès. Voici les propos de la mère : « on lui donne beaucoup d'affection », « son père veut lui offrir un cheval, mais ne sait pas comment faire parce que son fils ne fait pas d'effort ». Il réalise un dessin mettant l'accent sur un membre de la famille qu'il dessine et qu'il se précipite d'effacer. Il s'agit bien entendu du petit frère dont la mort a plongé la famille dans un deuil profond. Mais indépendamment de cette perte, notre jeune garçon semble avoir des problèmes d'espace corporels. On peut imaginer la grossesse vécue par une mère célibataire dans une société qui ne tolère pas les grossesses en dehors du cadre du mariage légal.

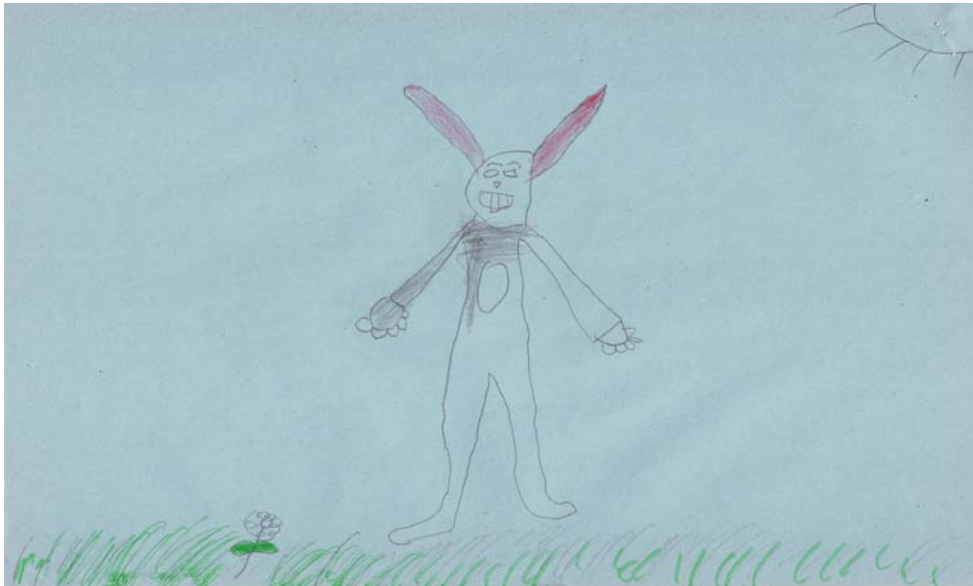


### Troubles des acquisitions scolaires et non-dits familiaux

#### *4<sup>ème</sup> illustration clinique*

Il s'agit d'un garçon âgé de 10 ans. Il a un frère âgé de 6 ans. Ce garçon présente des difficultés scolaires et de concentration « sans raison apparente ».

#### 1<sup>er</sup> dessin libre : un lapin



2<sup>ème</sup> dessin libre : Tom et Jerry

On réalise qu'il s'agit en fait d'une dépression masquée. On apprend qu'il y avait un décès non annoncé, tenu secret, celui du grand-père maternel qui était gravement malade et qui disparaît du jour au lendemain. Les parents voulaient « épargner » la mauvaise nouvelle aux enfants. Or, l'enfant n'est pas dupe (le lapin). Il suspecte un mensonge (le chat et la souris).

Les seuls rapports entre l'enfant et sa mère sont des rapports tendus, autour de la scolarité. C'est une mère qui crie tout le temps. Une mère qui ne sourit que lorsqu'elle est face à son PC en train de communiquer avec ses amis. Il n'a pas de temps ni le droit pour jouer.

Je lui offre un espace de jeu avec des figurines, des animaux en plastiques, etc. Il classe les animaux en « domestiques » et « sauvages ». Il me demande si lui, parce qu'il est du signe « taureau », doit être classé parmi les « sauvages » ou les « domestiques ». Ensuite, il met en scène et raconte l'histoire de deux hommes (ses parents) qui passent leur temps à « dresser » les animaux « sauvages » pour les transformer en « domestiques ». Je traduis : domestiquer, c'est formater. Cet enfant, qui n'a pas droit au jeu, est appelé à passer son temps à étudier, à acquérir un savoir scolaire, alors qu'on lui refuse un autre savoir, d'ordre familial.

### 3<sup>ème</sup> dessin libre : une personne s'attaquant à un arbre



Quelle joie ou quel plaisir pour apprendre dans ces conditions ? Quel désir pour investir la scolarité quand on vit dans un circuit robotisé, ritualisé, marqué par le non-dit, un mensonge dans « l'histoire » de la famille ?

#### Conclusion

On réalise alors la place importante du psychologue scolaire dans les institutions scolaires. On comprend aussi la dimension dynamique dans la formation de ces psychologues. Il faut pouvoir surmonter la dimension « instrumentale » des apprentissages scolaires pour proposer une lecture plus dynamique.

Si la souffrance reste un des moteurs de la vie, elle explique les attitudes de défi, de résistance face aux difficultés et aux aléas de la vie. Cet état de souffrance peut être à l'origine d'un handicap, d'une maladie. Ce serait le volet négatif de la souffrance. Il peut être à l'origine d'une évolution originale, d'un parcours particulier. C'est aussi le volet positif de la souffrance.

#### Bibliographie

- Misès, R. (1990). Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent. Présentation générale. *Neuropsychiatr. Enfance. Adolesc.*, 38, 10-11, 523-539.
- Ben Rejeb, R. (1995). *Migration, Psychopathologie et Psycholinguistique*. Tunis : Alif et la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis.
- Ben Rejeb, R. (2001). *Intelligence, test et culture. Le contexte tunisien*. Paris : L'Harmattan.
- Ben Rejeb, R. (2003). *Psychopathologie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent. Cliniques maghrébines*. Préface de Daniel Widlöcher. Paris : In-Press Editions.
- Ben Rejeb, R. (dir.) (2003). *L'éthique en psychologie*. Tunis : Unité de Recherche en Psychopathologie Clinique.
- Ben Rejeb, R. (dir.) (2004). *Le destin en psychanalyse*. Paris : In-Press Éditions.



Ben Rejeb, R. (dir.) (2007). *La dette à l'origine du symptôme*. Paris : L'Harmattan.

Ben Rejeb, R. (dir.) (2009). *De l'image à l'imaginaire*. Tunis : RMR et Paris : Non lieu.

### **Notice professionnelle**

Doctorat d'État en Psychologie clinique de l'Université de Tunis en 1997. Doctorat Nouveau Régime en Psychopathologie et Psycholinguistique de l'Université de Paris-V en 1987. Professeur de l'Enseignement Supérieur. Depuis 2006, Riadh Ben Rejeb est Président de la Commission Nationale Sectorielle des Sciences Humaines, Sociales et Religieuses chargée d'étudier et évaluer la mise en place des dossiers LMD (Licence, Master, Doctorat) au niveau du Ministère de l'Enseignement supérieur. Il est aussi, depuis 2004, Président de l'Union Tunisienne d'Aide aux Insuffisants Mentaux, section de la ville de Kélibia (UTAIM). Il possède plusieurs publications à son actif.

[riadhbenrejeb@yahoo.fr](mailto:riadhbenrejeb@yahoo.fr)