

Actualités

- ▶ Du nouveau en Santé mentale en Région wallonne
Christiane Bontemps 2
- ▶ Les usages problématiques d'Internet et des jeux vidéos
Pascal Minotte 4
- ▶ Pour une approche empathique de l'usage des Technologies de l'Information et de la Communication
Gérard David 6
- ▶ Se remettre en question ? Ce temps ne s'arrête jamais !
Sylvie Gérard 7
- ▶ Le CEDEP a vingt ans ! Son action est plus que jamais nécessaire...
Jean-Yves Donnay 8
- ▶ Plaidoyer pour une psychiatrie des enfants
Rencontre avec le Docteur André Denis – *Christiane Bontemps* 10



Dossier : L'enfant agité

- ▶ Préface
Sylvie Gérard 13
- ▶ Hyperkinésie chez l'enfant :
D'une surévaluation diagnostique à une inadéquation thérapeutique
Rita Sferrazza 14
- ▶ Hyperactif, hyperkinésique, TDA/H, ... Mais de quoi parle-t-on ?
Sylvie Gérard 19
- ▶ Gillès, une problématique complexe
Martine Delporte 23
- ▶ De l'agir à l'intersubjectif
Pascale Gustin 24
- ▶ Vers une classification diagnostique du TDA/H ?
Cédric Leclercq 28
- ▶ Rilatine et placebo sont dans un bateau
Philippe Kinoo 31
- ▶ Des enfants agités, en veux-tu en voilà...
Bertrand Geets 34
- ▶ Nous les disons agités mais encore...
Anna Giorgi, Rita Notarnicola, Isabelle Schonne 36
- ▶ Témoignages 40
- ▶ Les grands chantiers du TDA/H : Débats et perspectives
Sylvie Gérard 42
- ▶ Les vagues naissent toujours dans le sens du vent :
Réflexion océanographique autour de l'agitation
Pascal Minotte 45
- ▶ Repères et références bibliographiques 48





Du nouveau en Santé mentale en Région wallonne

Un nouveau décret¹, d'application² dès 2010 en Région wallonne, va dorénavant régir le secteur des services de santé mentale et reconnaître des centres de référence. Il vise à accroître l'accessibilité de tous les wallons à des soins de santé mentale ambulatoires de qualité et entend donner aux services les moyens d'y arriver.

Une ambition légitime pour un secteur qui a fait ses preuves et déborde de demandes. Mais, qu'est ce qui va vraiment changer ?

Christiane BONTEMPS,
IWSM

Qu'est ce qui va vraiment changer ? Difficile à dire ... et, si on veut « faire court » dans la réponse, on pourrait se contenter de dire : rien ! En effet, le travail des Services de Santé Mentale (SSM) aujourd'hui ne va pas changer fondamentalement. Ils proposent déjà un service de qualité à la population de leur territoire. Celui-ci va se poursuivre dans la continuité, en évoluant au rythme des demandes et de l'environnement, et ce que vous trouviez hier dans le SSM de votre quartier, vous le trouverez encore demain.

Pourquoi alors un nouveau décret ? Il s'agit essentiellement - et c'est fondamental ! - de donner aux services des moyens et un cadre adapté au développement de leur action. Les changements portent donc plus sur l'organisation du SSM que sur le contenu de son travail : donner plus de visibilité au service, renforcer son action dans son réseau territorial sur base d'un projet clair et reconnu, soutenir l'évaluation régulière de ses activités, accroître et répartir de façon équitable les moyens et, par là, l'offre de soins, et alléger la charge administrative de chacun. Il s'agit surtout de soutenir une dynamique au sein des équipes qui leur permette d'améliorer en qualité et en quantité les réponses ambulatoires aux souffrances psychiques de la population de leur territoire, tout en laissant place aux initiatives qu'ils développent pour y arriver.

Sans trop y laisser paraître toutefois, cette réforme est d'envergure. Il faut dire qu'elle est le fruit d'un travail soutenu, mené par l'autorité ministérielle, son administration et le CRSSM³, en concertation avec les acteurs de terrain et avec l'Institut Wallon pour la Santé Mentale (IWSM). Dès 2006, 10 ans après la publication du 1er décret⁴ instituant les SSM en Région wallonne, une large consultation des services, de leurs partenaires et de leurs usagers a permis de faire le point sur l'évolution du secteur. Un an plus tard, le chantier était balisé en 6 axes⁵ :

1. L'accessibilité aux soins pour tous les Wallons ;
2. La prise en charge des enfants ;
3. Les frais de fonctionnement ;
4. Le personnel ;
5. La formation ;
6. La définition d'un projet de service de santé mentale.

A pointer dans la réforme

Sur base de ces orientations majeures, le travail a fait son chemin pour aboutir, au printemps dernier, à la promulgation du nouveau texte décretaal, adopté sans réserve par le Parlement wallon. Plutôt que de détailler les différents aspects de la réforme, relevons-en quelques éléments qui nous semblent particulièrement importants :

L'usager est au centre du travail et le texte y fait largement mention. En référence notamment à la loi fédérale⁶ sur les droits du patient, il rappelle en détail les droits de l'usager. Mais, il invite aussi les équipes à mettre en œuvre des modalités d'interactions bien concrètes avec leurs bénéficiaires.

Le SSM est au sein d'un réseau et le nouveau décret soutient de différentes façons l'inscription des services dans le paysage institutionnel de leur territoire.

Ils sont dorénavant tenus d'établir des conventions à co-construire avec un ou plusieurs de leurs partenaires pour veiller à la continuité des soins.

Les impulsions données au réseau se situent aussi du côté de l'usager : le réseau qui s'invente de façon spécifique pour chacun, chaque fois que la situation l'exige, sera dorénavant soutenu par la création d'une nouvelle fonction dite de liaison. Celle-ci sera attribuée au membre de l'équipe le plus à même de l'assurer pour l'usager, en fonction de ses besoins et de la clinique spécifique qui se met en place pour rencontrer sa demande. Cette nouvelle fonction a pour mission de veiller à la coordination des interventions, de garantir les décisions prises et de soutenir le processus mis en œuvre pour cet usager.

Le réseau sera également soutenu dans le cadre de la concertation institutionnelle. Mise en place indépendamment du travail de réseau qui s'organise pour l'usager, elle va progressivement le faciliter, tout en faisant mieux connaître le SSM aux partenaires de sa région.

Le nouveau décret met aussi l'accent sur l'accessibilité au service, notamment en termes d'horaires : les consultations sont dorénavant possibles tous les jours jusque 18h. En termes financiers aussi, avec le maintien de la possibilité d'adapter la participation aux frais ou de prévoir la gratuité des prestations. En termes

d'accueil, une permanence est organisée dans tous les services pendant les heures d'ouverture, et, lorsque le service est fermé, un message sur un répondeur permet à l'utilisateur de trouver une alternative ou de laisser un message. Pointons encore l'accent mis sur l'information, pratique et concrète, à mettre à disposition de tous.

Ces orientations ne sont pas nouvelles pour tous les SSM qui, pour la plupart, les avaient déjà spontanément réfléchies et mises en œuvre. Elles sont donc aujourd'hui encouragées et soutenues. Par contre, ce qui est tout à fait nouveau, c'est le PSSM, **Projet de Service de Santé Mentale**. Tous les SSM vont être amenés à décrire et préciser dans un texte leurs orientations actuelles et celles qui se dessinent en perspective, et ce, en fonction de leur histoire, de leur contexte et de leur environnement. Cet outil, qui sera élaboré de façon spécifique au sein de chaque service, permettra à tous ceux qui sont partie prenante du projet d'être au clair sur les objectifs, les priorités, les activités, le fonctionnement du SSM et de faire régulièrement le point sur son évolution. Le PSSM constitue la pierre angulaire du nouveau décret. Il permettra à chaque service de se présenter, de faire valoir ses spécificités, de mettre en évidence ses limites et de vérifier que tous sont bien d'accord sur le projet et sa mise en œuvre.

Sur base de cet outil, le décret prévoit un **agrément à durée indéterminée**, suivi et soutenu par l'équipe d'inspection de l'Administration. L'agrément s'appuiera sur le PSSM, qui intègre l'auto-évaluation des activités et du fonctionnement du SSM et qui servira de base pour le travail d'inspection. Cette nouvelle procédure d'agrément va réduire la charge administrative des services tout en les encourageant à soutenir un processus d'évaluation continue.

On peut aussi souligner que le nouveau décret

définit clairement les responsabilités au sein du SSM. À côté de la direction thérapeutique assurée par le médecin, il reconnaît et crée une nouvelle **fonction de direction administrative**. Le membre de l'équipe qui sera désigné pour cette fonction soutiendra, à l'interne, le travail de l'équipe et de chacun de ses membres et veillera, au niveau externe, à la construction des bonnes relations institutionnelles avec les partenaires du réseau ; une option qui donne plus de poids et de visibilité au travail du SSM. Le directeur administratif sera aidé dans sa fonction par la fonction administrative qui se voit revalorisée par l'octroi de moyens supplémentaires.

Le décret va également reconnaître un **Centre de Référence en Santé Mentale (CRSM)** qui appuiera les services qui le souhaitent dans la mise en œuvre du décret et soutiendra l'action des professionnels. Il déploiera des activités sur cinq axes : Concertation trans-sectorielle et trans-régionale, Observatoire, Appui, Information/communication et Recherches. Un seul CRSM généraliste sera reconnu mais il articulera son travail avec les centres de référence spécifiques qui s'intéresseront à une problématique particulière.

La mise en œuvre de cette réforme

En attendant la désignation d'un CRSM, l'IWSM, dans le cadre de la subvention facultative qui lui est octroyée, a une mission d'appui aux services de santé mentale. Cette aide se concentre actuellement sur l'appui au PSSM et se décline sur plusieurs axes : répondre aux questions sur le PSSM, appuyer les SSM qui le souhaitent dans le traitement des données de leur rapport d'activités et des données épidémiologiques, apporter un appui méthodologique pour la construction du projet, centraliser et diffuser toutes les informations et activités relatives au PSSM.

Dans ce cadre, des formations à la gestion de projet sont organisées avec un opérateur extérieur⁷, des outils sont mis en ligne sur le site de l'IWSM⁸ et une permanence téléphonique est assurée par l'équipe « appui », ... ; de quoi soutenir les SSM dans l'élaboration du texte qu'ils devront rentrer d'ici le 30 juin 2010 auprès de l'administration de la Région wallonne pour continuer à être agréés.

Cette mission d'appui sera amenée à évoluer en fonction de la demande des équipes. Elle se construit aussi en articulation avec l'autorité de tutelle.

En Région wallonne ... et au-delà

Ce nouveau décret ne vient pas seul repréciser les modalités de travail du secteur ambulatoire en santé mentale. Une réforme plus large se prépare aussi avec le fédéral en vue d'intensifier et de spécialiser l'offre ambulatoire comme alternative à l'offre hospitalière. En cours depuis 2001, le processus vise une approche non plus centrée sur l'institution mais sur le patient et son milieu de vie. Cette perspective et sa mise en œuvre, qui s'appuient sur l'article 107 de la loi sur les hôpitaux, font actuellement l'objet de réflexions et de propositions auxquelles le secteur sera associé.

Une réforme à suivre, sur laquelle nous ne manquerons pas de revenir tout prochainement. ●

¹ Décret du 03 avril 2009 relatif aux services de santé mentale et aux centres de référence en santé mentale, publié au Moniteur belge (MB) le 30 avril 2009.

² Arrêté du Gouvernement wallon, du 10 décembre 2009, publié au MB le 20 janvier 2010.

³ Conseil régional des services de santé mentale, redéfini aujourd'hui dans la cadre de la réforme de la fonction consultative au sein du CWASS (Conseil Wallon de l'Action Sociale et de la Santé).

⁴ Décret du 4 avril 1996 portant sur l'agrément et le subventionnement des services de santé mentale, publié au MB le 23.05.96.

⁵ Présentés dans Confluences n°17 (août 2007) et détaillés dans l'exposé des motifs du décret (consultable entre autres sur : www.iwsm.be, rubrique « Services de Santé Mentale »).

⁶ Loi du 22 août 2002, relative aux droits du patient.

⁷ Le STICS : Service pour la Transformation et l'Innovation et le Changement Social.

⁸ www.iwsm.be dans la rubrique « Service de Santé Mentale ».



Les usages problématiques

d'Internet et des jeux vidéo

Le 16 mars 1995 à 17 h 06, le Docteur Ivan K. Goldberg poste un *hoax* (*canular* informatique) annonçant la constitution d'un groupe de soutien, à l'université de Columbia où il travaille, destiné à porter secours aux étudiants souffrant d'Internet *Addiction Disorder* (IAD).

L'expression est utilisée pour la première fois : elle fera recette !

Pourtant, le Dr Goldberg voulait de cette façon dénoncer la fascination de la société occidentale pour ses propres dépendances.

Mais l'ironie de son propos ne semble pas avoir été perçue...

Pascal MINOTTE,
Psychologue clinicien,
Chercheur IWSM

C'est ainsi que, bien malgré lui, un nouveau syndrome fait son apparition dans le ciel déjà bien chargé de la nosologie psychiatrique.

Rapidement, des chercheurs comme Brenner (1996), Griffiths (1997), Scherer (1996), Véléla (1997), Young (1996) reconnaissent le concept « d'internet addiction » et les communications scientifiques fleurissent.

En santé mentale, la frontière est parfois ténue entre un légitime intérêt scientifique et la tendance à pathologiser et médicaliser intempestivement le changement social. Nous devons cependant constater que l'émergence fulgurante de *nouveaux objets sociotechniques*¹ appelés Technologie de l'Information et de la Communication (T.I.C.) suscite craintes et angoisses. Ces dernières gravitent autour de deux piliers que nous nommerons respectivement *dépendance* et *violence juvénile*.

Indépendamment du caractère réel ou fantasmé de ce qui peut se dire ou s'écrire sur ces questions², celles-ci ont une place de choix dans l'espace médiatique et l'action publique. Notons au passage le lien entre ces deux thématiques. En effet, c'est bien parce que l'addiction fait perdre le contrôle et le bon sens qu'un tiers est en devoir d'y mettre bon ordre. Cette supposée

propriété addictive renforce la légitimité de légiférer et diagnostiquer à ce sujet, car elle vient remettre en question la clairvoyance du consommateur. Celui-ci a perdu le contrôle de lui-même, parfois sans qu'il en soit conscient, il convient donc de l'aider « malgré lui » et « pour son bien ». De plus, « l'addiction » en raison des nombreuses heures de fréquentation des jeux vidéo violents qu'elle implique constituerait un facteur de risque supplémentaire. Rajoutons à ceci que l'effet connotant de l'assimilation des T.I.C. à des substances addictogènes laisse planer une vague, mais tenace odeur de soufre autour de celles-ci. Ne dit-on pas « être exposé aux jeux violents » comme nous pourrions l'être à l'amiante ou à la radioactivité ?

Ceci étant, poser un regard critique sur notre objet d'étude et sur le contexte qui l'a vu naître ne nous empêche pas de reconnaître l'intérêt d'étudier la question des usages, dans toutes leurs dimensions, des nouvelles technologies. D'autant plus qu'il nous faut constater que la dynamique de développement et d'expression des comportements est différente en ligne que dans la vie « réelle ». En effet, si les T.I.C. ne sont pas à l'origine d'autant de nouveautés comportementales qu'on leur prête parfois ; elles viennent en tous les cas très souvent renouveler

la façon dont peuvent s'exprimer certains comportements, notamment par l'accessibilité et l'anonymat qu'elles offrent... Par exemple, en matière de sexualité ou de jeux d'argent.

C'est ainsi que nous avons été amenés à effectuer une synthèse de la littérature sur la question ; démarche à laquelle nous avons adjoint un groupe de travail constitué d'acteurs de terrain en Région wallonne destiné à connecter l'étude à la réalité du territoire. Ce groupe s'est penché sur des recommandations au sujet des usages problématiques des T.I.C.. Celles-ci peuvent se résumer comme suit :

Les T.I.C. parT.I.C.ipient activement à une « nouvelle donne sociale », il convient de les appréhender sereinement, sans diabolisation ni stigmatisation. Rappelons par ailleurs qu'en leurs temps, l'écrit, le roman, la radio, la bande dessinée, etc. ont suscité de nombreuses inquiétudes qui sont maintenant pour la plupart apaisées.

Les usages des T.I.C., qu'ils soient problématiques ou non, ne sont pas le monopole d'une catégorie sociale : les jeunes ! En effet, ceux-ci sont généralement considérés comme LA catégorie à risque ; or ils ne sont pas les seuls usagers (passionnés ou non), tant s'en faut. Il n'est pas opportun d'alimenter cette forme de stigmatisation d'une génération ; d'autant plus que les données scientifiques disponibles - bien éloignées des quelques rares faits divers hyper médiatisés - invalident l'iconographie contemporaine à ce sujet. Prenons pour exemple la généralisation de la figure de l'adolescent rendu violent par la pratique des jeux vidéo ou encore le hardcore gamer isolé socialement³.

Ensuite, nous conservons un positionnement critique et prudent par rapport au concept de « cyberdépendance » tel qu'il a été construit ces

dix dernières années par certains chercheurs et relayé dans les médias. Nous pensons qu'il est contre-productif en matière de promotion du bien-être et de la santé mentale, comme en terme d'adaptation des dispositifs curatifs, de travailler sur base d'une métaphore qui associe sans discernement les T.I.C. à des drogues. Ce qui ne veut pas dire que nous récusons d'éventuelles filiations étiologiques et/ou symptomatologiques entre certains usages problématiques des T.I.C. et d'autres formes de dépendances comportementales. Ceci étant, en focalisant notre réflexion sur les propriétés « addictives » ou « dépravantes » des T.I.C., nous prenons le risque de ne pas entendre ce qui fait souffrance pour le sujet et/ou son entourage. Pour toutes ces raisons, nous préférons à d'autres expressions l'alternative moins stigmatisante et moins pathologisante « d'usage problématique ». Cette précaution nous semble d'autant plus importante que la très grande majorité des surinvestissements s'avère transitoire, liée à une période de la vie, et n'appelle en rien un savoir « médical » ou « psychopathologique ».

Notons qu'à partir du moment où nous décidons qu'il peut y avoir un usage problématique d'Internet, nous nous trouvons confrontés à l'obligation de distinguer ce qui est problématique de ce qui ne l'est pas. Mais où placer la limite ? Sachant qu'il est fort probable que celle-ci bouge avec le temps. Nous savons que le regard que porte la société sur les objets d'addiction évolue au fil des époques. Les travaux réalisés sur la question nous montre qu'il n'est pas pertinent de poser des limites quantitatives (le nombre d'heures, par exemple) ; c'est l'analyse du fonctionnement global de l'individu et de son contexte de vie qui peut nous informer sur la place plus ou moins problématique de ses usages. C'est ainsi que la littérature fait souvent référence à la notion d'*envahissement* de la vie de la personne, tant du fait d'utiliser la T.I.C. que d'y penser entre les sessions, de « se préoccuper pour » : Dan Véléa⁴ parle de *centration* et Griffiths⁵ de *saliency* comme élément clé d'une « passion obsessionnelle ».

Ensuite, une autre notion centrale est celle du *contrôle* du sujet sur ses comportements. Celui-ci, parfois, aimerait diminuer sa « consommation » et il n'y parvient pas, les tentatives qu'il fait dans ce sens sont infructueuses.

De la même façon, l'aspect chronophage de l'activité est fréquemment évoqué, la personne en perd la notion du temps. Constatons, à l'instar de Chou⁶, qu'en définitive, la première et seule vraie conséquence directe des « U.P.T.I.C.⁷ » qui fasse consensus est la perturbation de l'emploi du temps qui en résulte. C'est ainsi que le sujet qualifié dépendant maintient son comportement malgré les avertissements de ses proches et/ou les conséquences néfastes sur sa vie sociale au sens large (sa vie affective, son travail, ses responsabilités parentales, ses finances).

Ces derniers éléments sont évidemment d'une grande importance, c'est bien parce que le sujet et/ou sa famille souffrent d'une façon ou d'une autre de ses comportements que l'intervention d'un tiers, à leur demande, trouve sa légitimité.

Rajoutons enfin, et c'est probablement le point le plus important, qu'afin de prévenir d'éventuels usages problématiques, la priorité doit être donnée aux initiatives permettant l'ouverture d'espaces de dialogue et de construction de sens. Un utilisateur de T.I.C. sera d'autant plus en capacité d'en faire un bon usage qu'il aura les mots et les interlocuteurs pour parler de ce qu'il ressent, de ce qu'il vit. Dans le cas contraire, il pourra être tenté d'utiliser le jeu comme régulateur de ses émotions et de ses excitations. C'est ainsi que certains auteurs ont montré l'intérêt qu'il y a à évoquer avec les enfants et les adolescents ce qu'ils vivent face aux écrans. Il s'agit de pouvoir reconnaître ce qu'ils y font et d'y apporter du sens, penser avec eux des significations et développer un esprit critique et constructif. Cette prise de recul est nécessaire à la digestion de toutes les images et sensations auxquelles nous sommes confrontés constamment.

Pour terminer, nous pensons que l'offre de soins concernant les usages problématiques des T.I.C. ne

doit pas devenir le monopole de services spécialisés. Dans ce cadre, pour les professionnels qui le désirent, des modules de « formations - familiarisation » à ces questions vont être proposés. . . ●

¹ Voir l'art.T.I.C.le de Jean-Yves Donnay (IWSM), *Nouvelles technologies : quels rôles dans la construction de l'identité ?* In Confluence N°22, juin 2009.

² Voir l'art.T.I.C.le : *Le complexe de Laïos ou lorsque la peur est mauvaise conseillère*. In Confluence N°22, juin 2009.

³ Les statistiques montrent que les joueurs intensifs « on ligne » rencontrent « en vrai » plus souvent leurs pairs que les non-joueurs.

⁴ Véléa D. (2009), *Cyberdépendances, réalité ou fiction ?*, Conférence organisée par l'IWSM le 12 mars 2009.

⁵ Griffiths M. D. (1998), *Internet addiction: Does it really exist ?* In Gackenbach J : *Psychology and the Internet : Intrapersonal, Interpersonal and transpersonal applications*, 61-75, Academic Press, New York.

⁶ Chou C. et coll. (2005), *A Review of the Research on Internet Addiction*, *Educational Psychology Review*, Vol.17, n°4, p. 363-388.

⁷ Usages Problématiques des Technologies de l'Information et de la Communication.



Pour une approche empathique de l'usage des Technologies de l'Information et de la Communication

C'est afin de donner corps aux recommandations de l'étude de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale (I.W.S.M.) sur les usages problématiques d'Internet et des jeux vidéo qu'une demande de prolongement du « Plan stratégique n°3 » a été acceptée par la Région Wallonne. Cette suite se réalise par le biais d'un partenariat entre l'I.W.S.M. et l'A.S.B.L. NADJA. Elle prend la forme de modules de sensibilisation/formation à la problématique des usages et mésusages des Technologies de l'Information et de la Communication.

Gérard DAVID,

Assistant social et licencié en philosophie,
Service prévention du Centre *Nadja*

Ces modules sont destinés aux acteurs de la santé mentale. Mais aussi, plus largement, à tous les adultes qui sont préoccupés par l'usage que certains jeunes font de ces technologies : parents, enseignants, éducateurs, etc. Il nous semble primordial en effet de renforcer les habiletés de ces adultes en matière d'usage des T.I.C., si l'on veut pouvoir développer une approche éducative à leur propos.

Ils sont de plus en plus nombreux ceux qui ont fait de ces outils leur quotidien : g.s.m. tout d'abord, puis recherche sur internet, messageries en ligne type *m.s.n.*, réseaux sociaux comme *facebook*, forum de discussion, chat, en passant par les jeux en ligne ou sur console (*nintendo ds* ou *Wii*, *Sony PlayStation* portable ou non, etc.). Qu'il soit ludique, informatif, solitaire ou social - quand il ne passe pas de l'un à l'autre -, l'usage des T.I.C. s'est aujourd'hui quasiment généralisé. Dans un tel contexte, il est essentiel que les adultes qui accompagnent les jeunes soient à même d'aider ces derniers à donner du sens à leurs pratiques. Il n'y a pas de secret, c'est, encore et toujours, en aidant à symboliser ses conduites, à prendre de la distance avec elles, qu'on contribuera le mieux à prévenir les usages excessifs. Cette prévention s'inscrit au quotidien. Elle doit être portée par les adultes en contact régulier avec les jeunes. Surtout quand ces usages sont fortement investis par ces derniers.

Or, il faut bien l'admettre, les adultes sont encore souvent des « dinosaures au pays du net »¹. Les réactions face aux T.I.C. prennent généralement deux formes. La première consiste à ne pas trop se préoccuper de l'usage que font les jeunes des T.I.C., tout simplement « parce qu'on n'y comprend rien ». La seconde s'en inquiète, mais sur le mode de la disqualification. Chat, messagerie instantanée, jeux, etc., toutes ces pratiques semblent alors au mieux n'avoir que peu d'intérêt, au pire être carrément néfastes. Une telle perspective ne permet guère l'établissement d'un dialogue constructif autour des usages des T.I.C. Elle contribue à renforcer le jeune dans cette idée qu'il ne peut pas trouver d'interlocuteur valable dans le monde des adultes.

On a trop souvent l'impression que ces technologies instaurent une réelle rupture par rapport à ce qu'a précédemment connu l'humanité. À trop insister sur cette rupture, on finit par ne plus savoir appréhender le phénomène. Cette nouvelle fracture générationnelle repose à la base sur une méconnaissance des T.I.C., de ce que jeunes et moins jeunes peuvent y trouver d'intéressant, d'enrichissant. Méconnaissance des compétences que l'on peut y acquérir, du réseau social que l'on y crée ou que l'on y entretient, etc. Certes, il y a aussi des risques, des usages problématiques, mais ils restent anecdotiques par rapport à l'ensemble

des usages. Puis surtout, ce n'est pas en définissant la problématique par ses excès que l'on trouvera la meilleure porte d'entrée pour dialoguer sereinement.

C'est pourquoi, dans le module de sensibilisation/formation mis en place conjointement par l'I.W.S.M. et NADJA, nous partirons d'une familiarisation avec les T.I.C.. Nous nous attacherons tout d'abord à resituer les T.I.C. dans un continuum. Nous verrons notamment comment les questions qu'elles soulèvent ne sont pas neuves, même si elles les réactivent sur un mode nouveau. En bref, nous tenterons d'établir une médiation entre utilisateurs et non utilisateurs (ou utilisateurs moins avertis) des T.I.C. À partir de ce point, nous pourrions alors appréhender les T.I.C. avec ce qu'elles recèlent comme richesses, mais aussi comme risques. En plus de la mise en place de balises informatives et théoriques, nous serons particulièrement attentifs à illustrer nos propos avec des exemples concrets : saisies d'écran, séquences de jeux, mises en situation, etc. Nous réserverons enfin une place à la présentation de différents outils qui peuvent aider les adultes - thérapeutes ou « simples » éducateurs - à travailler cette problématique avec leur public.

Cette formation/sensibilisation est en construction. Les premiers modules seront testés dans les prochains mois. ●

Renseignements:

IWSM, Pascal Minotte:

☎ Tel. 081/23.50.18

✉ p.minotte@iwsmb.be

Centre Nadja, Gérard David:

☎ 04/223.01.19

✉ nadja.prevention@skynet.be

¹ Pascale GUSTIN, *Des dinosaures au pays du net*. Yapaka (coll. « Temps d'arrêt »), 2006, 64 p.

Se remettre en question ? Ce temps ne s'arrête jamais !

« Baigner » dans la souffrance humaine peut être lourd, bien lourd à porter ! Que de situations complexes où l'émotion est vive malgré ses balises, où l'on peut douter du bien fondé de son intervention, des collaborations en place, ... et où le temps fait si souvent défaut pour prendre le recul nécessaire.

Comment trouver la bonne mesure pour continuer à travailler, avec satisfaction, en y donnant sens ? En étant compétent ?

Ce ressenti, ces questions, très peu y échappent, à fortiori quand on travaille, dans le champ psycho-médico-social. C'est normal, légitime et même nécessaire ! Reste que cette remise en question, complexe, demande un espace-temps où elle pourra trouver à s'exprimer et à évoluer vers cette posture professionnelle que l'on cherche sans relâche à habiter pour être au plus juste auprès des usagers. L'intervention et la formation peuvent partiellement y répondre, le travail en réseau aussi. C'est l'illustration que nous en donne le Réseau Petite Enfance de Thuin au travers d'un groupe de réflexion, aujourd'hui arrivé à terme, et pour lequel, il nous retrace dans un « document témoin ¹ » l'évolution et les apports.

Sylvie GERARD,
IWSM

L'initiative est portée par le CPAS de Thuin. Nous sommes en 1998, une dizaine de professionnels, issus d'horizons divers mais ayant en commun de travailler dans le domaine de la petite enfance², manifeste le besoin de disposer de ressources pour les soutenir dans leurs pratiques.

Ce qui est commun dans la demande de ces acteurs de terrain, c'est une préoccupation pour des situations familiales complexes de grande vulnérabilité socio-économique, de négligence ou à risque de maltraitance ; un isolement du professionnel dans une région rurale, mal pourvue en services psycho-sociaux et un souhait de partager des expériences et des réflexions sur la pratique.

L'APEP : l'équipe SOS enfant de la région de Charleroi a été sollicitée pour coordonner ce travail, qui au fil du temps – il aura duré 10 ans ! – a évolué, à la fois, dans la composition du groupe, mais surtout dans les modalités et la philosophie de travail.

Les objectifs sont orientés selon plusieurs axes : créer un espace de réflexion, intensifier le réseau, créer des liens de soutien autour

des situations difficiles et aider à prendre du recul, de la distance dans le travail de terrain.

Spontanément, les intervenants en sont d'abord venus à « déposer leurs paquets », en partageant des situations cliniques complexes lourdes à porter, au point de douter de leurs compétences, de leur savoir-faire, des outils et des ressources à disposition. Très vite, le besoin d'une rigueur accrue dans l'évaluation des situations s'est faite sentir, surtout dans les situations floues de négligence. *Est-ce qu'il faut s'inquiéter ? A partir de quand ? Quels sont les besoins de l'enfant et les carences qu'il subit dans son milieu familial, comment y remédier ? Qui peut être garant des soins apportés à l'enfant quand les parents ne sont demandeurs de rien, voire méfiants ou opposés à leur nécessité ? Comment analyser et construire le positionnement du professionnel ? Quel est son rôle, sa responsabilité, ses limites ? Les relais possibles ? ...*

Le groupe s'est peu à peu mis dans la dynamique de « recherche-action » ; « recherche » au sens de plonger dans la complexité des situations, de

se documenter, d'accepter l'incertitude, le doute qui l'accompagne et « action », en acceptant de livrer sa pratique et sa posture professionnelle au questionnement et à la critique, en analysant les résonances suscitées par les détresses multiples de ces familles avec petits enfants.

Comme en témoigne un des participants : Le fait de devoir dire les choses, avec suffisamment de précisions, sous le regard critique et constructif de collègues issus d'autres organisations, a obligé à aller plus loin dans des définitions qui avaient auparavant le statut d'un donné, d'un toujours ainsi. Et de se rendre compte que certaines missions³ pouvaient être discutables, qu'elles pouvaient poser questions à d'autres, au réseau, et que celui-ci pouvait se trouver en difficulté de collaboration. Plutôt que de lisser ses missions afin de les rendre acceptables pour tous, le choix de les affirmer, d'en assumer les difficultés, mais aussi d'accepter qu'elles soient questionnées par les autres, a permis de s'y sentir plus à l'aise, et de mieux comprendre en quoi elles pouvaient être des outils utiles au travail et en quoi elles pouvaient en être des freins dans certaines de leurs dimensions.

Une page ne suffirait pas à décrire ce processus lent fait d'étayage professionnel, de réflexion, de prise de recul, d'apports de balises et d'outils d'évaluation, ... Un document de travail⁴ en rend compte et nous rappelle combien « Se 'décaler du faire', ce n'est pas s'en éloigner, s'en détacher. C'est plutôt mettre une distance momentanée pour mieux y revenir, professionnellement plus fort et plus pertinent, plus... compétent. » ●

¹ Dix ans de chantier pour expérimenter un travail en réseau. Le Réseau Petite Enfance de Thuin en collaboration avec l'équipe d'Aide et Prévention Enfants-parents de Charleroi. Document de travail disponible au Centre de documentation In Folio à l'Institut Wallon pour la Santé mentale.

² TMS de l'ONE, personnel d'un hôpital (psychologue en pédiatrie et maternité, infirmière accoucheuse, assistante sociale), assistante sociale de crèche et d'un service de gardienne encadrée, travailleurs sociaux d'une maison maternelle, assistante sociale de CPAS, assistante d'un service d'aide précoce.

³ De l'institution, des professionnels, ...

⁴ Voir note de bas de page n°01.



Le CEDEP a vingt ans !

Son action est plus que jamais nécessaire...

Les 30 mai, 31 mai et 1er juin 2009 se tenait à Paris le XVIIIème séminaire annuel organisé par le CEDEP : le Comité Européen Droit, Ethique et Psychiatrie.

Au programme : « 20 ans de réflexions, d'études, d'actions en Europe pour l'éthique, le droit et les droits en psychiatrie et en santé mentale ».

Membre du CEDEP, l'IWSM a participé à ce séminaire.

Retour sur quelques moments forts de l'événement...

Jean-Yves DONNAY¹,

Sociologue, chercheur, professeur,
Chef de projet au Ministère de la Communauté française

« **N**on à la politique de la peur ». En substance, voilà le message – calligraphié sur un imposant calicot mural – qu'il fut offert de lire, les trois jours durant, aux participants du séminaire.

Avant de revenir plus en détail sur quelques communications, il n'est d'autre choix que de remettre en contexte le message susmentionné. Surtout, d'en saisir toute la pertinence contemporaine...

Traitement sécuritaire de la maladie mentale et stratégies de résistance

Le 2 décembre 2008, à l'hôpital psychiatrique d'Antony, en région parisienne, et cela dans la foulée du meurtre à Grenoble d'un jeune homme par un individu souffrant de schizophrénie, le Président de la République française, M. Nicolas Sarkozy, présentait les grandes lignes du nouveau dispositif public en matière de psychiatrie. A en croire le journaliste Patrick Coupechoux², spécialisé dans les domaines de la psychiatrie et de la santé mentale, jamais probablement, depuis la Libération, le plus haut personnage de l'Etat français n'avait à ce point stigmatisé la maladie mentale. Derrière ce dispositif institutionnel, lequel aborde la psychiatrie sous le seul angle sécuritaire, c'est véritablement une nouvelle conception sociale

de la maladie mentale qui voit le jour. Résumons-la. « La maladie mentale, aujourd'hui, représente avant tout un problème sécuritaire. Aussi, avant d'être reconnu comme un être humain qui doit être soigné, tout malade mental est d'abord un individu dangereux dont la société doit se protéger ».

Si les usagers sont dorénavant définis en termes comportementaux³, les professionnels sont eux réifiés à des détecteurs de risque. Parmi les mesures annoncées par le Président Sarkozy, pointons – en vrac et sans visée d'exhaustivité – la mise en œuvre d'un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques, l'application aux patients « hospitalisés sans leur consentement » de dispositifs de géolocalisation, la création d'un fichier national des patients hospitalisés d'office, la conditionnalisation des sorties de patients à une décision préfectorale (donc, non médicale), etc. : tout un programme!

Contre les propos tenus par le Président Sarkozy, les professionnels de la psychiatrie se sont rapidement mobilisés : pétitions, meetings, actions de réflexion...

Regroupant une pluralité d'acteurs institutionnels inscrits dans différents champs sociaux (Union syndicale de la psychiatrie, Syndicat de la magistrature, Ligue des droits de l'homme...), un collectif s'est également formé : « Refus de la politique de la peur ». Membre de celui-ci, le

CEDEP a profité du XVIIIème séminaire annuel pour rappeler qu'entre « accepter d'être asservi et instrumentalisé ou entrer en résistance, s'organiser dans un refus radical⁴ », c'est la deuxième voie qui avait été choisie : la résistance au traitement sécuritaire de la maladie mentale, en France comme dans les pays européens où le sécuritarisme s'est érigé en référentiel de l'action publique psychiatrique ; plus largement, la résistance au traitement néolibéral de la nouvelle question sociale.

Prenons-en la mesure à travers quelques interventions.

Populisme pénal et liberté créatrice des praticiens

Soucieux d'une mise en perspective théorique de la « politique de la peur », le magistrat et chercheur Denis Salas⁵ s'est appuyé sur le concept de « populisme pénal ».

Inspiré des Etats-Unis, le populisme pénal est une doctrine qui se revendique d'un appel « direct » au peuple dans le règlement des problèmes sociaux. Participent de son essor la montée en puissance d'une idéologie victimaire, de même que la transformation de la vision individualisante de la délinquance au profit d'une vision socialisante de la délinquance : un fléau social.

D'un point de vue anthropologique, le populisme pénal convoque la figure de l'individu rationnel, la réactivité du système pénal tout comme la philosophie pénale de la dissuasion se pensant comme des freins objectifs au passage à l'acte. Raisonner de la sorte, prévient Salas, c'est mettre sous l'éteignoir⁶ la vulnérabilité de tout délinquant. Or, il ne fait aucun doute que cette vulnérabilité doit être prise en compte par les professionnels, tant dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des risques sociaux, que dans le cadre plus général d'un traitement démocratique

des déviances sanctionnées par la loi pénale (*i.e.* la délinquance).

Quant au criminologue et psychologue **Christophe Adam**, fort d'une thèse doctorale en criminologie (UCL, 2007) portant sur les pratiques psychosociales en milieu pénitentiaire relatives au traitement des délinquants sexuels, c'est à une inscription de ces pratiques dans un cadre inédit d'intelligibilité qu'il s'est attelé.

Ainsi, loin de se définir comme un pion de l'échiquier du système pénal, le praticien oeuvrant en milieu pénitentiaire sait aussi faire preuve d'une « liberté créatrice ». En déployant une vigilance lucide et critique vis-à-vis des outils actuariels de mesure, c'est à l'évaluation de la dangerosité et du risque qu'il résiste.

En postulant la dimension thérapeutique de toute expertise, c'est d'un refus du clivage entre expertiser et soigner dont il témoigne. Bref, au sein d'un univers bureaucratique où les pratiques professionnelles ne sont censées avoir d'autre sens que celui que leur confère le «management», ce n'est qu'en déjouant et en jouant les contraintes institutionnelles que le praticien peut continuer à être clinicien.

Politisation de la souffrance psychique et nouvelle question sociale

Au moment où le thème de la souffrance s'impose sans discernement dans notre univers politique et social, le philosophe **Emmanuel Renault**⁷ s'est interrogé sur l'usage politique pertinent qui devrait pouvoir en être fait.

Questionnant la souffrance psychique liée à la grande précarité, il a rappelé que cette souffrance – témoignant de la violence de la dynamique de désaffiliation propre à la société néolibérale – est d'abord une souffrance sociale.

Pour des raisons psychologiques, sociales et politiques, elle apparaît également comme un phénomène social invisibilisé, lequel ne peut être porté dans l'espace public par ceux qui le subissent. Raisonnant en termes de modèles de critique sociale⁸, Renault a alors indexé cette

souffrance psychique au modèle de critique sociale qui ne porte pas sur des problèmes sociaux identifiés comme tels dans l'espace public, ni davantage sur des acteurs politiques déjà constitués. Autrement dit, la critique sociale de la souffrance psychique liée à la grande précarité est aujourd'hui confrontée à un double défi :

- 1) L'identification de la souffrance psychique comme un mal social ;
- 2) La constitution d'un acteur politique susceptible d'en capter le spectre.

De son côté, dans une perspective historique, le grand sociologue **Robert Castel**⁹ s'est appliqué à définir les coordonnées de la nouvelle question sociale.

Jusqu'au milieu des années 1970, les sociétés occidentales ont relevé d'un capitalisme industriel : la généralisation du salariat a coïncidé avec une société de plein emploi.

Actuellement, les sociétés occidentales – mondialisées – relèvent d'un capitalisme néolibéral : le salariat a cédé la place au précaire (fin de l'hégémonie du statut de l'emploi), le plein emploi à la pleine activité (fut-ce très en-dehors du cadre du statut de l'emploi, travailler est un impératif catégorique).

Pour Castel, le précaire dans lequel les travailleurs s'installent, parfois définitivement, apparaît comme la coordonnée centrale de la nouvelle question sociale. Aussi, face à l'institutionnalisation de la précarité, il y a urgence à construire de nouvelles formes de protection sociale. Comment ? En s'appuyant sur toutes les propositions théoriques qui ont ces dernières années tenté de penser l'articulation entre la déconstruction du statut de l'emploi et la sécurisation des situations de travail : droits à transitions, droit à la formation, droits de tirage sociaux...

Ouverture conclusive : futurs thématiques de travail et consolidation du CEDEP

A l'issue du séminaire, riche d'une bonne

trécentaine de communications, le Président du CEDEP, **Claude Louzoun**, a pointé les chantiers de travail de demain, à creuser plus avant : l'obligation de soins, mais aussi les relations entre psychiatrie, santé mentale et santé publique. Conjointement à la question de la transmission aux jeunes générations de professionnels des savoirs construits par le CEDEP, il a enfin renvoyé vers l'assemblée la question – épineuse – du renouvellement des chevilles ouvrières du CEDEP. Alors que la mondialisation néolibérale requiert plus que jamais un regard critique, nul doute que le Président Louzoun ne s'est pas là trompé d'agenda... ●

¹ Chercheur IWSM. Octobre 2008 - septembre 2009.

² Lire *Traitement sécuritaire de la folie*, In : *Le Monde diplomatique*, décembre 2009, p. 6.

³ Dans une communication intitulée *Situations complexes et travail en réseau : l'abord professionnel d'une certaine jeunesse*, j'ai par exemple montré combien la «dangerosité de la jeunesse» – figure dominante de la jeunesse contemporaine – relevait d'un construit médiatico-politique. Cette communication s'est nourrie des résultats d'une recherche (menée en collaboration avec Pascal Minotte), commandée par le Gouvernement de la Région wallonne à l'IWSM, relative à la prise en charge des jeunes dont la problématique se situe au croisement des sphères judiciaire, éducative et médicale.

⁴ Argumentaire du séminaire (C. Louzoun).

⁵ Auteur de *La volonté de punir. Essai sur le populisme pénal*, Paris, Hachette, 2005.

⁶ Cône métallique servant à éteindre les bougies ou les chandelles.

⁷ Auteur de *Souffrances sociales. Philosophie, psychologie et politique*, Paris, La Découverte, 2008.

⁸ Pour E. Renault, toute critique sociale peut être évaluée d'un double point de vue : du point de vue des problèmes qu'elle soulève comme du point de vue des acteurs politiques sur lesquels elle compte pour résoudre ces problèmes.

⁹ Auteur de *La montée des incertitudes. Travail, protection, statut des individus*, Paris, Seuil, 2009.



Plaidoyer pour une psychiatrie des enfants

Ce sont les hommes et les femmes qui font « bouger le monde »... En santé mentale aussi ! Nos valeurs, nos convictions, notre engagement reposent sur une histoire, celle qui s'est élaborée pas à pas avec ceux qui nous ont précédés. En Wallonie comme ailleurs, ils sont nombreux à avoir apporté leur pierre à l'édifice. *Confluences* a décidé d'aller à leur rencontre...

Rencontre avec le Docteur **André DENIS**,
Psychiatre infanto-juvénile à Tournai

Une interview réalisée par **Christiane BONTEMPS**, IW/SM

Devenir pédopsychiatre en Belgique en 1970 ?

En psychiatrie infanto-juvénile, il y a d'abord eu quelques précurseurs comme Pierre Mattelaer, Nicole Dopchie, Pierre Fontaine, Paul Lievens, etc. Ils ont été les premiers à travailler avec des enfants, sans qu'une formation spécifique n'existe en Belgique. Avant les années 70, il fallait se former à l'étranger.

Quant à moi, après un détour par la Suisse, j'ai eu la chance de bénéficier d'un complément de formation en psychiatrie infanto-juvénile, organisée à l'époque dans le cadre de la ligue belge d'hygiène mentale, avec une équipe qui réunissait de grandes figures de notre secteur comme Danièle Flagey, Jacqueline Godfrind, Annette Watillon, Léon Vaneck...

Cela remonte à une quarantaine d'années. C'est à ce moment que la création des Services de Santé Mentale (SSM) - qui s'appelaient alors centres de guidance - s'est imposée, avec comme perspective, entre autre, d'ouvrir une consultation spécifique pour les enfants et les adolescents.

Pourquoi la pédopsychiatrie ?

Quant à la psychiatrie des enfants, je l'ai toujours eue dans la tête, sans le savoir peut-être. J'ai eu la chance qu'elle soit née pendant mes années de médecine et j'ai pu m'y glisser tout doucement.

Dans les années 60, la psychiatrie était identifiée à la folie. On parlait de neurologie, l'étiquette qui la déguisait à l'époque. Et il n'était pas de bon ton de se lancer dans cette spécialité !

L'idée s'est imposée à moi par petites touches. En 1959, avec Xavier Renders, on a créé à Bruxelles deux unités de scoutisme pour enfants handicapés, ou porteurs d'handicap. J'ai aussi travaillé au CBIMC¹ dans le cadre d'un job de vacances pour étudiants pour payer mes études. J'ai rencontré dans ces milieux, des familles avec des personnes handicapées qui pouvaient bénéficier d'appareillage en tous genres, pour tenir droit, relever la tête, ... mais qui ne les utilisaient pas !

En parlant avec les gens, je me suis rendu compte que les parents, déjà tourmentés par la présence du handicap, ne voulaient pas en rajouter avec ce qu'ils vivaient comme des « instruments de torture ». Avec ces appareils, les enfants marchaient moins bien et étaient plus dépendants. Je me suis alors demandé pourquoi on dépensait tant d'argent et de créativité pour rien. N'y avait-il pas à accompagner les familles pour que ces appareils soient utilisables ? Ne fallait-il pas les aider « psychologiquement » - affectivement disait-on alors - parce que, au fond, il y a d'autres forces qui viennent à contresens de la technique ? Avec le temps, mes maîtres m'ont révélé que ces autres forces relèvent de « l'inconscient ».



C'est cette dimension humaine extraordinaire que j'ai trouvée dans la psychiatrie : être là, à l'écoute des autres et être leur miroir déformant pour les aider à grandir. C'est la voie que j'ai choisie. A l'époque, on ne parlait encore ni de santé mentale ni de réseau ambulatoire. J'ai donc une formation psychiatrique médicale classique. Et j'ai commencé par travailler 10 ans en hôpital psychiatrique, avec des adultes, parallèlement à ma formation « enfants », années qui m'ont vraiment confirmé qu'il fallait s'occuper des enfants...

Les personnes qui t'ont marqué dans ton parcours ?

Il y a tant de grandes figures... et je remercie mes maîtres dont James Innes Smith. Après une tranche d'analyse préalable, j'ai été chez lui 5 ans en analyse didactique (comme on disait à l'époque). C'était un écossais canadien avec un humour incroyable. Avec lui, j'ai vraiment découvert le plaisir du fonctionnement psychique.

Mais je voudrais surtout parler ici de mes collègues, extraordinaires, au SSM et au CRF (Centre de réadaptation fonctionnelle), qui m'ont façonné depuis que je me suis engagé dans ce secteur. Je crois vraiment que ce qui anime le

travail, c'est la réflexion transdisciplinaire². Elle permet de surfer sur les « déterminants » pour découvrir la richesse du sujet, du singulier, de cet unique au monde qu'est l'Homme. Je pense vraiment que la clinique psychiatrique versant santé mentale est une clinique spécifique. Il n'y a pas deux psychothérapies identiques. Cette conviction se base sur ce que Didier Houzel appelle la « position psychothérapeutique », qui correspond bien au travail que l'on fait aujourd'hui avec la majorité des enfants reçus dans une perspective psychothérapeutique.

C'est dur au départ pour un médecin, avec une formation scientifique, d'accepter que le sujet lui-même soit le seul capable de parler en son nom propre, de se raconter au nom de ses vérités intérieures, conformes ou non aux vérités scientifiques. C'est pourtant important dans une perspective de travail en santé mentale ; dont la psychiatrie n'est qu'un petit secteur.

Psychiatrie ou santé mentale, psychiatrie et santé mentale... ?

La psychiatrie s'appuie sur les « 4 déterminants » du sujet, à savoir : la génétique, le somatique (et le biochimique, du cerveau en particulier), le contexte social et le développement psychique. Elle se construit sur un modèle scientifique et se développe dans le champ de la médecine. Le champ de la psychiatrie me semble distinct du champ de la santé mentale. Ce dernier est en lien intime avec les autres champs.

Chaque « champ » (médical, aide sociale, juridique, éducatif, pédagogique...)

- ▶ s'appuie sur ses théories,
- ▶ met en place ses institutions,
- ▶ construit ses propres pratiques
- ▶ et développe sa réflexion éthique.

Le sujet quant à lui, se constitue peu à peu, de manière mouvante, au départ de ces 4 déterminants, dont l'un influencera davantage sa vie, à un moment donné, puis ce sera le tour d'un autre. Ce moment s'inscrit dans la ligne du temps,

laquelle précède notre naissance et transcende notre mort physique.

Le champ de la santé mentale, pour moi, s'articule autour d'une « position » psychothérapeutique du sujet, là où le champ médical (et psychiatrique) s'articule davantage autour de la maladie comme toute autre branche de la science médicale. La santé mentale s'intéresse au sujet, porteur d'une maladie, sans cibler le symptôme, du moins au premier abord.

C'est très différencié et je pense qu'on a intérêt à se différencier, car pourquoi créer des spécialisations, pourquoi créer des institutions, pourquoi créer des équipes, si c'est pour faire *du même* ? Il y a toujours eu un réseau hospitalier (qui est devenu un peu extrahospitalier au fil du temps) avec une conception de travail basée essentiellement sur la maladie... On a créé après, un réseau intermédiaire avec les IMP (Institut médicopédagogique), les hôpitaux de jour, les CRF... Si on a créé ce réseau, c'est pour proposer, de façon complémentaire, une autre manière d'aborder les gens.

Si on a enfin créé un champ ambulatoire, plus jeune, plus fragile, c'est aussi pour permettre de nouvelles modalités de traitement. Il s'est malheureusement confondu au départ avec la psychanalyse (puis la systémique), qui a pris, à ce moment, une ampleur énorme s'imposant comme vérité scientifique réduisant le sujet au déterminant psychique (ou généalogique). A l'époque, on ne pouvait prescrire de médicaments, ni rencontrer les familles, ni faire de certificats médicaux, toutes actions dans la réalité qui étaient considérées comme antinomiques au travail sur le psyché. Alors qu'il y a au moins deux réalités : une interne et une externe.

Le travail dans le champ de la santé mentale, et dans le réseau ambulatoire, le choix que j'ai fait, repose sur 4 piliers :

- ▶ une « position psychothérapeutique » ;
- ▶ la présence d'une demande ;
- ▶ un outil qui lui est propre (le langage sous

toutes ses formes)

- ▶ et, enfin : une éthique qui est lui est spécifique.

Etre pédopsychiatre aujourd'hui ?

On parle aujourd'hui, en Europe, de « psychiatre infanto-juvénile » et plus de pédopsychiatrie. Mais il y a plusieurs façons de s'y inscrire. Le travail ne peut se définir qu'en conjuguant le diplôme avec le cadre du travail. Mon travail s'exerce dans le champ de la santé mentale et dans le réseau ambulatoire au sein d'une équipe, qui me permet de me ressourcer en permanence. Il comprend plusieurs facettes.

Tout d'abord, j'estime que j'ai un rôle médical que je dois garder. Comme médecin, c'est mon boulot. Cela veut dire que devant toute pathologie, je reste en éveil par rapport à ses possibles racines biologiques. Cela ne m'empêche pas de regarder les enfants avec une lunette familiale, sur le plan psychodynamique ou sur un plan social ; tout se complète, c'est ce qui fait l'équipe transdisciplinaire.

Je suis aussi responsable du travail thérapeutique de l'équipe. J'en suis le garant et le responsable légal même si je n'envisage pas toujours le traitement de la même façon qu'un(e) collègue. Cette ouverture est essentielle ! Au sein de l'équipe comme avec les partenaires. Dans notre métier, on touche à tous les champs : la médecine, la justice, l'éducation, la pédagogie, les loisirs, l'aide sociale, etc. Fatalement ! Les enfants naissent dans tous ces contextes dans lesquels ils puisent les ressources pour se façonner. On doit donc rester ouvert à tous ces milieux, en connaître les règles, sans pour autant les adopter.

J'estime aussi avoir un rôle d'animation dans l'équipe, pour distribuer la parole et éviter qu'elle ne soit monopolisée, en restant attentif à ce que chacun puisse apporter son regard, dans une complémentarité, extraordinaire et vitale, sans quoi notre métier n'a pas de sens.



J'ai aussi une tâche de gestion d'équipe en parallèle avec la direction.

Des difficultés dans ce métier?

Sans hésitation, la première difficulté, c'est la solitude ! On est tout seul devant un sujet, sa maladie et son environnement (familial, scolaire, loisirs et/ou judiciaire selon les situations). Cette situation est très différente de l'hôpital.

La deuxième difficulté, c'est qu'il faut accepter de se débarrasser de son savoir et des théories sous-jacentes, au moment de la consultation. A l'inverse du modèle médical qui précise la plainte pour arriver au diagnostic, en santé mentale ambulatoire, on va l'élargir... ; ce qui n'est pas du tout une position à laquelle nous sommes habitués en tant que médecin. Et cette position est extraordinairement déconcertante.

Et le troisième point, c'est que nous n'avons aucun outil technique sur lequel nous appuyer. On peut demander un test d'intelligence, projectif, etc. mais généralement si la relation clinique ne nous apprend rien, le test ne nous apprendra rien non plus...

Et je mettrais un quatrième point : puisque l'on ne s'adresse pas à la douleur physique mais à la souffrance psychique, je pense que l'on est tout de suite sollicité par rapport au réveil de nos propres souffrances... , que l'on ne peut éluder et qui doivent interroger, là où le médecin somaticien tente de les écarter. Si on pouvait tous comprendre combien cette démarche n'est pas en rivalité avec la médecine, mais au contraire l'enrichit et la complète !

L'avenir ?

Il y a eu, en 40 ans, un changement profond dans l'expression des pathologies des enfants, autant que dans les réponses thérapeutiques. Je pense qu'on est dans un moment où on bascule d'une civilisation à une autre. La culture change, les valeurs changent et l'éducation change. L'impact

premier de ce changement se situe au niveau du « langage ».

Le langage n'est pas la parole. Il est *contenu*, la parole étant un contenant... , certes le meilleur pour qu'un sujet s'exprime. Le langage est rêve, imagination, pensée, sentiments. Il est intériorité et humanité. Il y a aujourd'hui un désintérêt pour le langage et l'on voit des enfants qui fonctionnent beaucoup plus sur un mode opératoire. Tout est pris au 1er degré ! Les pathologies sont plus articulées autour de problèmes visibles, de comportements (comme l'hyperactivité), l'échec scolaire, les actes posés... Le rêve ne compte plus, ou moins. Le langage n'est pas économiquement rentable.

Parallèlement, depuis une dizaine d'années, on voit naître des initiatives pour aider l'humain à se ressourcer, à se réaliser. On pourrait croire qu'il y a recentrage sur le sujet. Oui !, mais ce recentrage passe le fonctionnement psy à la moulinette de l'opérateur ! On essaye de modéliser pour que le fonctionnement psychique se mette sur des rails, ce qui est plutôt de l'anti psy ! C'est bien de remettre l'égo en avant mais cela se fait sur un mode qui n'est pas langagier. Une sorte de *nouveau code* de l'humain, rappelant le célèbre Dr. Spock des années 50.

On est dans un moment particulier parce que tout changement de civilisation est difficile. Il met une société, et donc ses acteurs, en difficulté. La culture va toutefois recréer d'autres valeurs, un peu différentes sans doute mais j'ai confiance dans l'avenir. Il n'y a aucune raison d'être pessimiste. Je rencontre des tas de mêmes merveilleux, des tas d'adolescents qui ont des ressources extraordinaires et je leur fais entièrement confiance pour gérer le monde après nous.

Un rêve, une priorité ?

Faire connaître la psychiatrie infanto-juvénile et lui donner la place qu'elle mérite à l'université, même si elle ne s'appuie pas sur une science exacte. Il n'y aura jamais de *science du sujet* même si il y a une science développée au départ

de chaque déterminant.

En médecine, on parle peu du réseau ambulatoire, du champ de la santé mentale, ou de la pédopsychiatrie. Donc il y a très peu de candidats... et ce, d'autant plus que la pédopsychiatrie est englobée dans la psychiatrie générale. Il faut pourtant des compétences particulières pour s'occuper des enfants, même s'il n'y a pas de reconnaissance comme telle. En pédopsychiatrie en particulier, il est important de soutenir le *Développement Professionnel Continu* (DPC), indispensable pour rester en éveil permanent. Celui-ci implique un travail sur soi. Il complète la formation de base et continuée (FC), telle qu'elle se conçoit aujourd'hui dans les facultés.

Et des satisfactions ?

La psychiatrie infanto juvénile, c'est le plus beau métier du monde ! Je le pense vraiment. Je ne vois pas ce qui peut faire mieux grandir un citoyen que de s'intéresser à l'humain... C'est un métier qui nous façonne. Tout est bon à prendre puisque rien n'est absurde dans la pensée humaine, ... tout est possible, tout est vrai au niveau de la vérité intérieure des gens. On est ouvert à tous les champs puisque les enfants nous obligent à y toucher, et tout cela en fait un métier extraordinaire, qui confirme que l'intervenant psy y gagne autant que l'enfant et la famille qu'il traite... Même si il est vrai que ce métier fait partie des 4 métiers de fous... , l'enseignant, l'éducateur et le juge complétant le quatuor. ●

¹ Centre Belge pour Infirmités Motrices Cérébrales, Bruxelles.

² Un concept développé par Francis Jeanson, philosophe.

L'enfant «agité»

Aborder la question de « l'enfant agité » n'est pas une mince affaire tant ce double concept : de l'enfance et de l'agitation amène bien des questions.

Qu'est-ce qu'un enfant agité ? Y-a-t-il seulement un consensus sur lequel s'entendre et au départ duquel ouvrir le débat, sur ce qui pose aujourd'hui potentiellement problème à « l'enfant agité » (et/ou son entourage) dans le cadre de son développement et de son bien être ?

En filigrane de cette question, s'en profile une autre :

Quelle place occupe dans ce cadre ce que l'on appelle communément aujourd'hui le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) ou encore l'hyperkinésie sans toujours savoir s'il y a lieu de distinguer l'un de l'autre ?

Cette question est « d'actualité » à plus d'un titre. Elle s'appuie sur la réflexion de professionnels de la santé témoins de l'augmentation du nombre de demandes de consultation pour des enfants auto-diagnostiqués par leur entourage d'hyperkinétiques.

Sont-ils réellement plus nombreux ? Il semble que non. Entre 4 et 10% des enfants et des adolescents seraient, en Belgique, concernés par cette problématique ce qui ne rend bien sûr pas insignifiant ce pourcentage ! Que comprendre dès lors de cet emballement ?

Quelle est cette difficulté voire cette souffrance dont les familles manifestent l'inquiétude ? Qu'est-ce qui relève du TDA/H, des troubles du développement, du comportement, de l'apprentissage ou d'autres problématiques ?

Un autre constat pose question : celui de la spectaculaire augmentation de prescription de Rilatine. Celle-ci laisserait à penser qu'effectivement, de plus en plus d'enfants sont concernés. Si ce n'est pas le cas, y-a-t-il sur-médication ou une médication inappropriée dans un certain nombre de cas ?

Comment s'y retrouver ? Faire la part des choses ?

Les parents sont demandeurs de réponses claires qui leur permettent, en connaissance de cause, d'agir et de « frapper à la bonne porte » si besoin. Mais cela ne semble pas toujours être le cas, loin s'en faut.

Nous entrouvrons, dans ce dossier, quatre portes qui sont autant de clés de lectures qui nous semblent intéressantes à aborder. Ce ne sont pas les seules bien sûr.

La première se veut pratique. Elle se penche sur le concept de TDA/H.

La seconde rend compte des questions qui se posent au terrain, quand on est « TDA/H », quand on est parent, enseignant, professionnel du secteur psycho-médico-social. De quoi a-t-on besoin ? Que demande-t-on ? Que trouve-t-on ? Quelles sont les impasses auxquelles on est confrontés ? Les zones d'ombres ? Les pistes à explorer ?

Et puis il y a les pratiques, telles qu'elles se donnent à voir en ambulatoire, à domicile, en hôpital. Des témoignages illustrent qu'il n'y a pas une mais différents façons de faire. Ici aussi, cela soulève questions : y-a-t-il autant de « réponses » que de thérapeutes et dans quelles mesures ces réponses conviennent-elles aux consultants ?

Enfin, dernière clé de lecture qui imprègne de bout en bout ce dossier, ce sont les enjeux que cela soulève : des enjeux de société qui questionnent la place et l'identité et donc aussi les valeurs qu'implicitement nous accordons à l'enfant, à la famille, au monde socio-éducatif, à la santé ; à ce qui mérite ou non d'être légitimé, autorisé, encouragé, « géré ». On comprend dès lors combien les débats peuvent passionner ou exacerber les positions les plus tranchées. On comprend aussi que le discours, s'il ne s'en tient qu'à un débat idéologique, corporatiste ou s'il ne se traduit que par une offre plus éclatée que cohérente, laisse dans le désarroi les premiers concernés ! Si le développement harmonieux de l'enfant fait partie intégrante du concept de santé publique, cette question mérite que l'ensemble des acteurs psycho-médico-sociaux et éducatifs s'en saisisse. C'est l'invitation que nous vous faisons.

Très bonne lecture à tous.

Sylvie Gérard - IWSM



Hyperkinésie chez l'enfant :

D'une surévaluation diagnostique à une inadéquation thérapeutique

Cet article, publié récemment dans la Revue *Ethica Clinica*¹, nous semble être une bonne entrée en matière. Il synthétise le questionnement qui est aujourd'hui posé en ambulatoire, notamment au sein de services de santé mentale, concernant les demandes de consultations pour des jeunes dits hyperactifs ou du moins présumés l'être, puisqu'ici, selon l'auteur, 10% des enfants et des adolescents qui lui sont adressés sous ce motif répondent réellement à ce diagnostic.

Dans la majorité des cas, il s'agit d'hyperactivité passagère ou de troubles de l'attention transitoires qui révèlent d'autres problématiques.

Le sujet est d'autant plus sensible qu'il n'existe pas à ce jour de consensus clair relatif aux troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité et que l'intervenant en santé, quel qu'il soit, est appelé à la fois à faire preuve de prudence et de rigueur mais aussi d'humilité face aux zones d'ombres qui se présentent à lui. Un débat à la fois « scientifique » et éthique qui est loin d'être clos.

Rita SFERRAZZA,

Pédopsychiatre,

Médecin Directeur au sein du service de santé mentale de l'ULB.

L'hyperkinésie est un des diagnostics les plus évoqués chez l'enfant lorsque celui-ci présente des difficultés comportementales. Comme le trouble autistique, le syndrome d'Asperger ou le trouble des conduites, l'hyperkinésie ou trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité intéresse tout particulièrement les médias. Certains laissent même entendre que le nombre d'enfants souffrant de ce type de trouble ne cesserait d'augmenter. Aussi les campagnes d'informations visent-elles, pour la majorité d'entre elles, à informer le grand public des effets dévastateurs d'un trouble soi-disant sous-diagnostiqué. Leur message en direction des parents revient à dire : « ne passez pas à côté d'un trouble hyperkinétique sans en avertir au plus vite votre médecin traitant, l'école, les parents des amis de vos enfants et pourquoi pas le chien et le chat de la famille ! ». Dans un climat quelques peu alarmiste, la chasse aux « troubles » est ouverte. Pour les combattre, rien de tel qu'un bon psychotrope bien dosé (faute de pouvoir remplacer le disque dur de l'homme devenu machine...), avec prescription dans les plus brefs délais.

Mais au-delà d'un effet médiatique douteux, que

comprendre de cet emballement ? Qu'est-ce donc que cette hyperkinésie : une maladie, une chimère ou une manière d'être de plus en plus répandue dans nos sociétés occidentales ? Le débat a été et reste parfois très virulent. D'ailleurs, rares sont les troubles qui ont suscité autant d'opinions divergentes. Mais pour quelles raisons ? Sur quelles bases scientifiques aborde-t-on le trouble qui préoccupe ? Le nombre d'enfant qui en souffrent est-il réellement en hausse ? La réponse médicamenteuse est-elle toujours adéquate ? Enfin, quel rôle le clinicien joue-t-il auprès des enfants concernés mais aussi dans la transmission médiatique des informations et donc dans une politique des soins de santé ?

Pour rencontrer ces différentes interrogations, je questionnerai d'abord la terminologie de l'hyperkinésie et sa fréquence. Ceci m'amènera à envisager certains facteurs déterminants dans l'augmentation considérable des demandes de soins pour agitation chez l'enfant. Ensuite, je m'interrogerai sur le rôle des médias et donc leurs sources d'informations. Nous verrons alors combien les conflits d'école, entre défenseurs des différents modèles théoriques, ont pesé sur

la transmission des informations relatives aux problèmes d'hyperactivité. Enfin, je mettrai en évidence le rôle essentiel, à mon sens, que le clinicien joue sur la scène thérapeutique et plus largement dans l'évolution de la culture des soins de santé.

L'hyperactivité : une entité à la terminologie variable en fonction des époques et de la culture scientifique

L'hyperactivité existe sans doute depuis fort longtemps. Toutefois, ce n'est qu'au XIX^e siècle qu'elle apparaît comme entité pathologique. Depuis le début du XXI^e, elle fait l'objet de nombreux débats, parfois houleux et ne cesse de préoccuper le monde médico-éducatif, devenant un véritable problème de santé publique. Or, la littérature scientifique montre une grande diversité de la terminologie utilisée pour décrire les problèmes d'hyperactivité chez l'enfant : instabilité psychomotrice, hyperactivité, dysfonctionnement cérébral à minima, hyperkinésie, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ou TDAH. Je retiendrai ces deux dernières terminologies pour la suite de mon propos².

Globalement, il est toujours question d'enfants ou d'adolescents qui ont physiquement des difficultés à s'arrêter de bouger et qui peinent intellectuellement à fixer leur attention. Les remarques voire les reproches adressés à ces enfants restent sans effet sur leurs difficultés. Mais on note des variations quant à la sémologie du trouble en fonction des classifications et de la nomenclature utilisées. Comment dès lors comparer le nombre de cas décrits au travers du temps et à différentes époques ?

Outre un facteur d'évolution, la diversité de la terminologie témoigne de réelles divergences d'opinions et de points de vue théoriques.

En gros, deux présentations majeures ressortent des approches. Pour la plupart des auteurs français, l'instabilité est une expression symptomatique qui ne peut se comprendre qu'en référence à l'organisation psychique de l'enfant et à son évolution relationnelle. Par contre, les auteurs anglo-saxons ont, dès leurs premiers travaux, toujours insisté sur les facteurs biologiques et sur l'organocité des troubles, nous y reviendrons.

Quoi qu'il en soit et sur cette base, les données relatives à la fréquence du trouble sont à interpréter avec prudence. Les études américaines estiment sa prévalence dans une fourchette allant d'un minimum de 1 à 5% jusqu'à un maximum de 10 à 20%. Les statistiques françaises font état de 4 à 10% d'enfants en âge scolaire relevant de ce diagnostic. On considère que l'hyperactivité est 5 à 9 fois plus fréquente chez les garçons que chez les filles³. Sur cette même base, il semble hasardeux d'affirmer (ou d'infirmer) une augmentation du nombre de cas d'enfants hyperactifs, au cours de ces dernières années.

En revanche, et selon beaucoup d'auteurs, le nombre de demandes de soins adressées pour des problèmes d'agitation motrice et de déficit d'attention ne cesse d'augmenter⁴. A titre d'exemple, au cours de la dernière année scolaire, sur l'ensemble des enfants et adolescents adressés au centre de consultation ambulatoire au sein duquel je travaille, une demande sur quinze concernait des enfants dits hyperactifs. Après examen des situations cliniques, la proportion des enfants présentant réellement le syndrome envisagé par l'hypothèse ne correspondait plus qu'à 10% des demandes initiales relatives aux enfants dits hyperactifs. Par comparaison, il y a dix ans, ce type de demande était rare.

L'agitation chez l'enfant comme source de demande de soins

La plupart des enfants « agités » ne présentent qu'une hyperactivité passagère et leur « agitation » peut être le signe d'un tout autre problème. Une agitation peut notamment

masquer une dépression, être révélatrice d'une crise familiale et d'enjeux relationnels particuliers, sans pour autant relever d'un trouble psychiatrique quelconque. Quand aux troubles de l'attention, ils peuvent être transitoires, révéler une anxiété diffuse ou être une manifestation réactionnelle par rapport à un facteur de stress. Pourtant, dès qu'un enfant pose des problèmes de comportements, fussent-ils mineurs, son entourage (parents ou enseignants) est souvent étonnamment prêt à lui coller une étiquette de TDAH.

Face aux exigences éducatives que réclame l'accompagnement des enfants, les adultes d'aujourd'hui seraient-ils davantage désespérés que ceux des générations précédentes ? La surmédicalisation s'engouffrerait-elle dans un flottement des repères et des valeurs de notre société occidentale ?

De nombreuses études sociologiques plaident en faveur de ces hypothèses^{5,6}. On parle volontiers d'effacement des limites générationnelles et de perte des repères familiaux et sociétaux d'antan. L'idéal de relations sans conflit plane dans les foyers voire dans les écoles. Or, dans le même temps, bon nombre de parents se montrent peu disponibles, eux-mêmes « hyperactifs » et « hyperstressés » dans un monde obnubilé par la rentabilité et la vitesse. Cette évolution a son revers : des enfants ne perçoivent plus de limites claires et se sentent fragilisés dans leur narcissisme ; ils ne supportent aucune frustration, sautent d'une activité à l'autre et se montrent « difficiles » à la maison, à l'école... et ailleurs. Souffrent-ils pour autant de TDAH ? La réponse est négative dans la majorité des cas.

Toutefois, dans notre contexte de société, gare au gosse qui ose bouger ou se montrer distrait : non conforme aux attentes des adultes, il sera plus vite repéré comme pathologique et nécessitant des soins.

Qu'il y ait un réel problème de TDAH ou qu'il n'y en ait pas, la solution – le traitement ? – que l'on attend le plus souvent est de type : simple, rapide et efficace. Le méthylphénidate – commercialisé sous le nom de ritaline, médicament miracle dont on parle volontiers dans les médias – est réclamé, pour les enfants « agités », par la majorité des

parents ou même suggéré par des instituteurs et institutrices.

Le rôle des médias

La médiatisation du TDAH semble jouer un rôle déterminant. Qui n'a pas entendu parler des problèmes d'hyperactivités et des prétendues sous-estimations diagnostiques ? Comment ne pas croire aux effets miracles des psychotropes dès lors qu'ils sont vantés à la télévision par le docteur X ou par le professeur Y ? Et puisque des facteurs génétiques seraient déterminants, n'y a-t-il pas lieu de s'inquiéter pour le petit frère ou la petite sœur qui se montre justement un peu plus turbulent(e) ces derniers temps ?

A la réflexion, l'information médiatique entretient et exploite tout à la fois un arrière-fond culturel qui concerne toute notre manière d'être en société. Sans rentrer dans le détail des facteurs à l'œuvre dans certains changements observés, soulignons que l'homme post-moderne ne partage pas les mêmes préoccupations que ses aïeux⁷.

D'après des sociologues français, les attentes des années 1960-1970 à l'égard de la pédo-psychiatrie en France étaient centrées sur la question du bien-être du sujet. Le but était de trouver des conditions de soins adaptées à la souffrance de l'âme humaine.

Actuellement, on parle beaucoup moins du sujet humain et davantage de symptômes à éradiquer⁸. Le but est de retrouver, au plus vite, une adaptation à son entourage, une conduite fonctionnelle. La réponse médicamenteuse semble alors toute trouvée. Quand à l'analyse fine des enjeux psychopathologiques sous-jacents aux symptômes, elle est reléguée au rang des méthodes archaïques ! Or, le rappel ou suivi historique des troubles et leur évaluation fine peuvent donner lieu à d'autres propositions thérapeutiques plus adaptées et/ou conjointes au traitement médicamenteux lorsque celui-ci s'avère nécessaire - nous y reviendrons également. Mais, les propos parfois simplistes et réductionnistes relayés par les médias sont



également, à mon sens, à envisager comme une des conséquences fâcheuses des conflits idéologiques entre professionnels des soins de santé. Comment en effet s'y retrouver entre les différents modèles théoriques des troubles mentaux, modèles qui vont jusqu'à défendre des thèses opposées ?

Les conflits d'école sur la base des différents modèles théoriques

Si des conflits d'école existent, c'est que la réalité clinique de la souffrance psychique est bien complexe. Aucun modèle actuel ne peut prétendre embrasser l'ensemble des observations cliniques. Toute modélisation laisse des zones d'ombre. Les failles d'un modèle alimentent alors les revendications d'un autre à son égard, et vice-versa.

Dès qu'on parle de « troubles mentaux » a fortiori lorsqu'il s'agit de troubles qui incluent des difficultés de comportements, les passions se déchainent. L'hyperkinésie chez l'enfant, ou TDAH, n'est pas en reste ! Tout est sujet à débat, à commencer par la question du diagnostic pour finir par les questions de l'étiologie et de l'éthiopathogénie. Mais avant d'aborder la question du diagnostic de l'hyperkinésie (TDAH), un rappel s'impose : les affections que l'on qualifie de « troubles mentaux », en particulier ceux de l'enfant et de l'adolescent, ne sont pas des maladies comme les autres, à savoir comme les pathologies somatiques (grippe, pneumonie, ou autre). Aucun marqueur biologique n'est spécifique de tel ou tel trouble psychiatrique. Ce genre de trouble se définit sur la base d'un consensus clinique qui s'instaure entre les différents spécialistes du champ concerné. Ce type de consensus donne alors lieu à des classifications nosographiques qui dépendent du contexte social, scientifique et culturel d'une époque donnée. Ces classifications nosographiques sont donc évolutives comme en témoignent leurs révisions régulières : après le DSM IV-R, il y a aura le DSM V⁹... Ainsi, comme souligné précédemment, les critères diagnostiques de l'hyperkinésie ont-ils évolué au fil des ans ?

En ce qui concerne les troubles mentaux et donc

l'hyperkinésie chez l'enfant, rappelons encore (voir supra) qu'il existe actuellement deux types de modèles d'interprétation. D'une part, les modèles développés par les Anglo-saxons se centrent essentiellement sur les déterminants organiques et cognitifs des troubles. D'autres part, les modèles défendus par les auteurs francophones s'inspirent largement de la psychanalyse et donnent une place toute particulière aux facteurs psychogéniques dans l'instauration des troubles.

Suivant la classification diagnostique anglo-saxonne du DSM IV R¹⁰, le « trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité » ou TDAH peut se manifester sous trois formes :

- ▶ La **forme «inattention prédominante»** qui nécessite la présence de six symptômes cliniques d'inattention. C'est le cas des enfants qui ne parviennent pas à prêter attention aux détails ou font des fautes d'étourderie dans leurs travaux scolaires, ne parviennent pas à soutenir leur attention dans des tâches ou des jeux ou semblent souvent ne pas écouter.
- ▶ La **forme «hyperactivité-impulsivité prédominante»** qui nécessite la présence de six symptômes cliniques d'hyperactivité impulsivité. Dans ce cas, les enfants hyperactifs remuent souvent leurs mains ou leurs pieds, ou se tortillent sur leur siège. Ils se lèvent souvent en classe ou dans d'autres situations. Lorsqu'ils sont impulsifs, ils laissent souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore posée et on du mal à attendre leur tour.
- ▶ La **forme mixte** : Tous ces symptômes, dont certains avant l'âge de 7 ans, doivent être présents pendant une période d'au moins six mois et dans au moins deux types d'environnements différents ; ils doivent en outre altérer le fonctionnement social et scolaire de manière significative.

Parce qu'elle est au cœur du débat, la question du diagnostic mérite d'être creusée. Car sous-jacents à ce problème, les grands sujets de controverses sont ceux de l'étiologie et de la psychogénèse des TDAH.

En ce qui concerne l'étiologie, certains (en général, les auteurs anglo-saxons) estiment que des troubles neuro-développementaux sont d'origine essentiellement organique et sont donc l'expression phénotypique d'anomalies génétiques. A l'inverse, d'autres (la plupart des auteurs francophones) mettent plutôt l'accent sur des troubles affectifs liés à des dysfonctionnements relationnels précoces¹¹.

Fort heureusement, de nombreuses voix s'élèvent actuellement pour récuser cette dichotomie entre nature et culture, ou entre biologie et psychologie. Toutefois, l'articulation de ces deux dimensions au sein d'une modélisation unique demeure une entreprise complexe. Les projets de recherche devraient, à mon sens, davantage s'orienter dans ce sens.

La question de la psychogénèse n'est pas plus facile à traiter. Des troubles de l'attention doivent-ils, en première hypothèse, être envisagés comme conséquence de troubles affectifs ? Ou faut-il également envisager l'hypothèse inverse de troubles affectifs qui seraient secondaires par rapport à l'installation de troubles attentionnels sévères ? Bref, les perturbations affectant les systèmes cognitifs et neurobiologiques sont-elles la cause ou la conséquence des troubles affectifs ?

Selon le modèle de référence choisi, on privilégie tantôt une hypothèse tantôt l'autre, ce qui en retour ne va pas sans influencer la nomenclature du trouble (voir supra, la terminologie actuelle DSM IV-R).

Ainsi, la littérature anglo-saxonne parle plutôt de troubles attentionnels avec hyperactivité en se référant aux modèles des neurosciences cognitives. En revanche, la littérature en langue française, fortement influencée par la métapsychologie psychanalytique, parle plutôt d'hyperactivité avec trouble de l'attention.

Dans l'état actuel de nos connaissances théoriques, il paraît hasardeux d'affirmer la supériorité d'une hypothèse sur l'autre.

De plus, la clinique invite plutôt à envisager les choses sous l'angle d'une coexistence possible d'un dysfonctionnement affectif et d'un dysfonctionnement cognitif, sans présumer de leur relation de causalité et encore moins d'antériorité.

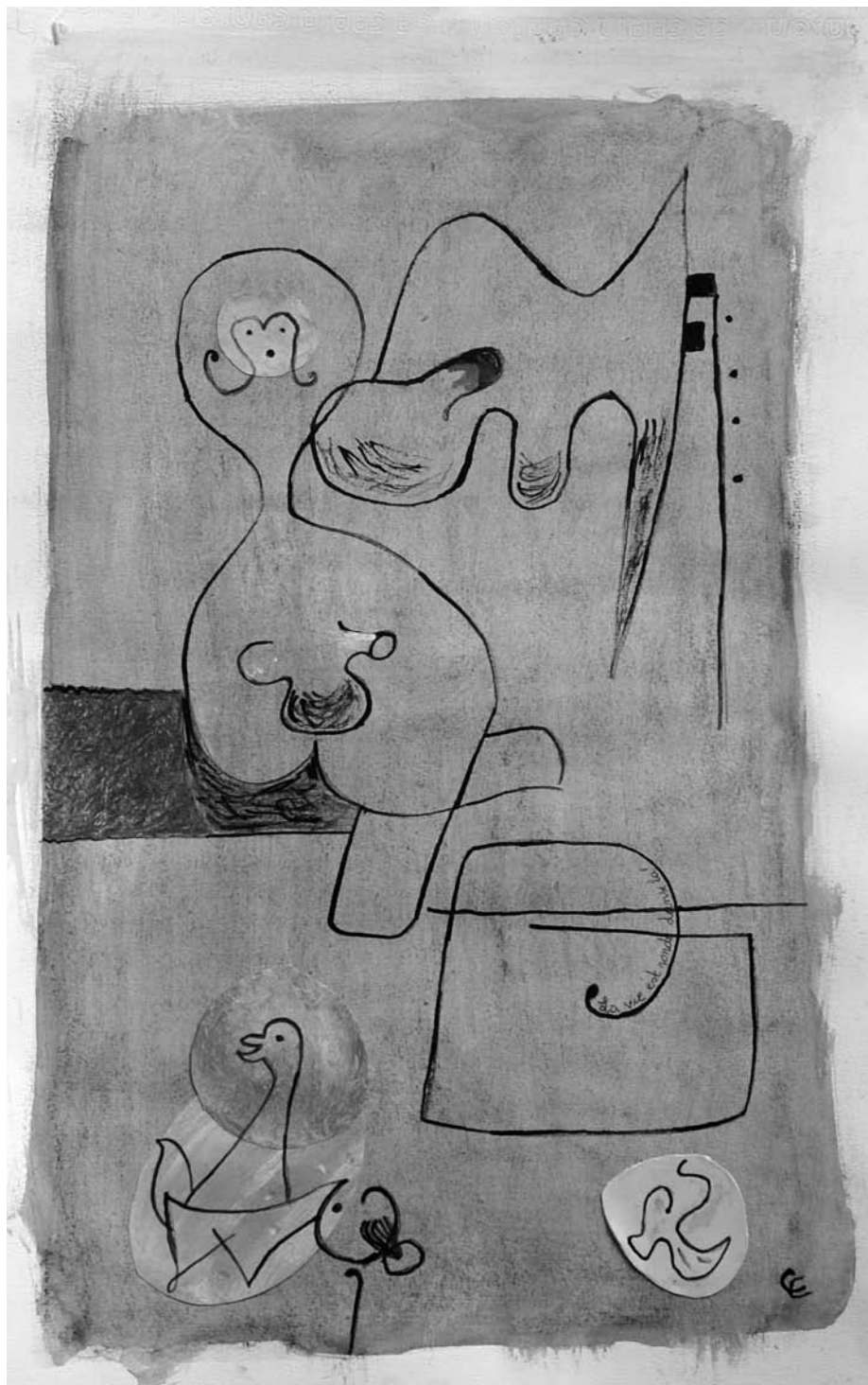
Nous voici donc plongés dans la plus grande complexité et même dans une grande ignorance ! Portant une telle complexité et de telles lacunes théoriques, l'attitude du clinicien face à une méthode d'investigation n'est pas simple. Elle réclame une démarche d'autant plus fine et rigoureuse. Pour tenter de sortir de la confusion, il me semble important d'établir et de suivre des règles claires d'interventions, dictées par une éthique de soin.

Le rôle du clinicien

Tout patient a le droit de recevoir les meilleurs soins possibles en fonction des connaissances actuelles des sciences. Autrement dit, l'enfant en souffrance n'a que faire des conflits idéologiques (et donc identitaires) des intervenants des soins de santé.

Vu la grande complexité de la souffrance psychique, seule une approche clinique qui tienne compte des différentes facettes de cette souffrance est à considérer. Il est certes commode de se référer à des classifications qui regroupent les caractéristiques communes de certains troubles comme le DSM IV-R par exemple. Toutefois, parler d'un trouble chez l'enfant ou l'adolescent ne doit en rien réduire le sujet à ce trouble. La singularité de la subjectivité, de son histoire personnelle, familiale et sociale sont autant de facteurs à prendre en considération si on souhaite soulager un être de sa souffrance.

Face à toute psychopathologie complexe, et c'est le cas pour les différentes formes d'agitation et d'inattention chez les enfants et les adolescents, le thérapeute a un rôle fondamental à jouer.



Catherine, Atelier des «Artistes Anonymes», Clinique de Bonsecours.

Il lui revient de distinguer les tableaux cliniques de TDAH de toutes les formes passagères, réactionnelles ou intégrées à d'autres pathologies globales identifiées. Car, à classer tous les enfants agités sous le label TDAH, on court le risque majeur d'une hyper médicalisation de la souffrance des enfants et d'une surmédication inutile. Les dérives sont alors nombreuses, allant

d'une standardisation des pratiques (du type : toute agitation et inattention réclame une médication) jusqu'à des dérives idéologiques visant à mettre sous séquestre la souffrance psychique et à écraser le sens de toute souffrance sous couvert de bonnes intentions. L'exemple le plus caricatural et le plus parlant serait celui d'un enfant qui s'agitait en classe, en réaction



à de mauvais traitements physiques dont il serait victime à la maison. Qui oserait défendre l'idée que la réponse au problème de cet enfant serait la prescription de méthylphénidate ? Et pourtant, n'est-ce pas le remède miracle si souvent vanté pour les enfants jugés hyperactifs ?

Une fois le diagnostic de TDAH posé, le thérapeute devra sans nul doute jouer avec plusieurs hypothèses. Sans prise de position idéologique. En pratique, deux types d'évaluation de l'enfant semblent nécessaires. Il convient, d'une part, d'évaluer le fonctionnement psychique de l'enfant, au travers d'entretiens cliniques attentifs mais également à l'aide de tests projectifs tels que le TAT et le Rorschach¹². D'autre part, il est important d'utiliser d'autres moyens disponibles (test neuropsychologiques) pour évaluer le fonctionnement cognitif de l'enfant, y compris ses fonctions attentionnelles.

Les évaluations réalisées, il n'est pas simple de choisir la meilleure option thérapeutique, car elle doit tenir compte non seulement du fonctionnement intrapsychique et cognitif, mais aussi de son entourage.

La priorité, à mon sens, doit toujours être donnée au traitement relationnel individuel. Celui-ci peut prendre différentes formes et sera toujours adapté au niveau de fonctionnement psychique de l'enfant. Un soutien de la famille (ou une thérapie familiale) et/ou la prescription de psychostimulants peuvent s'avérer nécessaire. C'est le cas pour la médication lorsque les déficits attentionnels sont importants et entravent le processus d'apprentissage. L'intensité de l'hyperkinésie est un autre argument en faveur du traitement. En effet, si une logique de prescription systématique est à proscrire (voir supra), ne pas prescrire pourrait, dans certaines situations, avoir des conséquences désastreuses sur les apprentissages scolaires des enfants et sur leur vie relationnelle. Toutefois, en aucun cas la prescription n'est à considérer comme une solution en soi ou comme un moyen de faire taire celui qui dérange par

ses comportements. De plus, les effets d'une telle médication sont à évaluer. L'évaluation s'appuiera bien entendu sur la clinique, en intégrant les témoignages de l'enfant, de sa famille et des intervenants scolaires (l'utilisation des échelles du type Conner est utile). Elle comportera en outre, au cours du traitement, une réévaluation du fonctionnement cognitif (les processus attentionnels et les fonctions exécutives).

On poursuit le traitement lorsque :

- ▶ Les capacités cognitives sont améliorées significativement,
- ▶ et/ou il y a une nette amélioration de l'hyperkinésie, sans détérioration des capacités cognitives.

On arrête le traitement lorsque :

- ▶ On assiste à une détérioration des capacités cognitives ;
- ▶ Cette détérioration serait bien sûr à mettre en balance avec une éventuelle et franche amélioration sur le plan de l'hyperkinésie.

Enfin, il me semble important dans tous les cas, et avec l'accord des parents, d'établir des liens de collaboration avec l'école ou avec le réseau éducatif de l'enfant ou du jeune.

Le traitement global d'un enfant souffrant de TDAH (ou de n'importe quelle autre souffrance psychique d'ailleurs !) prendra donc en compte la partie symptomatique et la face cachée de la souffrance de ces enfants qui sont entravés dans leurs apprentissages scolaires.

En guise de conclusion

L'éthique du clinicien a des conséquences évidentes sur la qualité des soins individuels des patients. En outre, son rôle est fondamental sur le plan d'une politique des soins de santé et pour la transmission d'informations judicieuses au grand public. Fort heureusement, de nombreux auteurs parmi les plus compétents en la matière – citons parmi les francophones M. Berger, F. Joly, B. Golse ou encore des auteurs comme Barkley et Nigg du côté anglo saxons –

soutiennent l'idée d'une causalité multifactorielle des TDAH. Les vieilles querelles s'apaisent entre défenseurs du tout biologique et partisans du tout psychologique (ou entre nature et culture). Mais trop souvent encore, des spécialistes en la matière se présentent comme des figures d'autorité médicale contrôlant tout sur base d'un repérage symptomatique des troubles. Leur solution est toute prête et unique : la prescription de psychotropes. Or, passé le premier effet rassurant des discours simplistes, se dessinent avec violence les effets dévastateurs des positions réductionnistes. Ces effets se marquent à différents niveaux, allant du plus individuel par l'apport de soins inappropriés jusqu'à l'impact sur les représentations que l'on se fait des enjeux sous jacents aux problèmes. Or, l'impact de la culture ambiante oriente considérablement les projets de recherches et leur financement. A quand les gros budgets libérés pour des projets visant à comprendre les chaînons manquants de nos théories (voir supra) ? Même si ces perspectives ne sont pas immédiatement rentables, elles me semblent les seules garantes d'une réelle évolution et d'un possible dépassement des impasses théoriques actuelles. Du reste, il s'agirait d'une alternative aux discours pseudo-scientifiques soutenus par les firmes pharmaceutiques lorsqu'elles ne jurent que par la biologie. Il est toujours permis de rêver ! En attendant, les enfants hyperactifs nous poussent à garder une position humble et à supporter jusqu'à l'angoisse de ne pas comprendre l'essentiel. Si les enfants continuent à attiser notre curiosité et à soutenir notre volonté d'apprendre, sans doute pourrions-nous au moins garder une position éthique ! ●

¹ Ethica Clinica n° 51, *L'invention des maladies*, 2008.

² Voir réf. biblio. n° 01 et 13.

³ Voir réf. biblio. n° 01 et 13.

⁴ Voir réf. biblio. n° 20.

⁵ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacobs, 1998.

⁶ Marcel Gauchet, *Essai de psychologie contemporaine. Un nouvel âge de la personnalité*, revue *Le Débat*, n°99, mars-avril 1998, p. 165-181. Représenté dans M. Gauchet, *La démocratie contre elle-même*, Paris, Gallimard, 2002.

⁷ Voir note de bas de page précédente.

⁸ Voir la note de bas de page précédente et la réf. biblio. n°17.

⁹ Voir réf. biblio. n° 17.

¹⁰ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (4e éd., texte révisé), Washington, DC : Author, 2000.

¹¹ Voir réf. biblio. n°19.

¹² Le TAT et le Rorschach sont des tests projectifs utilisés chez l'enfant et l'adolescent. Ils aident à établir un diagnostic de personnalité à partir de l'évaluation de mécanismes psychiques inconscients.

Hyperactif, hyperkinétique, TDA/H, ...

Mais de quoi parle-t-on ?

Que recouvrent ces différentes appellations ? Qui peut aider ? Comment poser le diagnostic ? Quelles sont les possibilités de traitement ?

Ces questions, bon nombre de parents se les posent sans aisément y trouver réponses. De fait, il existe plusieurs courants de pensées concernant le TDA/H, plusieurs manières d'aborder les difficultés qui y sont liées... et d'y remédier.

Mais existe-t-il un consensus sur l'essentiel des connaissances acquises à ce jour, de manière scientifique, objective et nuancée ? Une base sur laquelle l'ensemble des professionnels s'entendent en Belgique ? C'est ce qu'a cherché à savoir la Fondation Roi Baudouin. En 2005, un groupe de travail¹ s'est attelé à rédiger une brochure² dont l'objectif est de clarifier les propos en des termes simples et accessibles sans nier les particularités des différentes approches. Des repères plus que nécessaires... Petit tour de la question.

Extraits des publications « *T.D.A. quoi ?* »
et « *Les grands chantiers du TDA/H* »
réalisés par la Fondation Roi Baudouin.

Mise en forme : **Sylvie GERARD** - IWSM

TDA/H ?

C'est l'abréviation de *Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité*³.

D'autres termes sont utilisés :

▶ **Hyperkinésie** : cette appellation, utilisée traditionnellement dans la Classification Internationale des Maladies, a progressivement été remplacée par TDA/H.

▶ **Hyperactivité** : cette appellation, couramment employée, induit en erreur car elle se focalise sur l'hyperactivité de ces enfants alors que celle-ci est surtout la conséquence des deux autres troubles (voir ci-dessous).

▶ **Instable** : cette appellation, encore plus ancienne, désignait les enfants turbulents et agités sans que la cause en soit précisément connue.

De quoi, de qui parle-t-on ?

Quand on parle de TDA/H, cela recouvre généralement deux catégories de problèmes :

- ▶ Des difficultés d'attention
- ▶ Un déficit de contrôle entraînant impulsivité et hyperactivité.

Les deux problèmes peuvent coexister, mais ce n'est pas toujours le cas. Rappelons quand même que la plupart des enfants présentent des signes d'impulsivité et d'hyperactivité quand ils sont petits et que c'est ... normal !

Quand les troubles de l'attention, l'impulsivité ou l'hyperactivité sont trop importants (notamment dès la scolarité), les enfants peuvent alors être mis en difficulté dans leurs apprentissages, leurs relations aux autres ou dans leur estime de soi. Mais on ne parle de TDA/H que s'il y a souffrance de l'enfant.

Développement neurologique...

Difficultés d'attention

Quand notre cerveau reçoit une information, il peut la traiter de deux manières :

▶ Soit de façon rapide et automatique, sans en prendre conscience, de manière à la cataloguer rapidement⁴.

▶ Soit de façon plus lente, en l'analysant consciemment avant de la stocker en mémoire. Ce mode dit « contrôlé » nécessite de pouvoir isoler l'information à traiter de l'interférence par

d'autres perceptions. Pour qu'une information soit mise en mémoire, le mode contrôlé (lent) doit donc pouvoir « imposer le silence » au mode rapide. En cas de déficit de l'attention, l'enfant ne peut pas mettre en sourdine le mode rapide. Il est donc sans cesse sur le qui-vive, sensible à l'entièreté des informations qui lui arrivent par ses cinq sens.

Impulsivité

La fonction de contrôle dans notre cerveau est primordiale. C'est un mécanisme qui nous permet de vérifier, -en quelques millisecondes- avant chaque action ou parole, si elle est bien appropriée à la situation. C'est une fonction qui s'acquiert avec la maturation du cerveau. On n'attend pas d'un tout petit qu'il réfrène ses impulsions. Mais, principalement entre 3 et 7 ans, il devient de plus en plus capable de se contrôler. C'est pour cela que 7 ans est appelé « l'âge de raison » : l'enfant va pouvoir se diriger plus par sa raison que par ses (im)pulsions. Chez l'enfant trop impulsif, cette acquisition du contrôle de soi est retardée, ou insuffisante, ce qui peut mener à des comportements agressifs et sociaux s'ils ne sont pas canalisés.

Hyperactivité

Il semble bien que l'hyperactivité ne corresponde pas à un dysfonctionnement spécifique d'une fonction donnée.

Dans le cas du TDA/H, elle n'est probablement que la conséquence très logique des deux autres troubles fonctionnels :

- ▶ Une sur-stimulation par manque de focalisation de l'attention,
- ▶ Un déficit de contrôle de l'attention, ... et une bonne dose d'énergie et de dynamisme.

Il n'y a donc pas « d'hyperactivité » en l'absence de l'un des deux autres troubles. Par contre, un enfant peut être agité et turbulent pour toutes



sortes d'autres raisons⁵, passagères ou permanentes. Mais n'oublions pas que la vitalité d'un enfant est avant tout normale !

Difficultés associées

Il est important de distinguer les problèmes émotionnels, sociaux ou familiaux qui sont la cause de difficultés scolaires des problèmes émotionnels, sociaux ou familiaux qui sont la conséquence des difficultés rencontrées par l'enfant.

Cette distinction n'est toutefois pas toujours clairement repérable, sans compter qu'il y a souvent un cercle vicieux entre cause et effets.

Concernant les troubles de l'apprentissage, il n'est pas rare que le trouble de l'attention coexiste avec un trouble de la lecture (dyslexie) ou de l'apprentissage du calcul (dyscalculie). Ce sont des problèmes différents (qui ont peut-être une origine commune dans un léger désordre du développement neurologique) et dont il faut tenir compte dans la rééducation : on ne peut rééduquer une dyslexie sans prendre en compte un éventuel déficit de l'attention et inversement.

Le temps du diagnostic

Pour poser un diagnostic précis, et par la suite proposer un traitement approprié, il est nécessaire de faire un bilan suffisamment détaillé de ce qui pose problème mais aussi, c'est important !, d'identifier tout ce que l'enfant réussit de manière à pouvoir s'appuyer sur ses compétences pour lui rendre confiance et le remettre à niveau.

En aucun cas le diagnostic de TDA/H ne peut être posé sur une simple impression.

Pour poser le diagnostic de TDA/H, on considère généralement qu'il faut :

- ▶ *Que l'enfant présente des troubles de l'attention ou des symptômes d'hyperactivité/impulsivité depuis au moins six mois, à un degré qui ne correspond pas à son niveau de développement,*
- ▶ *Que ces troubles aient un retentissement sur*

le fonctionnement scolaire et relationnel de l'enfant,

- ▶ *Que ces difficultés apparaissent dans plusieurs contextes de vie différents (à la maison, à l'école, lors des activités extra-scolaires),*
- ▶ *Que ces difficultés ne soient pas liées à une cause médicale claire ni à un problème psycho-affectif déterminé.*

Il n'existe pas de test spécifique pour le TDA/H. Une consultation auprès d'un professionnel compétent ((neuro)psychologue, pédiatre, neuropédiatre, pédopsychiatre) peut préciser le diagnostic. Il existe des centres spécialisés où ces différents intervenants consultent en équipe, ce qui permet d'éviter les répétitions d'exams inutiles et coûteuses.

Le premier relais peut être le centre PMS, le médecin ou le pédiatre de famille qui peuvent conseiller une première orientation vers les spécialistes.

Quel est le rôle des CPMS ?

Les CPMS se situent à l'interface entre les familles, les enseignants et les soignants. Normalement, ils peuvent réaliser une première observation d'un enfant qui rencontre des problèmes et proposer, si c'est nécessaire, de l'envoyer auprès d'un spécialiste ou dans un centre multidisciplinaire pour des examens plus poussés.

Ce sont également eux qui sont consultés pour évaluer les aptitudes de l'enfant aux apprentissages, et pour proposer une éventuelle réorientation (enseignement spécial par exemple). Il ne s'agit pas d'un avis médical, mais bien d'une évaluation sur le plan des apprentissages.

Sur le plan médical, quels sont les bilans effectués ?

Le diagnostic comporte le plus souvent un bilan neurologique et un bilan neuropsychologique.

Le bilan neurologique :

- ▶ Vérifie si les symptômes ne sont pas les signes d'une maladie,

- ▶ Vérifie qu'il n'existe pas d'autres troubles qui pourraient perturber les apprentissages (troubles de l'audition ou de la vision, retard de développement ou de langage, allergies, troubles du sommeil, ...),
- ▶ Cherche à mettre en évidence des difficultés particulières associées (troubles de coordination, psychomoteurs ou du langage comme une dyslexie, ...)

Le bilan neuropsychologique :

- ▶ Cherche à identifier un éventuel trouble de l'attention ou de l'inhibition (déficit de contrôle),
- ▶ Vérifie que tout va bien sur le plan intellectuel (évaluation des QI et des différentes fonctions de la mémoire),
- ▶ Évalue comment le ou les troubles mis en évidence interagissent avec les apprentissages de l'enfant,
- ▶ Vérifie qu'il n'y a pas de problèmes psycho-affectifs et éducationnels qui peuvent aussi bien provoquer les mêmes symptômes qu'en être la conséquence.

Ces deux bilans sont souvent nécessaires pour pouvoir poser le diagnostic avec certitude.

Quels traitements ?

Avant de parler de traitement, on peut déjà venir en aide à l'enfant en lui faisant sentir que l'on comprend son problème.

Que l'on soit parent ou enseignant, il est par exemple possible de :

- ▶ Désamorcer les réactions négatives systématiques à son égard,
- ▶ Lui proposer des repères d'autorités et des objectifs à atteindre qui soient compatibles avec ses capacités réelles,
- ▶ Aménager son espace et son temps de manière à minimiser ses difficultés (enlever tout ce qui peut distraire, prévoir des pauses pour se dépenser physiquement, ...).

Il y a lieu de mettre en route un traitement lorsque l'enfant éprouve trop de difficultés dans ses apprentissages et/ou dans ses relations avec les autres, et que cela a un retentissement sur son

bien-être, sur sa vie sociale ainsi que sur la construction de son avenir.

Le traitement comprend classiquement trois axes complémentaires :

- ▶ un accompagnement psychologique de l'enfant et des parents (soutien et guidance éducative),
- ▶ une remédiation neuropsychologique,
- ▶ un traitement médicamenteux, éventuellement.

Ces trois axes ont leurs indications et leurs limites. Le médicament ne rend pas l'enfant plus intelligent mais lui permet de mieux utiliser ses ressources. Comme il ne donne cependant pas d'emblée à l'enfant la maîtrise des « outils » qu'il n'a pas appris à utiliser, il est souvent nécessaire d'envisager aussi une rééducation des fonctions d'attentions et/ou de contrôle qui sont perturbées. En outre, le médicament n'est pas efficace chez tous les enfants.

La guidance psychologique qui s'adresse à l'enfant et aux parents permet de désamorcer les problèmes émotionnels et affectifs et de retrouver plus d'harmonie dans la vie familiale. Cependant, quelle que soit la voie choisie, ce sont les parents qui restent les premiers éducateurs de leur enfant. Ce n'est pas parce que le médecin a posé un diagnostic que cela transfère le problème sous sa responsabilité.

Les psychothérapies

Les psychothérapies peuvent poursuivre des buts différents, en fonction des problèmes rencontrés par l'enfant et sa famille : restaurer l'estime de soi, apprendre à mieux interagir avec les autres ou au sein de sa famille, apprendre à mieux comprendre ses propres comportements et à trouver soi-même l'apaisement. En schématisant, on peut distinguer deux grandes catégories de psychothérapies :

▶ Les thérapies cognitivo-comportementales :

Elles visent à modifier le comportement problématique de l'enfant et à améliorer sa perception de lui-même. Il y apprendra à se contrôler, à identifier ses émotions et celles qu'il suscite chez

autrui, à envisager différentes solutions lors de situations problématiques et à choisir la plus appropriée, ...

On classe également dans cette catégorie les programmes de guidance parentale (encore appelées psycho-éducation) qui proposent aux parents des stratégies pour mieux gérer les comportements de leur enfant et apaiser leurs relations avec lui. Par exemple, on y apprend à identifier des moments agréables avec lui, à renforcer ses comportements positifs par des encouragements, éventuellement à diminuer certaines exigences vis-à-vis de lui- ou à poser ces exigences de façon cohérente et bienveillante, à anticiper ensemble certaines situations problématiques, ...

▶ Les thérapies psychodynamiques :

Elles ne se focalisent pas sur les symptômes de l'enfant, mais s'adressent à sa personne tout entière. Elles sont particulièrement indiquées quand l'enfant souffre de problèmes émotionnels tels qu'agressivité, anxiété, dépression, ...

On citera également dans cette catégorie les thérapies familiales ou systémiques qui permettent d'élargir la réflexion à tout fonctionnement familial à partir des symptômes problématiques, et d'analyser ensemble le contexte dans lequel l'enfant vit et interagit avec ses proches.

D'autres types de thérapies existent mais elles sont trop nombreuses pour que l'on puisse les énumérer ici.

Les remédiations

Elles sont principalement orientées vers une optimisation des capacités de l'enfant pour améliorer ses apprentissages scolaires mais aussi son fonctionnement social et familial.

Les **rééducations neuropsychologiques** ont pour objectif d'améliorer les capacités de contrôle et d'attention de l'enfant par une série d'exercices de difficultés croissantes.

La **logopédie** et la **psychomotricité** peuvent également apporter des aides précieuses pour

surmonter certaines difficultés. La logopédie traitera des problèmes de langage, de dyslexie. La psychomotricité s'occupera de coordination des mouvements, de détente et de relaxation, mais aussi d'un travail sur le respect des règles et des limites, sur le contrôle de l'impulsivité, ..., non seulement à l'école mais aussi de manière globale dans la vie quotidienne.

Les règles actuellement en vigueur :

Le traitement multidisciplinaire (logo-kiné-psy-AS-ergo...) est pris en charge dans des centres conventionnés. Le trouble doit être survenu avant le sixième anniversaire et persister durablement (au moins six mois après son début). La prise en charge est limitée à deux ans.

Le traitement médicamenteux par Rilatine est soumis à accord du médecin-conseil. Il ne fait l'objet d'un remboursement que s'il est administré chez les enfants à partir de six ans ou chez les adolescents jusqu'à l'âge de 17 ans révolus, pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA/H) et qu'il satisfait simultanément aux conditions suivantes :

Le diagnostic de TDA/H a été établi selon les critères du DSM-IV ou ICD-10, par un neurologue (pédiatrique) ou un psychiatre (pédiatrique) ;

Les symptômes sont insuffisamment contrôlés par des mesures psychologiques, éducatives et sociales adaptées ;

Le traitement pharmacologique fait partie d'un schéma de traitement global comprenant d'autres mesures (psychologiques, éducatives, sociales).

Sur base d'un rapport circonstancié écrit, établi par le médecin spécialiste visé ci-dessus, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une attestation dont la durée de validité est limitée à 6 mois maximum.

Cette autorisation de remboursement peut être renouvelée pour de nouvelles périodes de maximum 12 mois chacune, sur base d'un rapport d'évolution circonstancié établi par le médecin spécialiste, qui démontre que la poursuite du traitement est médicalement justifiée.



Le traitement médicamenteux

Les principaux médicaments actuellement sur le marché (Rilatine, Concerta) sont des dérivés d'amphétamine dont on a prouvé depuis de longues années une efficacité sur les troubles de l'attention chez trois enfants sur quatre. Un troisième médicament, le Strattera, vient d'être commercialisé chez nous ; son mécanisme d'action est différent, mais il vise les mêmes effets.

Les médicaments ont une action assez rapide, mais n'agissent que sur les symptômes. Ils ne « guérissent » pas l'enfant. Par conséquent, pour que leur effet se maintienne, il faut les prendre aussi longtemps que les symptômes sont dérangeants (parfois même jusqu'à l'âge adulte).

Certaines critiques affirment que les médicaments sont souvent prescrits à des enfants qui ne souffrent pas réellement du TDA/H afin de contrôler certains comportements dérangeants. Il est vrai qu'il y a des abus, mais cela ne doit pas faire perdre de vue qu'à l'inverse, certains enfants chez qui le diagnostic n'est pas posé correctement pourraient être grandement aidés par une prescription adaptée.

Des effets indésirables peuvent apparaître surtout en début de traitement, ils consistent principalement en perte d'appétit, troubles du sommeil, maux de tête ou maux de ventre.

Constats

Parents et soignants s'unissent pour réclamer non seulement un remboursement plus élevé des médicaments, mais aussi une intervention financière plus importante dans les autres aspects de la prise en charge, comme la logopédie, les psychothérapies ou la psychomotricité, notamment après l'âge de 12 ans, à partir duquel ces remboursements sont complètement supprimés. Ils déplorent aussi le manque d'attention accordée par l'INAMI aux aspects « éducation/information parentale » et

« éducation/information du personnel qui entoure l'enfant à l'école ».

Quand une prise en charge multidisciplinaire est mise en place, des concertations entre les différents intervenants sont indispensables. Elles ne sont cependant pas reconnues par l'INAMI comme faisant partie de l'acte thérapeutique, et sont de ce fait presque impossible quand elles impliquent des thérapeutes isolés qui ne se connaissent pas.

D'où l'intérêt pour des structures proposant l'ensemble des modalités thérapeutiques en un seul lieu et par une seule équipe, sans morcellement ni dispersion des énergies de chacun. Cela permet aussi d'élaborer un programme de traitement efficace, des axes de prises en charge communs, des objectifs clairs et précis et des règles de fonctionnement consensuelles et cohérentes. Malheureusement, ces structures sont rares.

Que sait-on sur l'origine du trouble ?

Une chose est sûre : il n'y a pas une cause unique aux troubles de type TDA/H.

Dans l'état actuel des connaissances, on pense que les troubles d'attention, ainsi que les troubles d'impulsivités, ont une composante génétique : leur fréquence serait cinq fois plus grande quand un des deux parents en est lui-même atteint. Mais ces facteurs génétiques ne sont pas seuls responsables du trouble.

Un enfant reçoit de ses parents non seulement un héritage génétique, mais également une culture, une manière de vivre, une hiérarchie de valeurs, ... Il hérite aussi, au sens large, de sa famille, de ses amis, de ses maîtres, de l'endroit où il vit... Tous ces éléments influencent énormément la manière dont le cerveau en pleine maturation va se structurer.

Sur la prédisposition génétique viennent également se greffer divers incidents survenus aux périodes prénatale, périnatale ou postnatale et qui pourraient jouer un rôle favorisant. Les prématurés par exemple ont un risque plus élevé de présenter des troubles de leur maturation

cérébrale, sans doute parce que leur développement a été perturbé à un moment de grande vulnérabilité.

On s'interroge également sur l'influence de la culture moderne, avec sa vitesse, son fracas. Ces stimulations visuelles et auditives excessives agressent en continu notre cerveau qui, en quelques centaines de milliers d'années d'évolution, n'a jamais été exposé à pareil tourbillon. Cette influence se ferait surtout sentir chez les nouveaux-nés qui n'ont pas encore pu développer de mécanismes pour « désamorcer » ces excitations⁶.

L'éducation – plus ou moins permissive, plus ou moins adaptée aux besoins de l'enfant, plus ou moins adéquate pour l'aider à résoudre ses difficultés affectives ou comportementales – est un autre facteur capital dans la manière dont va évoluer un trouble de l'attention. C'est pour cela que l'accompagnement psychologique familial est si important.

Enfin, on se rend compte que les normes édictées par la société deviennent de plus en plus strictes, et que l'indulgence qu'on accordait jadis à un enfant rêveur ou remuant s'est transformée aujourd'hui en exigence de réussite. Ceux qui sont « à la limite » tombent ainsi plus vite du côté « hors norme ».

Tous ces facteurs mis ensemble pourraient bien expliquer pourquoi il semble y avoir de plus en plus d'enfants qui ont des problèmes à s'adapter à la vie de notre société, que ce soit à cause d'un trouble de l'attention, d'impulsivité, ou de tant d'autres troubles... ●

¹ Composé de soignants d'horizons divers et complémentaires.

² Voir réf.biblio. n°33.

³ En anglais : AV/HD : Attention Deficit with/without Hyperactivity Disorder.

⁴ Par exemple lorsque l'on est occupé à lire le journal, on distingue « instinctivement » un bruit suspect d'un bruit familier. Sans que l'on doive se poser la question consciemment, le premier nous fera réagir, le second ne nous distraira pas de notre lecture.

⁵ De façon générale, le comportement d'un enfant est toujours la résultante de son bagage neurologique et de son bagage psychologique ainsi que de la manière dont il est éduqué et de ce qui se passe dans son contexte de vie.

⁶ Pascale Gustin et Didier Robin ont développé à ce sujet une réflexion très intéressante autour de l'exemple du maxi cosi, en page 28 du Confluences n°18 : « Le temps de l'enfants » paru en décembre 2007 et consultable en ligne sur : www.iwsm.be.

Gilles, une problématique complexe

Qu'est-ce qui est proposé en service de santé mentale avec l'enfant et les différents intervenants en présence ? Témoignage de pratique autour d'une vignette clinique.

Martine DELPORTE, Thérapeute de développement,
Service de Santé Mentale, *La Pioche*, Marchienne-au-Pont,
en collaboration avec C.Bechhoff, Pédiopsychiatre et L.Ceraulo, Logopède,
Service de Santé Mentale Provincial de Courcelles

Un petit garçon très éclaté, peu relationnel, et présentant des troubles affectant tous les domaines: cognitif, instrumental, affectif et langagier. . .

La motricité est satisfaisante, mais constamment parasitée par l'agitation et le manque de concentration. La latéralité est hésitante, il n'a pas conscience de l'axe corporel, bien que certains mouvements soient efficaces et adéquats, permettant donc l'investissement des jeux moteurs. Il communique très peu, évite les contacts physique et visuel et souffre de strabisme.

C'est ainsi que se présente Gilles, 5 ans et demi, amené par ses parents pour une thérapie de développement, sur le conseil de la Pédiopsychiatre. Celle-ci a reçu l'enfant et ses parents suite au constat de l'école maternelle, qui parle d'hyperkinésie et de troubles du langage.

Autour de la naissance, Gilles a présenté une souffrance fœtale aigüe ; il est né dysmature et a fait des convulsions suite auxquelles il a été suivi par une Neuropédiatre.

Gilles est jeune, le tableau est complexe, mêlant troubles globaux du développement à l'hyperactivité. La Pédiopsychiatre propose d'abord un travail psychothérapeutique à media, en parallèle avec un suivi en logopédie et un travail familial. Plus tard, un traitement médicamenteux sera ajouté, augmentant l'efficacité de la prise en charge en jouant sur la concentration.

Le travail en thérapie de développement va s'étendre sur trois années, à un rythme d'une puis de deux séances hebdomadaires. Ce travail s'est inscrit dans un questionnement constant, partagé par chaque intervenant (Parents, thérapeutes, école...)¹: que pouvons-nous faire, chacun à notre place spécifique ?

- ▶ *La place des parents : comment faire assez sans faire trop ? Comment accepter l'enfant tel qu'il est ?*
- ▶ *La place des thérapeutes : comment traiter ? Comment coordonner les soins sans en «clôturer le sens» ? Comment soutenir une évolution, une subjectivation, sans préjuger des capacités, sans tendre vers une normalisation abusive ?*
- ▶ *La place de l'école : quel type d'encadrement et de scolarisation proposer ?*

Ces différentes places sont articulées dans une perspective de complémentarité, où un traitement ne s'oppose pas à l'autre, où l'un n'exclut pas l'autre : traitement médicamenteux versus traitement psycho-affectif, thérapie versus rééducation, suivi familial versus suivi individuel ; Gilles étant alors le «ciment» qui nous lie, mais un ciment qui cherche aussi son contenant . . .

Comment narrer l'histoire de la thérapie du développement?

Octobre 2006: Gilles me précède en courant dans l'escalier, pousse violemment la porte, se déplace en tous sens dans le local, ne s'arrêtant à aucune

intention, aucun projet, évitant mes interventions jusqu'à un jeu de provocation pour mettre en échec le cadre et le travail de lien.

A travers des expériences motrices, ludiques, créatives, à partir d'un matériel présenté, mais dont il peut disposer à sa manière (« médium malléable »), la thérapie du développement va aider l'enfant à construire sa pensée, dans une continuité, un lien avec le cadre et l'adulte. Gilles va investir progressivement cet espace et cette relation, d'abord dans une grande maîtrise du matériel et du local (exploration et utilisation assez éclatée des jeux), puis, progressivement, en se structurant autour de quelques activités plus spécifiques, à valeur relationnelle. Ainsi, un jeu d'échange de balle va servir de rituel de retrouvaille, et à partir de là, permettre un « autre » type d'échange, par la parole. L'utilisation d'un carnet d'informations, circulant entre la maison et les différents intervenants, permet également une meilleure inscription dans la continuité.

Aujourd'hui, Gilles garde de grosses difficultés instrumentales et cognitives. Mais il peut se montrer plus posé, relationnel et contenu. Il choisit le jeu, qui a valeur de lien, l'espace thérapeutique est devenu depuis plusieurs mois un véritable espace transitionnel. Il s'inquiète des autres enfants en thérapie, me questionne sur ma maison, mes absences.

La situation reste complexe pour Gilles et pour ses parents. Mais, confronté à ses difficultés, plutôt que de s'épuiser dans un éclatement et une agitation incessants, il peut faire face à ses limites ; et s'il ne veut pas encore en parler, s'il élude encore mes questions, il peut s'adresser à moi et, avec toute la truculence héritée de son «terroir» carolo, les yeux pétillants et un petit sourire aux lèvres, me lancer: «Tech- tu n' miett!»² ●

¹ Le suivi de Gilles est un travail de collaboration entre deux S.S.M.: celui de Marchienne-au-Pont et de Courcelles et une école d'enseignement spécial de la région de Charleroi.

² « Tais-toi un peu» (orthographe libre de l'auteur!).



De l'agir à l'intersubjectif

Une psychothérapie individuelle « classique » peut-elle convenir à un enfant qui s'inscrit dans le temporaire et l'excitation corporelle ? Qu'est-ce qui peut être travaillé dans cet espace fermé, agencé autour d'un bureau, et généralement pensé pour s'appuyer sur la parole ou sur un échange cadré, entre thérapeute et consultant ?

Ce cadre est celui qu'utilise Pascale Gustin, psychothérapeute.

Elle nous explique comment elle invite les enfants dans une menace permanente d'explosion à s'inscrire dans le temps et l'espace offerts par ce lieu.

Un travail lent, pour « s'approprier » mutuellement. Un travail traversé par la manipulation des objets et du cadre par l'enfant et par la réflexivité du thérapeute, pour soutenir le passage de l'agir au jeu, du comportement à un signe qui engage le « trafic intersubjectif ». Ou, comment quitter l'agir pulsionnel pour donner peu à peu intentionnalité et sens aux actes... Témoignage.

Pascale GUSTIN,

Psychologue, psychothérapeute,
Service de Santé Mentale *Le Chien vert*, Bruxelles

Lorsqu'ils nous sont adressés en Service de Santé Mentale avec une demande de thérapie individuelle, certains enfants « agités » arrivent avec des symptômes bien ancrés. Ils ont derrière eux une vie chargée d'expériences négatives ayant favorisé le rejet et la mésestime. Leur cadre éducatif est rarement cohérent et si l'on reprend les données d'anamnèse, il n'est pas rare de relever une histoire périnatale difficile. Une médication est parfois déjà mise en place sans véritable suivi médical et sans diagnostic différentiel préalable.

Durant les premiers entretiens avec l'enfant et ses parents, l'attention sera portée sur les aspects concrets de la vie quotidienne de l'enfant, ses composantes éducatives, sur l'éventualité d'une mise au point médicale ou la nécessité de constituer un réseau de professionnels susceptibles d'accompagner l'enfant et sa famille. Mais ce travail des premiers entretiens, préalable à la thérapie et susceptible d'en baliser le cadre, ne peut pas toujours se faire. Il arrive que la famille soit à tel point débordée qu'elle ne peut faire

place à de nouveaux intervenants. Il arrive que les parents se trouvent en quelque sorte mis hors jeu de la fonction éducative, comme c'est le cas dans certaines situations lorsque l'enfant est placé en institution par mesure protectrice émanant d'un Juge de la Jeunesse. En pareilles circonstances, ce sont souvent les professionnels qui soutiennent la demande de consultation. Dans bien des cas, nous devons alors avancer en mettant la charrue avant les bœufs : la psychothérapie individuelle de l'enfant démarre sans que nous soyons assurés de l'existence d'un accompagnement régulant et sécurisant les conditions de vie quotidienne de l'enfant, sans que nous parvenions à travailler avec les parents et l'entourage familial de l'enfant.

C'est dans ce contexte particulier que j'évoquerai mon expérience de la psychothérapie avec des enfants « agités ». Dans cette réflexion, j'insisterai principalement sur ce qui, dans ces parcours thérapeutiques, relève d'une expérience intersubjective. Celle-ci, en se prêtant à contenir « l'agir » de l'enfant dans la relation

thérapeutique, permet le passage de l'agir à un signe qui fait trace ; inscription que l'enfant reprendra parfois subjectivement à son propre compte si la psychothérapie se poursuit jusque là.

Mon expérience concerne des garçons âgés de 6 à 11 ans qui se présentent avec si peu de contrôle interne et externe qu'ils sont rejetés des circuits de socialisation et de scolarisation. Ce sont des enfants qui épuisent les équipes éducatives et leurs parents. Ces enfants me font souvent dire avant leur séance : *Que va-t-il arriver ? Que va-t-il se passer ?* Car, durant ces séances, des choses arrivent effectivement. Et cela, toujours sur le mode prévisible de l'imprévisible, de l'acte, du surgissement, de l'inventivité et du désordre ! Dans ce paysage sismique, le cadre de la psychothérapie (proche de celui d'une psychothérapie analytique classique) tranche par son apparente rigidité. A l'invariant temporel, s'ajoute celui du lieu. L'enfant est reçu une fois par semaine, à jour et à heure fixes, toujours dans le même bureau : une invariance de lieu qui, comme la suite tend à le montrer, se constitue pour ces enfants en élément déterminant du processus thérapeutique.

L'un des murs de mon bureau est une grande surface vitrée qui s'ouvre sur un quartier arboré dont les jardins se situent deux étages plus bas. Au quotidien fort agréable, cette pièce devient cependant le lieu de tous mes tourments lorsque j'y reçois des enfants « agités ». Ce bureau se transforme soudain en terrain d'expériences qui sont avant tout corporelles. L'enfant entreprend d'ouvrir la fenêtre, injurie les voisins. Il menace de faire tomber les objets sur qui est susceptible de passer deux étages plus bas, quand il ne fait pas mine de se jeter par-dessus bord. Les fauteuils et table sont pris d'assaut comme une salle de sport. Ils se transforment en plongeoir tandis que le tapis de sol devient une piscine.

Une boule de papier se métamorphose en projectile ou en balle de foot. Ainsi, l'enfant questionne et met à l'épreuve, dans l'espace de la psychothérapie individuelle, l'expérience qu'il a de la présence et de la relation avec l'autre. Et il *le fait en jouant...* Avant de jouer à le faire. Ici, le « faire » est, en effet, à l'avant plan. Souvent, l'enfant n'est pas capable de jouer et nous aurons à l'inviter à passer de cet état à un état où il en devient capable. Mais nous savons combien « faire » et « jouer » sont des actions reliées l'une à l'autre. Ainsi que l'écrit Winnicott dans *Jeu et réalité* : « *Jouer c'est faire* » !¹ Dans ce texte qu'aucune lecture ne parvient à épuiser, Winnicott parle de la psychothérapie comme étant ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. Il nous dit que ce qui est à la base de ce que nous faisons, c'est le jeu du patient, une expérience créative qui s'inscrit dans le temps et l'espace et qui est intensément réelle pour lui. Une expérience excitante et précaire qui tient au jeu réciproque qui se fait dans l'esprit de l'enfant entre des fragments empruntés à la réalité extérieure et des éléments de son monde intérieur. Une expérience qui implique la confiance et appartient à cet espace potentiel qui se situe d'abord entre ce qui était le bébé et sa figure maternelle. En psychothérapie, l'enfant fait donc des choses qui articulent des éléments de sa réalité intérieure à des éléments de la réalité extérieure. Et ceci implique le corps du fait de la manipulation d'objets et du fait de l'association à certains aspects de l'excitation corporelle. Une telle excitation peut cependant menacer le jeu lui-même et menace alors le sentiment que l'enfant a d'exister en tant que personne. « *Ainsi trop d'angoisse détruit le jeu* », écrit Winnicott.

Une telle conception de la psychothérapie m'aide à penser le passage de l'agir au jeu dans le travail avec un enfant « agité ». Quand l'excitation corporelle est à l'avant plan, nous devons en effet créer des conditions susceptibles de favoriser l'activité créative de l'enfant. Dans un premier temps, il s'agira donc pour nous de contenir ce risque de destruction. Comme le souligne

Compernelle, ce genre d'enfant a besoin d'ordre et de régularité. Il a besoin que l'on agisse immédiatement et de façon claire sur son comportement². Dans l'espace psychothérapeutique où l'enfant va mettre en jeu son corps et sa pulsionnalité, nous devons composer dans ce temps immédiat en donnant clairement à l'enfant certains points d'arrêt. *Ici aucun enfant n'injurie les voisins du Centre... On ne jette aucun objet par la fenêtre, c'est interdit, c'est dangereux, cela peut blesser quelqu'un... Il n'est pas toléré de cracher sur les thérapeutes ou sur les autres patients, d'hurler dans les escaliers, d'ouvrir les portes des autres bureaux.* Il nous faut tout d'abord aider l'enfant à rester la durée de sa séance dans le bureau, à respecter les choses et les gens, laisser à leur place les objets qui lui sont interdits. Sinon l'espace créatif de la séance tourne court. Le thérapeute risque de se mettre en position d'éducateur ou menace de réitérer une forme de rejet s'il vient à rompre le travail.

Je pense à Andy qui servait à boire dans un service à thé. De la « vraie » eau lui était nécessaire pour jouer. Il remplissait le pot au robinet, puis servait les verres à thé. Mais s'il faisait déborder l'eau des verres, les vanes étaient alors ouvertes et l'agitation l'emportait dans le flux continu de cette eau débordante. J'avais fini par observer que ce moment « risqué » était souvent précédé d'une légère variation dans son regard. Si je n'intervenais pas à ce moment, c'était comme si je laissais l'étincelle allumer une mèche toute prête à enclencher la mise à feu ! Dans un premier temps, mon souci était donc de l'aider à tenir l'eau endiguée. Alors le précieux breuvage composé de fèces, d'urine et autres substances pouvait se transformer en cocktail corrosif destiné à empoisonner son partenaire de jeu, en l'occurrence le thérapeute. Cela devenait beaucoup plus intéressant ! Il a fallu vivre ensemble quelques débordements et inondations avant que je repère cette légère variation de ce regard. Et il a fallu également du temps pour que cet enfant puisse se passer de la « vraie » eau et puisse jouer en faisant « comme si » avec des objets imaginés. Cette

expérience de la limite a alors tracé une marge, au-delà de quoi la créativité de l'enfant a pu prendre place, où son « agir » a ouvert à une possibilité de jeu plus symbolique. Au-delà, l'enfant peut penser, rêver, jouer les choses, et même celles qu'il ne pourrait faire dans la réalité physique sans que cela soit dommageable pour lui, pour l'autre et pour les liens. Sans cela, l'enfant vit toujours - et nous vivons avec lui - dans la menace d'une explosion et de ses dommages. Plus tard, lorsque la relation a été éprouvée dans la confiance et la fiabilité, un même comportement peut prendre une autre valeur lorsqu'il peut être commenté dans le transfert. *Tu me fais peur lorsque tu te tiens ainsi, ai-je ainsi dit à cet enfant qui se tenait dangereusement au bord de la fenêtre.* Ce commentaire a ouvert une large réflexion sur la confiance que cet enfant ne parvenait pas à éprouver envers les adultes et sur ce que cette fenêtre sollicitait chez lui et chez moi. *Tu n'as pas confiance ? Tu crois que je vais me tuer ?*, amena-t-il par la suite. Face à la fenêtre, l'enfant et le thérapeute progressent : peur vécue avant d'être reflétée à l'enfant, geste retenu pour ne pas toucher son corps, peur symbolisée pour ne pas faire barrage à la tentative de l'enfant de s'auto-contrôler dans la relation de confiance occupée à s'éprouver.

D'autres éléments dans l'espace partagé du bureau font contenance tout en y préservant un espace personnel intime. Je pense à la boîte personnelle dont chaque enfant dispose pour y déposer ses modelages. Voici ce qu'en fait Lucas, un enfant qui met à mal le corps de ses compagnons de classe et le foyer où il est placé. En thérapie, Lucas ne cesse de mettre en pièces sa boîte qu'il recolle ensuite rageusement puis tente de solidifier afin qu'elle résiste encore quelques instants à sa destruction. Après qu'il l'ait définitivement mise en pièces, je lui ai proposé de garder les morceaux de la boîte explosée. Il a alors aggloméré de la plasticine qu'il a piétinée en une masse qu'il voulait me jeter à la figure. Tous ces objets « informes », bouts de cartons, bouts de plasticine, sont déposés dans l'armoire ; armoire qui est dans le



bureau ; bureau qui se trouve dans la maison occupée par l'équipe sur laquelle je m'appuie pour attendre de lui, comme des autres enfants, un certain respect qui rend possible la poursuite de sa thérapie. Je relève dès à présent cet emboîtement des espaces dont je parlerai dans la suite de l'article. Un jour, Lucas a fait un dessin (le seul dessin de sa thérapie) qu'il m'a demandé d'encadrer et d'accrocher au mur. Sa demande semblait si étonnante que j'y ai accédé. Ce cadre demeurerait là en permanence, à la différence des autres objets que Lucas abîmait et destinait à la poubelle. Je regardais fréquemment ce dessin. Mes yeux se posaient sur lui mais sans le voir vraiment car je n'y voyais que le geste qui l'avait fait surgir entre deux agissements, au cœur d'une séance mouvementée. C'est en le regardant de plus loin que la succession d'enchaînements des différentes formes m'est soudainement apparue : le cadre dans le mur, le dessin dans le cadre et les enveloppes dans le dessin lui-même. Lucas avait dessiné un personnage sans pied ni main, tout entier contenu dans une sorte de sac dont la tête émerge coiffée également d'un long bonnet, le tout tenu par les bords du cadre, des yeux immenses occupant l'espace central. Au travers de ceci, prenait forme l'appel de cet enfant à être contenu pour se sentir rassemblé. L'accrochage de ce cadre était très important pour Lucas qui s'enquerrait de savoir *ce que j'avais fait de son dessin, s'il était toujours accroché, si les autres le voyaient et ce qu'ils en avaient dit*. Ce dessin semblait indiquer le passage de l'actuel de ces agissements à une sorte de trace reliant son espace personnel à l'espace commun.

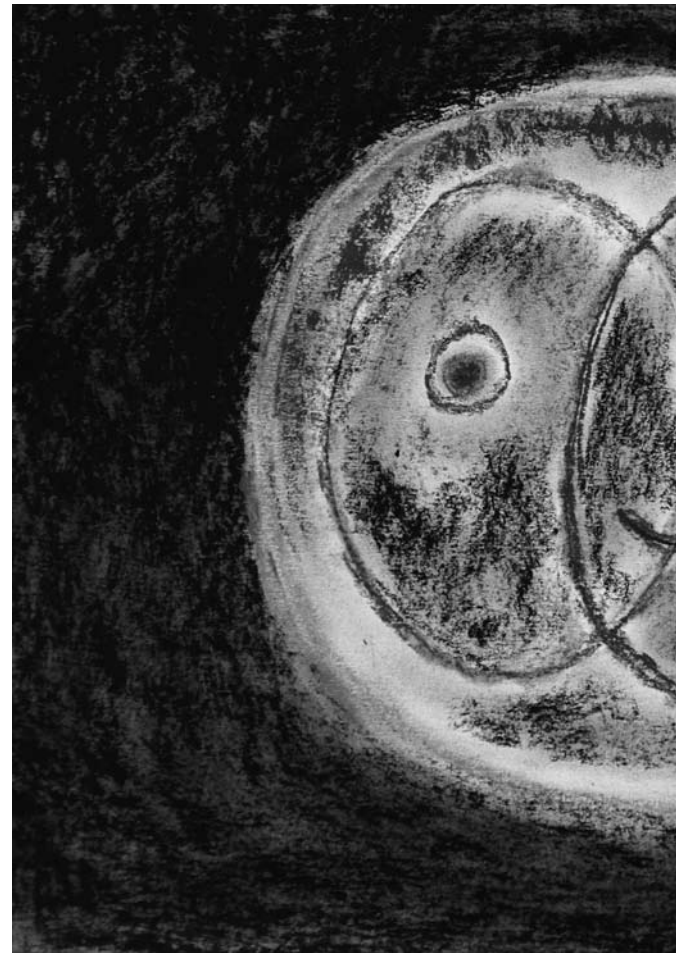
Voici un autre exemple d'utilisation du mur du bureau comme médiation entre ces deux espaces et comme lieu d'inscription d'une question qui ne peut encore se subjectiver. Cet autre enfant, Loïc, a utilisé le vieux tiroir d'imprimeur composé de cases de différentes tailles qui est accroché au mur en guise de décoration. Loïc y a déposé un objet qu'il a souhaité y laisser définitivement. D'autres enfants ont ensuite déposé des objets amenés de l'extérieur. Progressivement, et sans que j'en ai eu l'initiative, ce tiroir est devenu pour

certaines enfants un lieu pour expérimenter le don (je mets en circulation pour les autres un objet qui m'a appartenu), le dépôt (si je l'y mets, je l'y laisse même quand ma thérapie est finie), le respect (je prends soin des objets, je peux les changer de case mais ni les voler, ni les abîmer et j'ôte mes chaussures pour accéder du fauteuil au tiroir), la perte (un objet a été emporté ou il a disparu), quelques transgressions (aurait-il été volé ?). Ce tiroir s'est ainsi transformé en véritable outil de travail dont quelques enfants s'emparent.

Ces expériences me font dire que le bureau fonctionne comme un contenant, comme dans cette chanson traditionnelle qui éprouve la patience et la capacité de mémorisation des enfants et dont le texte emboîte de façon répétitive un objet dans un lieu qui devient à son tour le lieu d'un autre objet. (*Derrière chez moi, devinez ce qu'il y a ? Il y a un arbre, arbre du bois, petit bois derrière chez moi... Et sur cet arbre, devinez ce qu'il y a ? Y a une branche, branche sur l'arbre, arbre du bois, bois derrière chez moi, etc.*) Les objets/lieux sont ainsi interconnectés les uns aux autres sans qu'on ne sache plus trop ce qui est le lieu ou l'objet de l'autre. Je pense que c'est par de tels dispositifs concrets que l'espace intime de l'enfant est connecté à celui de l'autre et que s'expérimente l'intersubjectivité qui ouvre également à la vie sociale. Par ces expériences répétées dans la durée, quelque chose s'inscrit alors sous une autre forme que l'agitation.

Un tel moment signe un saut dans la thérapie. C'est le moment où l'enfant peut se mettre à parler de son embarras, de sa souffrance. Un vécu subjectif peut alors se construire sur la base de l'intersubjectivité. Je rappellerai ce que Stern nous dit de l'intersubjectivité. Il nous dit qu'elle est une

de nos tâches quotidiennes dès avant l'âge de 9 mois car il nous est nécessaire de savoir où on est dans telle relation à tel moment et ce qui va arriver faute de quoi l'angoisse monte et on se sent isolé. C'est donc dans l'expérience des relations précoces que l'enfant apprend à détecter l'intention de l'autre, à cerner son état affectif et y ajuster le sien. Par ce biais se construit la capacité de parler



de ses états internes, ce qui est en lien avec les phénomènes d'adaptation sociale. « *L'intersubjectivité est le facteur le plus important pour apprendre le langage car il est nécessaire d'imaginer ce que veut, ce que pense, ce que sent l'autre avant de pouvoir y mettre des mots* », rappelle Stern. Cela nous renvoie à la théorisation de Winnicott sur le rôle de miroir de la mère et de la famille en tant qu'expérience précoce fondatrice. Pour que l'enfant se sente réel, il est fondamental que l'environnement lui réfléchisse quelque chose de

lui-même. N'est-ce pas cela justement que cherche Lucas en exposant son dessin, en demandant si les autres le voient et ce qu'ils en pensent ? Dès ce moment, une autre question ne manque pas de surgir pour laquelle nous n'avons pas l'assurance d'une réponse : *Qu'est il arrivé à cet enfant dans ses expériences relationnelles précoces ?* Quand je regarde le dessin de Lucas, je vois le bébé qu'il



Masali, Delphine. Atelier des « Artistes Anonymes », Clinique de Bonsecours.

a sans doute été. Un bébé très irritable sur le plan neurologique, intubé, en couveuse, coiffé d'un bonnet, perfusé, un bébé avec une histoire périnatale dont il ne sait trop rien et dont il ne saurait que faire là où il en est. Je me remémore le premier temps des séances où il s'agissait pour lui et pour moi de contenir ses agissements. Puis ayant survécu à toute cette charge, je revois la scène où cet enfant me faisait craindre pour sa vie tandis qu'il se tenait au bord de la fenêtre et m'amenait à lui dire avec forte expression, du visage et

de la voix : *Tu me fais peur lorsque tu te tiens ainsi à la fenêtre.* Comme le propose Winnicott, cette réflexivité du psychothérapeute est à relier à celle de la mère. Elle est un dérivé complexe du visage de la mère qui réfléchit ce qui est là pour être vu.

Avec ces enfants, il me semble nécessaire de passer par cette espèce de *trafic intersubjectif*.³

Là où les enfants agissent sur des choses, nous y réagissons en les réfléchissant avec le langage des émotions qui dit nos états internes et questionnent les leurs - avant de pouvoir les symboliser dans le langage des mots - avant que l'enfant puisse reprendre à son propre compte son agissement. La manipulation « agie » par l'enfant des objets du cadre thérapeutique est au cœur de ce lent processus où le thérapeute doit garantir un cadre assez fiable pour contenir l'angoisse de l'enfant et lui permettre d'établir des liens entre son monde intérieur et le monde extérieur. Le thérapeute reflétera alors ce qui se joue là et qui concerne souvent l'angoisse qui habite l'enfant de ne pas exister ou de n'avoir pas de valeur aux yeux de l'autre. L'une des tâches du thérapeute évoquée par Winnicott me semble donc particulièrement convenir en ce cas : « *Que le patient fasse plus qu'exister, qu'il se sente réel ;*

c'est-à-dire qu'il trouve un moyen d'exister soi-même, pour se relier aux objets en tant que soi-même et pour avoir un soi où se réfugier afin de se détendre ».

Ceci qui relève de la tâche du thérapeute dans la relation thérapeutique nous invite à faire un retour sur les relations précoces : des relations précoces qui relèvent, elles, de la tâche des parents. Je conclurai en rapportant une observation réalisée dans le cadre de l'un des projets de prévention de

notre Service de Santé Mentale. Il s'agit de *Bébé Parents Accueil* où nous proposons un accueil individualisé et sur rendez-vous du bébé en difficulté et de ses parents. Ces dernières années, nous avons reçu dans notre *Bébé Parents Accueil* un nombre étonnement élevé de parents fort inquiets du comportement de leur enfant de moins de deux ans, présenté comme trop actif, inattentif ou immaîtrisable. En mettant à l'avant plan la description du comportement de leur enfant, ces parents semblent cependant ignorer la dynamique relationnelle qui se joue là dans le développement ordinaire de l'enfant. Ils semblent ignorer que pour que *l'enfant puisse contrôler les choses, il lui faut faire des choses et que faire des choses, cela prend du temps*⁴. Et que cela nécessite de la part des parents - non pas simplement un cadre éducatif fait de règles et de sanctions - mais également un engagement pulsionnel au travers duquel donner des réponses à l'enfant sur le mode de la réflexivité. Au temps de la toute petite enfance, les parents ont en effet pour tâche parentale de donner sens et intentionnalité aux actes pour qu'ils cessent de relever du « pur agir » et s'inscrivent dans l'intersubjectif où l'autre peut compter pour l'enfant et où l'enfant peut compter pour l'autre.

Bien entendu, cette dernière remarque appelle à réfléchir à la façon par laquelle la société soutient les parents dans cette tâche, que ce soit dans le temps des relations précoces, plus tardivement, mais aussi dans les dispositifs thérapeutiques que nous proposons. Ainsi, en prolongement de ma réflexion sur le travail en psychothérapie avec l'enfant « agité », il me semblerait indispensable de réfléchir à la place qu'occupent les parents dans le dispositif psychothérapeutique : la place qu'ils sont prêts (ou non) à y prendre mais aussi celle que nous cherchons (ou non) à leur accorder, tout particulièrement dans ces situations où il paraît si improbable que nous puissions compter l'un pour l'autre. ●

¹ Winnicott D.W.(1971), *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975.

² Voir réf. biblio. n° 09.

³ Voir réf. biblio. n° 09.

⁴ Winnicott D.W.(1971), *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975.



Vers une classification diagnostique du TDA/H ?

Le temps du diagnostic est essentiel. L'ensemble des professionnels s'accordent à le dire. Quand à savoir si le trouble de l'attention avec ou sans agitation relève de troubles du comportement ou du développement, il y a à ce sujet débat, ouverture aussi, pour dépasser le clivage de « la » bonne position. Si la prudence est, de plus en plus, de mise pour éviter un étiquetage réducteur de l'enfant en difficulté, il n'en demeure pas moins que chaque professionnel a, dans son approche, une porte d'entrée privilégiée qui conditionne la prise en charge de l'enfant. L'article qui suit défend même, d'entrée jeu, l'importance à se positionner dans l'une ou l'autre approche et à l'étayer, dans ce temps du diagnostic, de manière la plus fine possible. C'est la position prise par Cédric Leclercq.

Pédopsychiatre, il s'est engagé en milieu hospitalier dans une recherche théorico-clinique qui assume pleinement une dimension médicale avec, pour visée, de classer des sous-groupes au sein de ce concept de « TDA/H ».

Cédric LECLERCQ,

Pédopsychiatre,
La Citadelle, Liège

Introduction et mise au point

Dans nos contrées, il n'est pas rare que l'évocation du TDA/H génère, entre professionnels, des conflits intersubjectifs spectaculaires. Ceux-ci sont le résultat de positions simplistes, et parfois dogmatiques. Il serait plus utile et rigoureux de développer à ce sujet une réflexion scientifique. Et s'il s'agit d'adopter un regard médical sur la question, celui-ci ne sera pas exclusif d'autres points de vue, mais il n'y sera pas non plus épistémologiquement comparable ou équivalent.

Un trouble du développement plus que du comportement

Mon expérience de pédopsychiatre avec des enfants présentant des troubles instrumentaux¹ m'a confronté à un aspect de la clinique négligé par une formation psychodynamique classique. J'ai appris à considérer la pédopsychiatrie comme une discipline indissociable de la notion de développement. Ainsi, à l'exception des situations réactionnelles ou liées au développement normal, je considère les manifestations

durables d'instabilité psychomotrice, d'hyperactivité, de troubles attentionnels, et/ou d'impulsivité, comme les témoins symptomatiques d'un trouble du développement de l'enfant. Je pense qu'une des raisons des impasses francophones dans l'abord de ces problématiques, tient dans le fait de les avoir considérées comme des troubles du comportement ou des conduites², plutôt que comme des troubles du développement. La première catégorie renvoie à l'éducatif, et l'on comprend aisément qu'en se limitant à cette lecture, le recours au diagnostic et à la médication heurte et soulève des réactions polémiques.

Bien sûr, l'éducation, la place du lien social, l'expérience du non, ... sont des enjeux de notre actualité sociétale qu'il est utile d'interroger. Mais pour autant, l'évidente difficulté chronique manifestée par certains enfants à s'auto-apaiser, à filtrer les informations, à stabiliser leur expérience subjective à travers le temps et l'espace, voire à soutenir leur élaboration narcissique et la solidité de leur Moi, représente une problématique qu'il serait malhonnête de réduire à un enjeu social.

Il est vrai que, souvent, dans ces situations, les théories psychodynamiques issues de la

pratique avec des adultes, sont de trop peu de secours, eu égard à ce qu'elles apportent comme bénéfice indéniable dans d'autres contextes. Est-ce une raison légitime pour nier la complexité de ces troubles ? L'autodiagnostic, s'il peut être considéré comme un phénomène d'époque, ne serait-il pas majoré par notre défaut de théorie, de formation et d'écoute ?

Ainsi, d'un point de vue clinique, il est essentiel d'élargir la lecture qui, si elle se contente de focus « agitation » comme élément symptomatique descriptif, renforce le réductionnisme comportemental, et appauvrit dramatiquement l'observation clinique. C'est pourquoi les notions d'inhibition, de concentration, de filtrage (entre autres émotionnels), de régulation, de tonus, de rythme, etc. devraient être prises en compte. L'agitation n'est pas un phénomène essentiel, ni un symptôme obligé. Mieux vaut donc parler de tda(h) plutôt que d'enfants hyperactifs ou agités.

Pédopsychiatrie en hôpital général

Ces premiers paragraphes reflètent la réflexion qui m'a amené à animer un travail théorico-clinique à l'hôpital général.

Celui-ci me semblait prompt à faire évoluer mes modalités de pensée au contact de la réalité clinique, et de témoigner d'un travail d'adaptation semblant douloureusement entravé, blessé ou détourné chez mes patients. Le professeur Gauthier et le Docteur Lermينياux ont permis, par leur soutien, que ce travail se fasse au CHR de la Citadelle à Liège, au sein d'une équipe multidisciplinaire ambulatoire depuis 2006. Bientôt, nous aurons également la possibilité d'accueillir, au sein d'une équipe spécifique, et dans des situations complexes, des enfants pouvant bénéficier d'un temps d'hospitalisation courte, à visée de diagnostic et d'orientation.

Concernant la clinique : un diagnostic hétérogène

Les études statistiques répertorient le trouble tel que défini par le DSM-IV à approximativement 5% de la population infantile, quels que soient le lieu ou la culture. Mais les critères utilisés négligent le degré d'invalidation dans l'établissement du diagnostic.

Ceci est responsable de faux-positifs (critères présents mais invalidation limitée), comme de faux-négatifs (critères insuffisants mais invalidation majeure). En pratique, il est bon d'intégrer les aspects fonctionnels et d'invalidation dans le diagnostic clinique.

A travers quelques descriptions, je tenterai de vous faire partager l'avancée de nos travaux.

Une séméiologie intégrant l'aspect du développement cognitif, interactionnel et psychomoteur, permet de penser plus précisément des sous-groupes psychopathologiques sous l'enseigne tda(h).

Au sein de ce large groupe est en effet constatée une hétérogénéité clinique et thérapeutique. A ce jour, la tentative de spécifier des sous-groupes sur base du profil cognitif ou d'examen complémentaires s'est avérée infructueuse. La clinique reste l'élément central pour le diagnostic, mais aussi pour distinguer des sous-groupes.

Propositions pour penser des sous-groupes cliniques

Aidé par les travaux de Hill³ et de Leibenluft⁴, je vous propose de manière non-exhaustive, et selon une complexité croissante, quelques sous-groupes syndromatiques. Je parlerai de spectres diagnostiques pour ces sous-groupes, afin de rappeler le flou des frontières les délimitant.

Le spectre des T.D.A.(H) non-complicés

Tout d'abord, il y a les enfants plus nombreux mais que nous voyons moins, parce qu'ils présentent des problématiques peu ou

non-complicées. Ils ont été bien souvent pris en charge par nos collègues neuropédiatres et un suivi raisonnable les a aidés. Ces enfants font partie d'un sous-groupe qu'on pourrait dire tda(h) sans comorbidité. Il s'agit d'enfants éprouvant des difficultés chroniques à maintenir leur attention dans de nombreux contextes de vie. Ils égarent des objets d'intérêt, souffrent de se percevoir en échec ou en inadéquation, et leurs performances sociales et scolaires sont en-deçà de leur potentiel cognitif et relationnel. L'auto-contrôle et l'inhibition motrice, verbale, voire même émotionnelle, peuvent faire défaut. Ceci entraîne une impulsivité verbale et/ou motrice dans la vie quotidienne. Les mécanismes de pare-excitation semblent inconstants et insuffisants. La vigilance est instable, multifocale, et sans hiérarchisation pratique. Le niveau d'éveil, et sa régulation sur le nyctémère, peuvent être invalidés au point de constituer de réels troubles du rythme. Le tonus ne présente pas de schéma typique, mais sa régulation peut entrer dans le cadre du trouble du rythme mentionné. L'hyperactivité peut faire partie du tableau clinique, sans obligation cependant. Il s'agit dans certaines situations d'une hyperactivité intellectuelle, en général peu productive, à titre de tachypsychie avec logorrhée. Enfin, d'autres fonctions cognitives peuvent être problématiques, telles les fonctions exécutives (régulation du comportement) ou les fonctions mnésiques. L'incompréhension par l'environnement et l'épuisement du contexte sont régulièrement de mise, précipitant des cercles vicieux relationnels persécutoires, avec atteinte de l'estime de soi. Une approche pragmatique et multifocale permet, dans une majorité de situations, d'aider ces enfants, parfois de manière spectaculaire.

Le spectre des TDAH avec comorbidités

Outre la description faite au point précédent, ces enfants peuvent présenter des troubles spécifiques d'apprentissage, des troubles anxieux, dépressifs, des tics, des troubles oppositionnels, ... dans des

situations lourdes et enchevêtrées qu'il s'agit d'aborder avec une grille de lecture non-réductrice. Certains ont manifesté ces troubles très précocement, avec perturbation de l'organisation des systèmes motivationnels de l'attachement et de l'intersubjectivité. Le sens de soi peut donc être également troublé. Dans ces trois cas de figure (attachement, intersubjectivité et sens de soi), nous entrons sur le territoire des sous-groupes suivants.

Le spectre des « Sluggish Cognitive Tempo »⁵

Il existe un sous-groupe d'enfants présentant d'apparents troubles attentionnels avec la particularité d'une réelle lenteur cognitive. Si l'on exclut le critère temporel, ces enfants présentent des performances cognitives normales ou supérieures à la moyenne. A la WISC⁶, les résultats sont bons, sauf bien souvent dans les épreuves codes et symboles. On parlera de S.C.T. pour Sluggish/Slow Cognitive Tempo. Il n'est pas certain que la pensée internalisée soit également marquée de la sorte. Mais en tout cas, la pensée « relationnelle » semble enlisée dans une sorte de somnolence bien souvent contagieuse ou vécue comme irritante. Une forme d'hyperactivité plus discrète, à titre d'impatience motrice, peut également être présente, mais d'une manière générale, ces enfants sont plutôt hypo-actifs. L'adaptation scolaire peut ainsi être pénalisée, ainsi que le positionnement socio-familial. Le résultat est l'incompréhension et l'isolement. Ces enfants sont jugés comme nonchalants, paresseux, indifférents, repliés sur eux-mêmes, voire débiles ! Alors qu'ils sont intelligents.

Le spectre des troubles communicationnels

Certains enfants manifestent des troubles communicationnels associés :

► Soit sur les deux versants, expressif et réceptif. Ici, les troubles attentionnels sont présents parmi d'autres symptômes touchant fortement les



interactions sociales et la communication. Bien souvent, les stéréotypies sont absentes, mais les intérêts et activités peuvent être répétitifs (R.I.B.A.)⁷. Certains présentent des tics évocateurs de Syndrome de Gilles de la Tourette. Il ne s'agit pourtant pas à proprement parler d'autisme, de T.E.D. ou de syndrome d'Asperger. Ces enfants sont

fil conducteur. Ils se laissent peu transformer par l'autre. Les tâches prescrites ne semblent pas les intéresser, de même que les règles d'un jeu, fussent-elles établies et reconnues. Ils montrent peu d'intérêt à satisfaire l'adulte, et sont résistants aux consignes. En ce sens, des points communs avec le sous-groupe S.M.D. sont constatés.

tes et peu transformables. Ces troubles ne semblent pas superposables aux troubles bipolaires chez l'enfant, plus rares, même si certains points communs peuvent être constatés. Les familles sont épuisées, les parents blessés dans leur fonction, malgré une grande énergie déployée dans la recherche d'aide et la mise en place d'aménagements. Les contextes et/ou antécédents dépressifs familiaux ne sont pas rares. Ici, l'approche classique du tda(h) est également insuffisante et des mesures complémentaires spécifiques peuvent aider à la bonne évolution. Le travail thérapeutique est souvent de longue haleine, et doit considérer la lourdeur de ces problématiques et les risques psycho-pathologiques en cas de non-intervention.



Antonia, Atelier des «Artistes Anonymes», Clinique de Bonsevaux

assez rigides du point de vue cognitif, instables du point de vue émotionnel, égocentriques, et en difficulté d'intégration sociale. Sur ce point particulier, l'on peut constater que le contact visuel et que le sens de l'autre ne sont pas perturbés, que le décodage communicationnel fonctionne avec les parents, mais est troublé vis-à-vis des autres enfants. La cognition sociale est donc problématique. Ils vivent de nombreux malentendus à l'école et avec les pairs. Tempétueux et imprévisibles dans leurs colères, ils ont un sens très personnel et très sensible de la justice, s'adressent de manière peu différenciée à l'adulte et ne reconnaissent pas automatiquement son autorité, et sont obstinés à obtenir ce qu'ils recherchent⁸.

► Soit strictement sur le versant réceptif (dans ce cas l'enfant « non-concentré » apparaît focalisé sur lui-même (« overfocused ») et peu atteignable). Il s'agit d'enfants qui présentent une agressivité plus ou moins contenue, qui s'expriment clairement, mais dévient très peu de leur

Le Spectre des « Severe Mood Dysregulation »⁹

Il existe aussi un sous-groupe inscrit davantage dans le spectre de l'humeur. Leibenluft¹⁰ parle de S.M.D. pour Severe Mood Dysregulation^{11, 12}. Ces enfants combinent bien souvent anxiodépression, troubles attentionnels et agressivité¹³. L'humeur est instable, et l'attitude évoque une rage insistante avec réelle souffrance et atteinte de l'image de soi. Le déni des émotions est souvent présent, chez des enfants fondamentalement sensibles. Les comportements d'affiliation et d'attachement semblent inhibés, contribuant chez l'autre au rejet et à l'irritation. Pourtant, en arrière-plan, ce sont des enfants touchants et extrêmement demandeurs de relation. S'ils aiment les défis et prendre des risques, ils ne supportent pas l'échec. Ils sont très irritables, leurs colères sont explosives. L'existence d'une fratrie semble vécue comme intolérable, avec affirmations de haines récurrentes

En conclusion

L'idée qui sous-tend cet article est de plaider pour une pédopsychiatrie du développement et de la cognition, assumant sa dimension médicale. Cette discipline passionnante a toujours vécu de la réflexion théorique de ses cliniciens, ouverts aux avancées scientifiques de leur époque, et en contact avec leur pratique. Peut-être pourrions-nous un jour, pour paraphraser Winnicott, remercier nos patients pour ce qu'ils nous auront appris, fût-ce au sujet des troubles aujourd'hui nommés tda(h). Ces problématiques, et la manière dont elles bousculent nos schémas de pensée, sont une occasion de dynamiser notre profession. ●

¹ Les Blés d'Or à Bruxelles.

² Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (C.F.T.M.E.A.).

³ Prof. Hill Peter D, Great Ormond Street Hospital for Children N.H.S. Trust, London. Royal College of Psychiatrists Research Unit.

⁴ Voir réf. biblio. n°26.

⁵ Voir réf. biblio. n° 22.

⁶ Wesschler Intelligence Scale for Children.

⁷ Voir réf. biblio. n°28.

⁸ Prof. Hill Peter D, Great Ormond Street Hospital for Children N.H.S. Trust, London. Royal College of Psychiatrists Research Unit.

⁹ Voir réf. biblio. n°26.

¹⁰ Voir réf. biblio. n°26.

¹¹ Voir réf. biblio. n°05.

¹² Voir réf. biblio. n°08.

¹³ Helzer E., Hudziak J.J., Defining psychopathology in the 21 st Century : DSM V and beyond. In : American Psychopathological Association Series, 2002.

Rilatine et placebo sont dans un bateau

Quand faut-il recourir à la médication et surtout, comment juger de son utilité ?

L'auteur nous partage le fruit de sa réflexion au départ de sa pratique de terrain.

Il n'est pas un grand prescripteur mais il lui arrive de proposer un traitement médicamenteux, avec toutes les précautions d'usages; précautions qui passent notamment par un test placebo. Cette approche est un préalable qui en appelle un autre : le traitement médicamenteux, s'il s'avère dans certains cas utile, n'a de sens que dans une prise en charge globale de l'enfant.

Philippe KINOO,

Pédopsychiatre, Chef de clinique adjoint,
Unité de pédopsychiatrie des cliniques universitaires Saint-Luc.

J e n'ai jamais été un grand prescripteur. Au fil des années de pratique en institution ou en consultation, j'ai gardé la conviction, renforcée par la pratique, que la plupart des situations d'enfants pour lesquels j'étais consulté pouvaient être mobilisées et évoluer favorablement par les entretiens individuels et/ou de famille, par le travail dans et avec le réseau (l'école entr' autre), par la thérapie institutionnelle.

En fait, je n'ai que deux indications de traitement médicamenteux en consultation pédopsychiatrique: la psychose infantile, ce qui représente un pourcentage extrêmement réduit de la consultation pédopsychiatrique ordinaire (ces enfants sont habituellement pris en charge par des équipes ou des centres spécialisés), et l'hyperactivité avec trouble de la concentration dit encore ADHD («Attention-Déficit/Hyperactivity Disorder, du DSM-IV») ou THADA («Trouble: l'Hyperactivité avec Déficit d'Attention»).

Plus spécifiquement, j'ai toujours refusé de traiter les troubles du comportement par des neuroleptiques, ou des tranquillisants. Peut-être à tort, dans quelques cas sévères, où un coup de pouce médicamenteux aurait peut-être pu couper court à des cercles vicieux relationnels autour des troubles du comportement. Mais ceci serait une autre histoire.

Concernant le diagnostic, disons en deux mots que, rejoignant en cela la plupart des pédopsychiatres sceptiques voire critiques par rapport à la nosologie du DSM IV et aux sur-diagnostic made in USA, je suis cependant cliniquement convaincu de l'existence d'un «noyau dur» d'enfants réellement hyperactifs avec déficit d'attention¹, «noyau dur» qui bénéficie dans une proportion non négligeable de cas d'un effet positif d'un psychostimulant central, une sorte d'amphétamine: le méthylphénidate (Rilatine®, Concerta®). Ce qui ne fait cependant pas de cette médication ni le traitement de première intention ni surtout la seule intervention thérapeutique, comme c'est trop souvent le cas.

Quant à l'étiologie du «vrai» trouble hyperkinétique avec déficit d'attention, la plupart des études montrent qu'elle est multifactorielle, avec une composante génétique prédisposante, ce qui n'exclut pas, comme toujours, une importante composante environnementale dans le déclenchement et surtout dans l'entretien et l'évolution de la problématique.

Concernant la pathogénie enfin, l'hypothèse qui me semble la plus intéressante, est la suivante. Le point de départ du trouble hyperkinétique serait le déficit d'attention. L'enfant est distrait

de sa tâche par les stimuli qui l'entourent. Il n'arrive pas à se concentrer sur un jeu, tourne la tête au moindre bruit dans la maison, ou vers le chant des oiseaux du jardin. A table, il est intéressé par tout ce qui se passe à côté de son assiette: le petit frère, la main de papa qui bouge, ... Il ne tient pas en place, agace les autres, renverse son verre, en met autant sur la table que dans sa bouche, ... Lorsqu'il est en âge scolaire, on perçoit les dégâts.

Bref, l'enfant n'arrive pas à filtrer les stimuli autour de lui, et ne fait pas la distinction entre les «bruits de fond» à ignorer, et les informations pertinentes à utiliser. C'est cette distractibilité, cette incapacité à saisir le pertinent du non pertinent dans l'environnement qui rend ces enfants aussi distraits, mais donc aussi instables et agités moteurs.

Le traitement médicamenteux le plus utilisé (le méthylphénidate ou Rilatine®²) est en fait un psychostimulant, cousin des amphétamines. Son mécanisme d'action serait de stimuler principalement l'attention et/ou cette capacité de filtrage, ce qui permet à l'enfant d'être plus concentré, donc plus à sa tâche, et donc moins agité.

Rilatine et Placebo sont dans un bateau

Le moyen qui me semble le plus pertinent pour tenter d'apprécier le plus justement possible l'effet de la médication est de faire un test thérapeutique «methylphenidate versus Placebo» dans une première étape avant de prescrire, le cas échéant, pour un plus long terme.

Concrètement, je prescris une semaine de Placebo, sous forme de gélules, à prendre le matin et le midi, puis une semaine de methylphenidate, matin et midi, sous forme de gélules également.

Pour apprécier l'effet Placebo éventuel, il est



nécessaire de commencer systématiquement par le Placebo, puis de donner le méthylphénidate la deuxième semaine, lorsque l'effet Placebo est éventuellement déjà amenuisé.

L'enfant et l'enseignant ne sont pas informés que, dans l'un des deux «médicaments», il y a un Placebo. J'explique simplement que je donne «deux médicaments différents», et qu'il faut donc rester attentif à l'effet de ceux-ci pendant les deux semaines expérimentales.

Avec les parents, j'estime qu'il faut jouer franc-jeu. Les plus scientifiques parmi eux connaissent l'effet Placebo et apprécient le sens de la démarche. Les plus émotifs sont rassurés par le fait de vérifier si le médicament est vraiment efficace, et si ce n'est pas «l'effet psychologique» qui va jouer. Vu le mélange d'attente et de crainte – en proportion variable d'une famille à l'autre – par rapport à un traitement médicamenteux à long terme, cette étape «expérimentale» est bien acceptée par les parents. Et pour le prescripteur, c'est une garantie supplémentaire, une mesure de prudence qui me paraît nécessaire, vu l'absence de critères prédictifs de l'efficacité du traitement. En outre, s'il y a eu erreur de diagnostic (s'il ne s'agit pas, malgré l'anamnèse et l'observation, de THADA), les réactions de l'enfant la seconde semaine seront éclairantes. Les parents expliquent qu'il était «encore pire». Un adolescent m'a expliqué que cela ne lui avait fait aucun effet en classe, mais qu'il avait battu au badminton des adversaires qui l'enfonçaient auparavant : «Je sautais sur toutes les balles! J'avais jamais vu ça!». Ici, stop, de suite...

Prise en charge globale

Notre position ne sera pas «pour ou contre» le traitement médicamenteux du THADA.

Ce qui fait problème c'est:

- ▶ l'abus de prescription par le traitement médicamenteux de faux positifs;
- ▶ l'absence trop fréquente de prise en charge globale de ce problème par des mesures pédagogiques et/ou rééducatives et/ou psychothérapeutiques adaptées;

- ▶ l'absence de traitement médicamenteux de «vrais» THADA non diagnostiqués.

Quel que soit le type d'hyperactivité, un accompagnement sous forme de guidance familiale est l'essentiel de la thérapie.

L'agitation est habituellement tellement perturbante que les parents ont d'abord absolument besoin de comprendre ce qui se passe, puis, avec une visée thérapeutique à long terme, ils ont tout autant besoin de voir comment concrètement agir avec un enfant aussi déroutant.

Deux idées sont la base du travail avec les parents. D'abord, il faut tenter, dans toute la mesure du possible, de couper court au cercle vicieux: attitude inadéquate de l'enfant ↔ irritation de l'adulte et sanction ↔ image négative de l'enfant chez l'adulte et chez l'enfant lui-même. Ensuite, c'est mettre en place des stratégies pour arriver, pas à pas, à désapprendre certains comportements inadéquats, et à apprendre certains comportements désirés. Comme l'enfant, soit par manque de structuration, soit par défaut de concentration, a du mal à répondre aux attentes éducatives des adultes, ces objectifs (apprendre ou désapprendre) doivent être:

- ▶ clairement précisés à l'enfant,
- ▶ identifiés sous forme concrète,
- ▶ ne pas nécessiter trop d'étapes intermédiaires,
- ▶ être renforcées pendant un temps suffisamment long.

Une approche de type comportementale, par des renforcements positifs est donc ici à recommander, du moins pour cette partie du plan thérapeutique.

Le livre «Du calme», de Théo COMPERNOLLE (1997), sous-titré «Manuel pour l'éducation des enfants hyperactifs» est bien éclairant de cette

approche. D'un style simple, concret, fourmillant d'exemples, il peut être mis entre les mains de la plupart des parents. Il n'est pas inutile que les professionnels confrontés au problème s'y plongent également, en voyant avec les familles quelles sont les pistes utiles pour la situation particulière.



Malaise autour d'un médicament

Le médicament sera réservé aux situations suivantes:

- 1) clairement diagnostiquées «troubles de l'attention»,
- 2) suffisamment invalidantes pour l'enfant (échec scolaire, graves cercles vicieux relationnels: agitation ↔ énervement ↔ rejet et attitudes inadéquates),
- 3) qui ne s'améliorent pas après un temps de

«triple approche» associant:

- ▶ remédiations individuelles (cognitives et/ou affectives et/ou pédagogiques)
- ▶ soutien aux parents
- ▶ collaboration avec le (ou les) enseignant(s).



Antonina, Atelier des «Artistes Anonymes 1», Clinique de Bonsecours

Concrètement, ces trois conditions ne sont réunies habituellement qu'après 5 ou 6 ans, à l'entrée en primaire.

Cette attitude de bon sens clinique et thérapeutique a pourtant du mal à être bien appliquée, voire bien comprise dans le monde médicopsychologique. Il y a encore des approches thérapeutiques qui démarrent d'emblée par le médicament. Et d'autres qui ne l'utiliseront jamais.

La vogue et l'engouement dans le monde médical,

mais aussi dans le milieu enseignant, auprès des parents et même dans les médias pour l'hyperactivité tient, au moins en partie, à l'existence d'un traitement médicamenteux.

Pour une part certainement parce que c'est un traitement qui peut être rapidement efficace, s'il est donné à bon escient, et que cet effet positif pousse à l'usage, mais aussi au mésusage et à l'abus.

Nous retrouvons les mêmes problèmes avec la prescription d'autres psychotropes comme les anxiolytiques, ou plus récemment les antidépresseurs SSRI (comme le Prozac®...). Pareil encore pour l'abus de prescription d'antibiotiques. C'est bien parce que ce sont de «bons» médicaments, qu'existe parallèlement une prescription abusive qui fait problème...

Pour une autre part, et ceci ne fait vraisemblablement que commencer, parce qu'il existe non seulement une attente et une pression des parents, mais également un lobbying de l'industrie pharmaceutique pour développer un marché financièrement important. De grandes firmes pharmaceutiques sont sur la brèche: certaines ont lancé le méthylphénidate en prise unique (Concerta®, chez Jansens ou Rilatine MR chez Novartis), Eli Lilly commercialise une nouvelle molécule, l'atomoxétine (Strattera). Ces médicaments sont d'usage facile, réputés assez sûrs et ayant apparemment peu d'effets secondaires même à long terme, mais bien plus chers que la Rilatine®³.

Les bénéfiques sont en conséquence. On voit l'enjeu à l'échelle mondiale...

L'usage de ce traitement médicamenteux, plus que dans bien d'autres pathologies pédo-psychiatriques, a développé deux courants extrêmes et opposés. Un courant a très clairement abusé de prescriptions (on cite à raison les dérives américaines où parfois plus d'un tiers des enfants d'une école sont sous méthylphénidate).

L'autre courant est opposé à tout usage d'un

traitement médicamenteux et dénonce avec virulence cette nouvelle drogue venue d'Outre-Atlantique.

Comme bien souvent, et ici en l'occurrence, c'est l'extrémisme qui est le problème, mais les questions du débat sont pertinentes. D'un côté, en effet, on est longtemps passé et on passe vraisemblablement encore souvent à côté du diagnostic de THADA, et des enfants souffrent de leurs difficultés d'apprentissage et de leur agitation sans prise en charge adéquate. D'un autre côté, il y a à l'évidence un abus de demande de médication de la part de certains parents et de certains enseignants, et un abus de prescriptions de certains médecins.

En guise de conclusion

La position juste est de poser un bon diagnostic d'abord, puis de mettre en route la prise en charge adéquate. Ensuite, ce sera, en cas de prescription, de veiller à ne pas s'en tenir à cet acte seul, mais de prendre en compte les autres dimensions thérapeutiques pour l'enfant, pour les parents et pour l'environnement. Et évidemment, implication de l'enfant lui-même dans la compréhension de ses difficultés et dans les mesures d'aide.

De toute manière, le médicament ne peut être qu'un élément parmi d'autres d'une approche plus globale intégrant les aspects cognitifs, affectifs, relationnels et pédagogiques, et des entretiens avec l'enfant et les parents, pour mettre du sens sur ce qui se passe en classe, en famille et ailleurs, dans la tête et dans le cœur⁴. ●

¹ L'expression est de B. GOLSE au Congrès de l'Escap, Paris, 30 octobre 2003.

² Ritalin® dans certains pays, comme la France.

³ Le traitement de Rilatine coûtait, en Belgique, pour la dose habituelle, 2,50 € par mois jusqu'en octobre 2003, et depuis cette date, 6,50 €; le Concerta 18 mg coûte environ 60 euros par mois et la Rilatine MR 20, environ 35 €. L'atomoxétine coûte environ 90 € pour un mois de traitement. La Rilatine « simple » est remboursée, pas les autres spécialités.

⁴ Pour des développements plus complets du même auteur, voir les réf. biblio. n°21 et 35.



Des enfants agités, en veux-tu, en voilà ...

Comment saisir l'agitation des enfants ? Cette agitation qui gagne les consciences et inquiète, au point que l'on puisse chercher à la faire taire en usant, non sans effet thérapeutique parfois, de médicaments divers ?

Et que penser de l'agitation, de la compétition pharmacologique à trouver, détenir, prescrire la molécule qui bâillonnerait ce qui, de l'agitation, laisse sans voix ?

De plus en plus d'enfants dit TDA/H sont directement inscrits dans une filière biomédicale qui fait l'impasse sur cette réflexion. Et ce n'est pas sans poser questions.

Questions de la normalité, de la conformité mais aussi des bonnes intentions.

Les parents, le secteur socio-éducatif, légitimement inquiets, ont-ils conscience des enjeux qui se posent là ?

Dans un monde ambiant porté sur les réponses toute faites, immédiates, il devient difficile de légitimer l'utilité et l'efficacité de démarches psychothérapeutiques plus lentes et plus complexes.

Un médicament offre l'avantage de donner à voir des résultats rapides : cela va mieux ou pas, dans un premier temps...

Une « démarche psy » engage sur du plus long terme sans pouvoir, d'entrée de jeu, rassurer le consultant quand à l'efficacité de cette approche. On peut dès lors entendre la réserve de parents à « entraîner » leur enfant dans ce processus.

Et pourtant, ...

Bertrand GEETS,

Docteur en psychologie, psychanalyste,
Psychologue au Centre de guidance de Jambes (Namur)

TDA/H ?

« C a » bouge, « ça » s'agite, « ça » se distrait, « ça » n'en fait qu'à sa tête, tant ça ne trouve pas à se contrôler.

L'attention, dit-on, devient le maître mot à partir duquel l'enfant vient au monde des connaissances et de l'apprentissage et c'est son aspect déficitaire qui serait en jeu tant dans la gestion du comportement que dans la construction langagière. Mais cette agitation, ce manque d'attention, de contrôle, cette distraction, ... ne sont-ils pas autant de noms donnés à l'impasse que rencontrent les parents, les enseignants, les soignants, ... face à ce qui ne trouve pas à s'inscrire dans la demande faite à nos enfants ? Ne témoigneraient-ils pas d'un mal-être dans le devenir de l'enfant ?

L'enfant TDHA devient le paradigme de ce qui échappe à la maîtrise, laissant sans prise et sans voix, ceux et celles qui jouent de la raison. Ce « défaut », cette façon dont un enfant est habité dans son corps et à son insu (« c'est plus fort que lui », « il est incontrôlable », ...) n'est-elle pas une manière pour que trouve à s'exprimer ce qui demeure en impasse dans la construction subjective de l'enfant, laissant en question ceux qui ont pour « mission » de le faire grandir ? Ce qui fait « tache » dans le tableau de ce que devrait être le bonheur auquel chacun a droit n'est-il pas en lien avec le réel de ce qui échappe à notre vouloir (« bon »), réveillant, révélant par la même une douleur, chez nous adultes, qui n'est pas sans résonner sur nos impasses et malaises à faire lien dans une société qui, pour nous investir, ne nous laisse pas pour autant sans désarroi. Bien loin de là...

Le discours médical en question...

Et face à l'urgence d'une situation en déroute, on doit aujourd'hui détenir le savoir nécessaire à prescrire les bonnes actions pour réinscrire l'enfant dans le « droit » chemin. « *Nous sommes, nous dit Eric Laurent, à l'époque des bonnes nouvelles. Elles peuvent prendre des formes étranges, comme celle d'annoncer régulièrement que tous nos symptômes vont enfin disparaître, être guéri et de plus en plus vite* »¹.

Mais comment saisir l'engouement pour une telle pratique aujourd'hui, faisant tous les jours plus d'adeptes et des patients de simples consommateurs ? Par quelle magie, ce qui fait de nous des êtres humains, les symptômes, trouvent-ils à s'interpréter en terme de fonctionnement neuro-physiologique déficient ? Certes, cela permet de faire l'économie de ce qui, de notre histoire, nous revient comme insoluble à supporter. Mais n'est-ce pas là le fruit d'un certain discours capitaliste, relayé par celui de la science, reconduit dans ce qui s'enseigne d'une certaine université, qui ferait de la souffrance une maladie humaine, au même titre qu'une quelconque maladie organique ? A chaque maladie son traitement, le tout ne se concevant que dans une approche proprement médicale. On observe alors une véritable résorption de la psychiatrie dans la médecine générale, de même qu'une médicalisation de l'existence ; la conduite et ses troubles prenant statut de maladie, tandis que la souffrance celui de désordre.

Que pourrait-il se cacher derrière ce discours ? Ne retrouve-t-on pas ce qui a été dénoncé, il fut déjà un temps, par Foucault, à savoir que la société cherche à gagner de l'ordre sous des pseudo abords scientifiques, continuant, à l'insu de tous, dans le but Juste et avoué d'aider son prochain, à reconduire le champ de la discipline.

Cette discipline est d'autant plus prégnante qu'à l'ère du bien-être répond un idéal inaccessible de toute maîtrise.

De plus, ce qui serait en jeu, jaugé, jugé, concernant l'enfant, ne serait pas plus ce qu'il fait ou ne fait pas, - comme on pourrait le croire dans une lecture simpliste des événements - mais plutôt « *des passions, des instincts, des anomalies, des infirmités, des inadaptations, des effets du milieu ou d'hérédité* », avec pour jugement dernier ce qu'ils sont, seront, pourront être nos enfants.

Le psychologue, à son insu, deviendrait selon le mot de Foucault un « *petit fonctionnaire de l'orthopédie mentale* »².

Que reste-t-il aux parents ?



Antonià, Atelier des Artistes Anonymes 1, Clinique de Bonsecours

Comment alors comprendre les échos que peut avoir ce discours sur les parents ? Car ce dernier n'est évidemment pas sans effet. Combien ne viennent-ils pas en consultation demander si j'ai entendu parler des troubles déficitaires de l'attention - sous-entendu que je n'en aurais pas entendu parler ou parfois aussi que je chercherais des problèmes là où il n'y en a pas - et si son enfant n'en souffrirait pas. Certes, disait une psychologue, il est plus aisé pour un parent d'entendre parler du TDHA et de s'en remettre au savoir médical, d'autant qu'il bénéficie d'une

publicité importante, de rencontrer un neuro-pédiatre en lieu et place d'un pédo-psychiatre : « ça fait moins peur ». Il est vrai, une économie psychique peut-être réalisée, puisque les parents s'en remettent aux spécialistes, certains enfants passant d'un spécialiste à l'autre, parfois longuement testés (à des prix défiant parfois toute concurrence). Le danger ne devient-il pas de faire de l'enfant un pur objet à évaluer, ce dernier finissant par être identifié à son déficit ? Il est de plus en plus fréquent de rencontrer des enfants qui se disent eux-mêmes « hyperactifs ». Une mère me dit un jour que son enfant n'a plus besoin d'un suivi d'ordre psychothérapeutique. Le travail réalisé par la neuro-psychologue s'est révélé être porteur ; sa fille obtient des 90% à l'école. En quittant la pièce, elle me laisse juste à entendre cette petite phrase « sans gravité » : *elle parle encore souvent de mourir...*

Ce qui tient lieu de « vérité » scientifique semble exercer toujours plus de séduction, d'autant qu'elle répondrait à une recherche inquiète de justification de notre existence, à une époque où l'idéal se réduit à un idéal de fonctionnement.

Et c'est vrai, les problèmes présentés à la maison et de surcroît à l'école par l'enfant touche en plein cœur l'amour propre des parents. Et l'école devient le lieu où s'exacerbe ces atteintes.

« *L'investissement parental sur la scolarité des enfants s'est aujourd'hui démultiplié par l'angoisse extrême des lendemains* »³.

Dans le même temps, un double déni s'opère : Le premier concerne la place de l'enfant dans la famille. De plus en plus, grandi l'idée de l'enfant à égalité avec les adultes, ayant ses droits propres. Cependant, la suppression des tabous

et l'idéal permissif ne concernent pas que les enfants. Aux parents modernes tout semble aussi permis. Ce qui fait dire à Lacan, « *Ces véritables enfants que sont les parents, il n'y en a pas d'autres qu'eux dans la famille* ». L'activité des hommes à ignorer la mort, le sens de la vie, à s'acharner à se distraire de tout a un côté profondément enfantin.

Et on connaît les effets que peuvent avoir sur les enfants les événements familiaux, la manière dont ils viennent prendre place pour l'un ou l'autre parent, au sein de compositions familiales parfois clairement décousues.

Autre dérive, ce sont les conséquences que peuvent avoir, sur les enfants, ce qu'imposent les adultes en ne prenant pas la mesure de la détresse psychique de l'enfant, son besoin de rêver et en l'obligeant à vivre au-dessus de ses moyens subjectifs. Dans cette situation, la souffrance, le mal-être, la colère de l'enfant se trouvent retranchés, mis en réserve au profit d'une hyper-adaptation conformiste. La conséquence peut en être un clivage entre l'être du sujet et le savoir imposé par les adultes. On pourrait méditer sur l'importance que prend aujourd'hui ce qu'on nomme les enfants à haut potentiel et le fait qu'il n'est pas rare chez eux de trouver des idées morbides, voire des passages à l'acte suicidaire...

En conclusion, on épingle aujourd'hui, on stigmatise très vite tout ce qui ne rentre pas dans la norme, du trop agité au trop distrait, du pas assez performant, au trop performant sans chercher ce à quoi fait écho ces conduites, ni comment l'intelligence ne se réduit pas à un simple calcul de quotient, comme le soutient Roland Gori⁴. ●

¹ Laurent E., *L'évaluation en question*, Revue de l'école de la cause freudienne.

² Foucault M., *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris, Gallimard, 1975, p. 17.

³ Théry I., *Couple, filiation et parentés aujourd'hui : le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée. Rapport à la ministre de l'Emploi et de la Solidarité et au garde des sceaux, ministre de la justice*. Paris, Odile Jacob, 1998, p. 75.

⁴ Gori R., Del Volgo M.-J., *La Santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris, Ed. Denoël, 2005.



Nous les disons agités mais encore.....

L'Ecoutille est un des 12 projets pilotes de soins psychiatriques à domicile pour les enfants au moyen de l'outreaching. Les soins s'adressent aux familles qui éprouvent des difficultés avec leur enfant âgé de 0 à 6 ans sur le plan du développement psychoaffectif et qui rencontrent des obstacles à se déplacer vers un service extérieur.

L'équipe multidisciplinaire tente, à travers des rencontres, de tisser un lien de confiance avec les parents et l'enfant ; de créer un espace de parole autour des difficultés, d'améliorer la relation parent-enfant et enfin, d'élaborer un projet pour l'enfant dans sa famille.

Nos visites au domicile se font le plus souvent en duo pluridisciplinaire. Petit aperçu...

Anna GIORGI, Psychologue,
Rita NOTARNICOLA, Psychologue,
Isabelle SCHONNE, Pédopsychiatre,

Service de soins psychiatriques à domicile *L'Ecoutille*, Boussu (Mons)

Depuis quelques années, l'hyperactivité constitue un sujet de préoccupation tant pour les professionnels de la santé que pour les parents. Les familles que nous rencontrons à l'Ecoutille se plaignent, en effet beaucoup, de l'agitation de leur enfant.

Cependant, s'il est vrai que les demandes pour « enfant agité » augmentent, elles ne sont pas nommées par les familles que nous ciblons comme « hyperactivité », peut-être plus par le milieu scolaire en attente d'un diagnostic.

À l'Ecoutille, notre grille de lecture pour analyser la symptomatologie de l'enfant est la relation mère-enfant et le tissage qui s'y déroule entre l'histoire de l'une et la construction de l'autre. Dans cette relation, nous prenons en compte le tiers paternel, qu'il soit présent ou absent dans la réalité.

On se rend compte que plusieurs facteurs jouent sur le comportement de l'enfant, et que celui-ci se construit en réaction à ce qui l'entoure.

Selon Françoise Parot¹, « *L'identité se fabrique incidemment par milles tours et détours, par les discours et les images dans lesquels baigne l'individu.* »

Dans son article sur l'hyperactivité, J-M Forget²

dit que « *l'hyperactivité réelle de l'enfant doit être mise en regard de l'inactivité symbolique des parents, de l'inactivité de l'Autre qui n'est pas marqué d'une dé-complétude symbolique où l'enfant puisse trouver une place symbolique, ou une adresse signifiante pour articuler sa parole* ».

Françoise Parot, s'interrogeant sur le concept de la place symbolique, amène l'idée que l'enfant nourrit une angoisse importante lorsqu'il grandit dans un noyau familial où les places de chacun ne sont pas clairement définies et nommées, où elles sont interchangeable au gré des ruptures et états d'âme des adultes. La pauvreté ou l'absence d'élaboration symbolique empêche de canaliser cette angoisse qui peut s'exprimer dans l'agitation. « *L'enfant ne se tient plus, sa présence est comme déracinée, infondée. Il déborde physiquement et corporellement. Il noie le monde qui l'entoure de mots et de gestes parce qu'il espère l'attention des adultes ; pour que le monde pense à lui, pour qu'on ne l'abandonne pas en chemin, il combat cette angoisse en s'imposant.* »

Le terme « hyperactif » n'est parfois qu'une facette d'un kaléidoscope de souffrances plus profondes et plus graves. Symptôme donc plutôt que entité pathologique isolée.

La situation d'Antoine³ nous semble illustrer le combat inconscient d'un enfant qui cherche désespérément à s'extraire d'une situation insupportable. Son agitation est la seule échappatoire psychique qui lui est possible pour ne pas sombrer. Elle montre surtout combien ce comportement n'est que la pointe de l'iceberg dans lequel se fige toute son histoire d'enfant prématuré, non investi par sa mère et qui l'installe dans une dépression.

Les auteurs s'accordent pour dire qu'il existe une phase dépressive dans le développement normal de l'enfant. Il s'agit de ce moment où l'enfant expérimente que sa mère n'est pas toujours présente, n'est pas toute à lui et ne peut pas toujours répondre à ses attentes.

C'est une étape essentielle parce que l'enfant va devoir recourir à son imaginaire et au symbolique pour que la mère continue à exister pour lui, tout en supportant son absence. C'est une perte structurante essentielle à son développement psychique.

Cette étape « dépressive » constitutive du sujet en devenir est à différencier d'une dépression pathologique.

Dans cette vignette clinique, nous verrons également combien un « ratage », une non mise en place de la phase dépressive normale du développement, peut rendre difficile cette inscription dans le symbolique, entraînant une faille dans la construction psychique et se manifestant par un état dépressif dans lequel l'agitation en est l'expression corporelle.

Madame X s'adresse à notre service, envoyée par un centre de guidance qui ne pouvait pas répondre, selon elle, à sa demande.

Une maman débordée, en recherche d'aide. Débordée par le comportement de son fils, Antoine, 6 ans qui « *se met en danger, s'est pendu, saute par les fenêtres...* ».

La maman dit : « *ça ne passe plus entre nous* ». Plus tard, elle nous dira « *il y a quelque chose de cassé entre lui et moi* ». On se rendra compte de combien l'accrochage n'a jamais eu lieu.

Au domicile, la première note frappante concernant Antoine est de trouver un petit garçon dans



Cédric, Atelier des «Artiste Anonymes 1», Clinique de Bonsecours

une totale inhibition. Il ne bronche pas, ne parle pas, nous regarde à peine et ne répond pas à nos sollicitations. Une attitude contrastante avec le comportement qui est décrit par sa maman : « *il casse tout, il casse ses chaussures, déchire ses vêtements, il fait des trous dans les murs, colle des papiers au plafond...* ».

La scolarité d'Antoine excède particulièrement sa maman. Antoine est difficile à l'école, il perturbe la classe et est agressif avec les autres enfants. Les résultats de son travail scolaire sont insuffisants et se dégradent de plus en plus.

Les premières séances nous permettent de faire connaissance. Si toute situation nécessite une mise en confiance, celle-ci plus particulièrement car l'atmosphère est empreinte d'une certaine méfiance de la part de la maman.

Une dose d'agressivité contenue accompagne son bonjour...

« *Je viens de nettoyer* » nous semble signifier que nous sommes priées de nous essuyer

correctement les pieds. Elle repasse nerveusement la serpillière sur nos pas quand il a plu.

Nous sommes d'emblée soumises à ses exigences, par exemple à interrompre les séances plus tôt parce qu'elle a un rendez-vous, ou à faire l'attestation pour l'école avant toute chose...

Nous nous plions à son cadre.

Imprégnées de cette tension perceptible, nous pouvons facilement éprouver le ressenti d'Antoine à chaque « ordre », ou remarque de sa mère. Nous sentons tout le poids du regard maternel qui surveille et qui empêche Antoine de s'exprimer comme sujet.

Tout en instaurant une relation de confiance avec la mère et l'enfant, nous tentons de comprendre, de trouver un sens à ses difficultés en les mettant en lien avec son histoire et avec l'histoire de sa mère.

Nous pensons que retracer son histoire est une manière de la restituer à l'enfant. Nous le soutenons quand il s'agit de faire la part des choses en séparant ce qui lui appartient de ce qui appartient à sa mère.

Antoine est le deuxième enfant d'une fratrie de trois, avec trois pères différents.

Lorsque nous questionnons la grossesse, nous sommes frappées par le signifiant « cassé » dans le discours de la maman. Elle nous explique qu'elle aurait mieux fait de se casser les deux jambes avant d'être enceinte. Elle ne voulait pas d'enfant. Sa grossesse se passait plutôt bien tant qu'elle pensait que c'était une fille, et très mal à l'annonce d'un enfant de sexe masculin. C'est une période extrêmement difficile de sa vie. Avec un décollement du placenta, il lui avait été prescrit de rester couchée, ce qu'elle refusa de faire « *au petit bonheur la chance* ». Était-ce un premier fantasme de mort ?

Elle associe cette histoire à sa propre relation à sa mère qui voulait un garçon plutôt qu'elle. Avec sa mère, ça ne s'est jamais bien passé et c'est son père qui l'a élevée jusqu'à l'âge de 9 ans. Pour plaire à sa mère, « *elle n'avait pas ce qu'il fallait entre les jambes* ». Cette place est octroyée à Antoine. « *Lui, il est la louloute de sa grand-mère* ». Madame supportant mal cet investisse-

ment de la grand-mère, garde Antoine comme son objet : « *Ce n'est pas à elle, c'est à moi* » nous dit-elle. Le choix du vrai prénom, qui renvoie étymologiquement bien au côté homme, révèle l'enjeu inconscient de madame dans la relation à sa propre mère.

L'investissement libidinal dont le bébé fait l'objet habituellement par les parents, ce que Lacan appelle phallicisation, permet au bébé de constituer son narcissisme primordial, son identité et de trouver une place symbolique. Comme l'écrit G. Cullere Crespin⁴ : « *C'est toute la question de la place phallique désignée par le désir inconscient maternel, qui assure à l'enfant cette place symbolique à partir de laquelle son existence semble être fondée.* » L'enfant a besoin d'avoir été pour un temps le plus beau bébé du monde pour ses parents.

Qu'en est-il d'Antoine ? Quelque chose de son histoire n'a pas permis qu'il soit inscrit à cette place symbolique.

Nous sommes saisies par les propos que la maman tient concernant l'accouchement : « *Antoine était mort-né à sa naissance, il a été réanimé sans rien me demander* ». En fait, Antoine était un prématuré de 35 semaines et est resté trois semaines en néonatalogie.

C'est le parrain de l'enfant qui lui a dit qu'elle devait aller voir son bébé. Elle, n'en avait pas envie. Son aspect la décevait. « *C'était un morceau de viande, un rôti* ».

Madame, à cette naissance, n'a pas trouvé d'enrichissement narcissique, elle-même en souffrance et fragilisée narcissiquement. Les événements de sa vie ne lui ont pas permis cet investissement libidinal de son bébé.

Pour cette maman, son bébé ne représentait donc qu'un bout de réel, un morceau de chair, sans être du côté de la vie. Est-ce pour cela que « *la montée laiteuse ne survenait jamais au bon moment* » ? « *Je jetais le lait à la poubelle* », quand enfin, elle s'est rendue à l'hôpital. Ce « petit corps de viande » a fait vaciller la maman qui nous explique que, de retour chez elle, elle a pris la fuite dans le travail, laissant les soins



de l'enfant au père « *qui ne s'en occupait pas* ». Antoine reste de longues heures seul, hurlant sans que son cri ne puisse être entendu. « *Je le retrouvais, sa bouche bleue de faim et d'avoir pleuré. Il était affamé.* » Que lui a-t-il manqué comme mots qui pouvaient humaniser son inscription dans un ou plusieurs désirs ?

La Place qu'Antoine a occupée dans le désir maternel n'était pas celle d'un bébé qui venait la combler.

Ainsi Antoine occupe la place d'objet « mort né » dans le fantasme maternel, et il semble que c'est à cette place qu'il doit rester quand elle lui assigne comme punition de rester assis sans bouger pendant de longues heures. Antoine peut s'y plier un temps. Il est arrivé pendant un entretien, qu'empêché de bouger, il prenne la fuite dans le sommeil. Était-ce une manière de continuer à être mort-né ?

En d'autre temps, dans son comportement agité à la maison, Antoine est-il désespérément en train de vouloir mobiliser sa maman ? De se manifester à l'adresse de l'Autre ? Nous disons à Antoine que sa mère pensait qu'il était trop petit pour ressembler à un bébé, qu'elle souffrait beaucoup elle-même et n'arrivait pas à s'occuper de lui. Leur rencontre n'a pas été possible.

Lors de notre visite à l'école, l'instituteur confirme le comportement de l'enfant. Il tient difficilement assis sur sa chaise. Toujours en mouvement, il se fait remarquer. D'autre part, il nous dit combien cet enfant cherche l'attention de l'adulte en réclamant des bisous de manière excessive. Dès que l'on s'occupe de lui dans une relation duelle, le rendement scolaire s'améliore. Son comportement perturbateur à l'école vient-il signifier qu'Antoine tente de s'extraire de cette position d'objet ? De rechercher le regard d'un Autre bienveillant ?

Ces troubles du comportement nous semblent témoigner de défenses hypomanes contre la dépression.

Si Antoine a été délaissé pendant les premiers mois de vie, la suite de l'histoire familiale a continué à le mettre à rude épreuve.



Cédric, Atelier des «Artistes Anonymes», Clinique de Bonsecours.

Lorsqu'il a un an, son grand-père maternel décède, par pendaison et dans la même période, le couple parental se sépare, période extrêmement douloureuse pour sa mère.

Le père prend Antoine 15 jours et le ramène à sa mère « *en pyjama, alors qu'il faisait froid* ». Madame a donc récupéré son fils et obtient au tribunal la garde exclusive. Monsieur étant jugé par défaut.

C'est à partir de ce moment là qu'Antoine sera régulièrement confié à sa grand-mère maternelle. Madame nous dira que son fils représente un poids pour elle. Poids dont elle essaie désespérément de s'alléger, mais qu'elle ne lâche pas pour autant.

Depuis, elle refuse qu'Antoine revienne voir son père qu'elle appelle le géniteur.

Les demandes du père sont là, mais madame dans une relation de haine avec lui, lui refuse cette place.

« *Antoine ne sait pas qui est son géniteur, il ne le reconnaît pas sur les photos et d'ailleurs je ne lui en parle jamais* » et « *lui n'a jamais rien demandé* ».

Il nous semble que le désir de madame était occupé par le père, qui n'était pas suffisamment auprès d'elle, la délaissant et ne prenant pas soin de son enfant. Ne peut-on pas faire l'hypothèse que pour cette maman, ce sont les pères qui

doivent s'occuper des enfants, à l'image de sa propre histoire ?

Elle se sent maltraitée par son compagnon, avec un enfant de trop, Antoine, qui ne la comble pas et quelle ne pouvait pas prendre en compte. Il n'est pas l'objet de sa satisfaction.

A notre sens, c'est cette impossibilité de rencontre qui engendra l'état dépressif. Son agitation psychomotrice lui servant à s'en défendre.

Au fil de nos séances nous constatons que le symbolique fait défaut chez Antoine. À côté des troubles de l'apprentissage avec le cortège des difficultés à se concentrer, à mémoriser, à calculer, nous observons, à certains moments, l'absence de la pensée.

Ainsi, à un moment où il échappe au regard de sa mère occupée avec une de nous, Antoine accepte de parler à l'autre psychologue du lapin de ses frère et sœur. La psychologue lui propose de le dessiner mais il dit qu'il ne sait pas. Le « *je ne sais pas* » est une phrase qu'Antoine répète souvent à l'école et à la maison. Jusque là, les feuilles de dessin sont toujours restées blanches. La psychologue lui propose de l'aider à dessiner le lapin et lui demande de le décrire. Antoine fait le va-et-vient entre les deux pièces, car, entre une patte et l'autre, entre une oreille et l'autre, il lui est impossible de se représenter l'animal, la pensée complètement en panne.

Selon Crespin : « *L'enfant déprimé expérimente son impossibilité à venir à la place de l'objet de satisfaction tant convoité par l'Autre et c'est ce ratage qui détermine son état.* »

Comme nous l'avons dit plus haut, dans la construction psychique de l'enfant, après avoir occupé cette place de venir combler sa mère, l'enfant va expérimenter que sa mère est occupée ailleurs. Il devra s'en séparer et cette perte est structurante parce qu'elle introduit au symbolique et le mot alors peut remplacer la chose. Dans le cas d'Antoine, il ne s'agit pas de cette perte, mais d'un manque d'avoir été phallicisé.

Nous pensons que néanmoins sa grand-mère a peut-être pallié ce manque à un moment de sa vie. Par notre travail, nous avons introduit du tiers

dans le discours maternel.

Il nous a paru important de tenter de décoller l'enfant de son statut d'objet. Ainsi, il lui a été dit qu'entre sa mère et sa grand-mère, il y avait des histoires difficiles et que lui avait été entre les deux. Que tous les regards sur lui n'avaient pas été pareils :

en nous disant que son fils ne savait rien et ne demandait rien de toute façon, a pu se souvenir et dire devant Antoine que petit, il attendait son papa en pleurant devant la porte. Si sa mère est encore en colère sur son père, lui, l'attendait.

Le travail en réseau nous a permis d'ouvrir également un espace de pensée en accompagnant la maman et Antoine dans un essai de compréhension du symptôme dans son autre lieu de vie qu'est l'école. Nous avons interpellé le PMS qui a procédé à un bilan pédagogique et affectif. L'école nous a reçues seules dans un premier temps. Une concertation a été organisée ensuite avec les différents intervenants, la mère et l'enfant.

L'évaluation et le diagnostic nous ont conduits à proposer un SRJ. Nous avons accompagné la mère et le fils dans les démarches et les visites pour qu'ils s'approprient les lieux.

La souplesse inhérente au cadre du travail à domicile a permis à la maman d'exprimer son sentiment de rejet et son impossibilité à investir son fils. Nous avons aussi entendu sa souffrance à travers ce qu'elle nous a dit de son enfance. L'espace de parole ouvert dans nos séances, le travail en réseau, ont permis à Antoine d'entendre l'histoire de sa vie et d'être considéré lui comme sujet et non plus comme objet dans le rapport à sa mère.

Enfin, l'Ecoute est dans ce cas-ci, une première phase du traitement. L'orientation en SRJ en est une autre où Antoine pourra être considéré et investi par un autre bienveillant qu'est l'équipe éducative à travers les soins prodigués.

Cette prise en charge se doublera d'une psychothérapie individuelle qui l'aidera à élaborer le manque et sortir de son état dépressif. Ce sera un lieu où il pourra faire objection à la place qu'il a dans le fantasme maternel, par la parole, car pour le moment, il le fait par le corps et l'acte. Entre pétrification et agitation, il pourra trouver une autre voie qui le fera moins souffrir dans sa quête d'une place de sujet de la parole. ●



Pierre-Joseph, Atelier des «Artistes Anonymes I», Clinique de Bonsecours.

une infirmière avait trouvé qu'il était un beau bébé, sa grand-mère avait voulu beaucoup s'occuper de lui dès que sa mère lui avait permis. . .

Même si c'était compliqué qu'il soit garçon pour sa maman, il n'était pas une fille comme elle lui disait parfois.

C'est en nommant clairement le père, ses intentions de revoir son fils et ses démarches successives que nous avons clarifié devant l'enfant la position paternelle. Sa mère, qui au début évoquait les démarches du papa à mi-mots

Au fil des séances, la maman reconnaissait son impossibilité à continuer à garder Antoine auprès d'elle. Nous avons soutenu son idée de chercher « un internat ». En regardant une émission sur les mères mal traitantes à la télévision, la maman a été très émue et très courageusement, nous l'a raconté : « *Je ne veux pas en arriver là* » nous a-t-elle dit, ajoutant que ce n'était pas pareil avec son fils : si elle pensait à l'internat, « *c'était parce que lui avait des problèmes de comportement* ».

¹ Voir réf. biblio. n°31.

² Voir réf. biblio. n°16.

³ Prénom fictif.

⁴ Graciela CULLERÉ-CRESPIN, In Les dépressions de l'enfant, Journal français de psychanalyse, n° 26.



Témoignages

Qu'en pensent les premiers intéressés, ces enfants dits agités, qu'ils aient été ou non diagnostiqués tels quels ?
Comment ont-ils vécus, au quotidien, cette particularité du « trop » dissipé, « trop » remuant, « trop tout court » ?
A l'âge adulte, avec le recul et l'expérience qui est la leur, qu'en pensent-ils et qu'ont-ils envie d'en dire ?
Nous relayons ici des extraits de trois témoignages issus des dialogues organisés par la Fondation Roi Baudouin¹.

« Quand j'étais gamin, un instituteur de primaire a dit un jour à ma mère : 'Si j'en avais deux comme le vôtre dans ma classe, je tomberais certainement en dépression nerveuse'. Ma mère invoquait le ciel et se demandait ce qu'elle avait fait de mal pour mériter un gosse comme moi...
Toutes mes études ont été parsemées d'incidents de ce genre ; j'ai toujours été considéré comme un enfant difficile, qui perturbait les classes.

Pourtant, je pense sincèrement que je n'étais pas grossier ni impertinent avec mes profs, et je ne ressentais pas spécialement d'agressivité. Je n'étais pas un voyou. (...)

En fait, j'étais insupportable sans en avoir conscience. J'étais incapable de rester tranquille, et de me taire en classe, ou de rester concentré quand la matière n'était pas captivante. Quand la leçon était trop longue, il fallait que je bouge. Heureusement, je compensais par une grande avidité d'apprendre. (...)

A l'époque, on ne parlait pas de TDA/H, ni même d'hyperkinésie. Et j'en suis très heureux !
Je crois que ma vie aurait été fichue, si j'avais été « catalogué » comme on le fait aujourd'hui. Je me serais senti « différent », j'aurais sans doute été médicamenté, bref, on m'aurait considéré comme un « malade ».

Sans compter que cette étiquette de TDA/H, c'est quand même la reconnaissance officielle que l'on est un « enmerdeur » ! Connaissant ma tendance à la révolte, je crois que cela aurait été bien pire !

J'ai toujours eu un problème majeur avec l'autorité. Pas de manière intellectuelle, par idéal anarchiste ou autre, mais physiquement, dans mon corps, je me sens mal quand je suis face à une situation d'abus d'autorité, ou d'hypocrisie. Je crois que cela tient autant à mon histoire personnelle qu'à un éventuel problème de neurotransmetteurs.
Je suis finalement devenu médecin, et ce n'est pas par hasard si j'ai choisi une

profession que je pouvais pratiquer de manière autonome, sans relations hiérarchiques. (...)

Aujourd'hui, avec le recul, je pense que j'ai mis mon hyper-activité à profit. Elle m'a toujours donné une énergie formidable et une grande créativité. Je vois cela comme une chance dans ma vie, qui m'a permis d'oser entreprendre des choses et de les réussir. Je n'aurais pas voulu qu'on me donne des médicaments pour que je reste bien sage dans le troupeau ! (...)

Mon fils a suivi le même parcours que moi : scolarité chaotique d'enfant « difficile » où l'on nous a conseillé de le mettre dans l'enseignement spécial (!!), puis épanouissement dans les études universitaires, qu'il vient de terminer assez brillamment.

Lui non plus n'a pas reçu le diagnostic, même si la Rilatine existait déjà quand il était petit. En fait, je ne crois pas à l'hérédité pure et simple des troubles du comportement ; je suis persuadé que l'on transmet bien plus des modèles de vie à ses enfants, que des taux de neurotransmetteurs !

Et quand on me parle des études scientifiques qui montrent telle ou telle chose, je réponds que ce n'est pas parce que l'on commence à comprendre comment se produisent certains troubles que l'on tient nécessairement la cause ! (...)



Catherine. Atelier des «Artistes Anonymes 1», Clinique de Bonsecours.

« Le fait qu'on parle de plus en plus de TDA/H, c'est bien, parce qu'au moins, maintenant, quand vous dites que vous avez ce problème, les gens vous prennent au sérieux. Peu importe le nom qu'on lui donne, c'est quand même mieux que de dire que ça n'existe pas, comme je l'ai souvent entendu dire ! Le déni et le rejet son monnaie courante.

J'ai toujours été incapable de rester tranquille.

Mon enfance a été une période tourmentée, je vivais dans un milieu familial très perturbé.

Dès l'âge de deux ans et demi, j'ai du prendre un médicament. Mais des années plus tard, mes parents ont entendu dire dans leur entourage qu'il s'agissait d'une drogue ; alors ils ont eu peur et ils ont arrêté de me le donner.

C'est seulement vers l'âge de 25 ans que les médecins ont à nouveau posé le diagnostic et que j'ai pu enfin reprendre la Rilavine...

Aujourd'hui², j'en prends toujours. J'en ai besoin, tous les jours. Parfois, je l'oublie, mais alors mon entourage s'en rend vite compte, parce que je bouge encore plus et que je fais des dégâts autour de moi. Par contre, moi personnellement, je m'en rends surtout compte à cause des problèmes de manque d'attention.

L'école, j'aimais beaucoup, et pourtant j'en ai des souvenirs d'humiliations et de punitions à répétition.

On m'a mis des bonnets d'âne. On distribuait les bulletins par ordre de résultats et j'étais toujours dans les derniers.

Je ne parvenais pas à écrire sans perforer ma feuille, ni à gommer sans la déchirer !

Mais j'aimais les récréations, les temps de midi, les jeux dans la cour ! J'avais beaucoup de copains, mais – il est vrai – aucun(e)

ami(e) véritable.

Le rejet venait surtout des adultes ; il est devenu plus important au fil du temps. Quand on grandit, il y a de plus en plus de contraintes, on est plus indulgent avec un enfant turbulent qu'avec un ado toujours en train de bouger.

J'ai été très blessée, par exemple, de ne pouvoir participer au voyage de classe en fin d'humanités.

Pourtant, mes résultats scolaires se sont améliorés au fil du temps. Sans doute parce qu'il y avait d'avantage de variabilité : on changeait de classe et de professeur à chaque heure, cela permettait de bouger, de me dépenser. J'ai aussi reçu des prix d'encouragement, parce que j'étais persévérante ; cela m'a énormément motivée de voir mes efforts reconnus, même si les résultats n'étaient pas encore toujours à la hauteur. (...)



Thomas, Amick, Atelier des «Artistes Anonymes», Clinique de Bonsecours.

« (...) Le fait de découvrir soudain l'existence de ce problème, et de mettre un nom dessus, cela crée des remous dans la vie !

D'abord une sorte de soulagement, parce qu'on comprend tout à coup pourquoi tellement de choses ne se sont pas passées comme elles auraient dû. Tout s'éclaire ! Comment n'y avait-t-on pas pensé plus tôt ? Et puis, tout de suite après, vient un regret intense, une impression de gâchis. Parce qu'on n'a pas su prendre à temps les mesures nécessaires pour éviter tous ces déboires. (...)

Ensuite, on ramasse, on remonte la pente, on prend conscience de ses limites et on les accepte. Par exemple, pour moi qui vient d'une famille assez élitiste, où les études universitaires sont un must, mon modeste graduat me semblait bien peu de chose. Maintenant, rétrospectivement, je me rends compte que je peux être fière de ce diplôme !

Le fait de comprendre, enfin, pourquoi j'ai rencontré tant d'échecs me permet de retrouver confiance en moi que j'avais totalement perdue.

J'ai entamé une thérapie comportementale qui m'aide énormément dans ce travail de reconstruction, qui m'apprend à mettre en valeurs mes qualités et qui m'aide aussi, très pragmatiquement, à surmonter mes problèmes d'organisation.

J'ai aussi découvert les bienfaits des groupes de parole.

En fait, je ne parle jamais de mes problèmes à nos amis et connaissances. Je sais que si je dis tout haut que je suis incapable de cuisiner ou de faire une vaisselle, ils ne vont pas comprendre. Ils vont penser que je suis paresseuse. Donc je me tais... (...).

Dans le groupe d'adultes TDA/H, pour la première fois, je peux parler de tout cela sans me sentir jugée. Entendre les témoignages des autres aide aussi à mieux comprendre ses propres réactions, et à mettre en place des stratégies pour mieux se débrouiller.

Je me demande parfois ce qui se serait passé si je ne l'avais pas découvert ? (...) »

¹ Extraits de témoignages d'adultes TDA/H recueillis en août 2005 par Karin Rondia, journaliste scientifique, dans le cadre de : « Dialogues autour du TDA/H » organisés par la Fondation Roi Baudouin. L'intégralité de ces témoignages est reprise dans la publication : « Mes neurones et moi. Dialogues autour du TDA/H », consultable en ligne sur le site www.kbs-frb.be.

² À l'âge de 44 ans.



Les grands chantiers du TDA/H :

Débat et perspectives

Au travers du projet qu'elle a mené en 2005 en Flandre et en Communauté française autour de la problématique des enfants hyperactifs, la Fondation Roi Baudouin a réuni et mobilisé des professionnels de la santé, de l'éducation, des parents, des enfants et des adultes « TDA/H »¹. Ils ont abordé ensemble les questions, pistes de réflexions et d'actions à creuser pour améliorer la situation des enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention en dressant un « inventaire » de ce qui doit être mis en œuvre pour que la situation s'améliore. Cette réflexion a fait l'objet d'une publication² dont sont extraits ici quelques témoignages et points de vue.

Sélection et synthèse des témoignages :
Sylvie GERARD, IWSM

L'état des lieux en Flandre et en Communauté française s'est révélé assez différent. En Communauté française, à l'instar des débats qui ont cours en France, les divergences d'opinion (surtout entre experts) sont importantes quant à la manière d'appréhender certains enfants (quand sont-ils affectés par un trouble ? S'agit-il d'un problème d'éducation, d'un manque de tolérance de la société –et du milieu scolaire– par rapport à certaines différences ou singularités ?). Ces divergences d'opinion se reflètent au niveau de l'information communiquée, de la manière de poser le diagnostic et des possibilités de traitement, ce qui entraîne un véritable parcours d'obstacles pour les parents et enfants concernés. En Flandre, les difficultés touchent surtout l'accès aux soins, la prise en charge globale (notamment via l'école) et le dialogue entre acteurs de la santé et de l'éducation.

Témoignages et réflexions de parents sur:

Le vécu, au quotidien

Nous voudrions avant tout insister sur le fait que notre enfant TDA/H, même s'il empoisonne la vie de son entourage, ne le fait jamais « exprès ». C'est le plus souvent un enfant très attachant, plein de désir d'être aimé, du désir de bien faire... et qui, hélas, est le plus souvent intensément

frustré dans cette attente...

Le trouble de notre enfant est source de nombreux problèmes au sein du noyau familial, par les tensions incessantes et les conflits que cela suscite. Ces conflits parasitent toute la vie familiale, ils sont quotidiens (« le matin dès le réveil ! ») et perpétuels (« cela ne finira donc jamais ? »). Nous pouvons dire sans exagérer que c'est une souffrance qui nous fait perdre le plaisir de la vie de famille.

Nos vies de couple en sont souvent mises en danger. Les divorces ne sont pas rares, quand il ne s'agit pas de la fuite pure et simple d'un conjoint. Mais il y a aussi des « séparations » plus insidieuses : un parent qui se désintéresse, qui surinvestit son travail, qui rentre de plus en plus tard pour éviter l'atmosphère électrique de la maison...

Les conflits qui surgissent immanquablement avec nos autres enfants sont terriblement difficiles à vivre, car nous nous sentons coupables envers eux de ne pas leur accorder toute notre attention, et en même temps, il nous est parfois impossible de faire autrement...

Bref, « tout tourne autour du TDA/H », au détriment des rôles que chacun tient dans une vie de famille normale.

Sur le plan personnel, chacun de nous fait tôt au tard l'expérience d'une intense fatigue, d'un découragement croissant, d'une impression de « burn-out », quand nous ne sombrons pas

carrément dans un état dépressif...

Tout ceci explique que nous vivons notre relation à cet enfant dans un inconfortable, douloureux et ambigu sentiment d'amour/haine, qui nous laisse extrêmement frustrés car c'est un sentiment bien difficile à vivre pour des parents.

Quant à nos relations à l'extérieur du noyau familial, elles sont le plus souvent réduites à leur plus simple expression. Peu d'amis, peu de membres de la famille même, résistent au stress qu'engendre notre fréquentation. Même les grands parents, parfois, se détournent de cet enfant trop difficile, trop différent de ses cousins et cousines...

Le diagnostic

A 6 mois, Florence se met debout. A trois ans, elle revient de l'école couverte de bosses et de bleus. Il faut fixer les garde-robes au mur, car elle monte dessus et nous avons peur qu'elles ne tombent sur elle. Je n'arrête pas de dire que tout cela n'est pas normal, mais la famille me répond qu'en grandissant, ça ira mieux. (...) Quant aux personnes « adéquates » (médecin, infirmière ONE), j'ai peur de leur en parler... Ou est-ce juste de la honte ?

(...) Fin août, le neurologue lui prescrit de la Rilatine, mais nous n'avons toujours pas de nom à mettre sur son comportement. Il se contentera de nous dire : « C'est comme ça, mais avec le médicament, ça ira mieux ».

Le fait de poser un diagnostic TDA/H, c'est avant tout mettre un nom sur des comportements de notre enfant auparavant incompréhensibles et difficilement acceptables. Cela nous permet alors de nous déculpabiliser (« ce n'est pas notre éducation qui est en cause, nous ne sommes pas de mauvais parents ») et d'entrer en phase d'acceptation.

La reconnaissance du trouble a aussi une grande valeur par rapport au monde extérieur car nous pouvons enfin expliquer à notre enfant, et à tous ceux qui le côtoient, ce qui se passe, et pourquoi. Le fait d'avoir une réponse scientifiquement solide à nos questionnements nous rassure aussi par rapport à notre imaginaire (« ce n'est pas nous qui fabulons ! ») et apporte une confirmation à ce que nous pressentions confusément.

A partir de là, nous pouvons regarder notre enfant avec d'autres yeux, prendre du recul par rapport à son comportement, et envisager plus sereinement les aménagements que ce diagnostic va impliquer dans notre manière d'être avec lui. Nous pouvons aussi trouver des points de repères pour une prise en charge et un traitement adaptés à notre situation.

Quant à l'enfant, il se sent compris, soutenu, aidé, ce qui en soi est déjà un grand pas en avant. Mais tout ceci n'est évidemment que le début d'un long cheminement avec notre enfant...

Le fait de poser un diagnostic n'a cependant pas que des avantages. Un diagnostic médical, quel qu'il soit, peut « classer » l'enfant, lui coller une étiquette, et en l'occurrence celle de TDA/H est difficile à porter. C'est aussi un trouble difficile à expliquer et à bien faire comprendre à l'enfant, surtout quand il est petit. Le TDA/H est un syndrome fort complexe et encore très mal défini ce qui nous maintient malgré tout dans une grande incertitude. Le terme TDA/H est parfois employé comme un « fourre-tout ». (...) Le chemin vers le diagnostic ressemble généralement à un long parcours d'obstacles, ponctué par les querelles d'école entre neurologues et psychiatres. Il est difficile de trouver un praticien compétent, en qui nous puissions avoir confiance. Plusieurs d'entre nous sont passés par des diagnostics multiples et erronés avant de découvrir l'existence du TDA/H. Le syndrome est également très mal connu du monde enseignant, ce qui nous place dans une situation inconfortable...

Le diagnostic TDA/H soulève également beaucoup d'inquiétudes en ce qui concerne l'avenir :

que deviennent ces enfants à l'âge adulte ?

Le traitement

Dans l'éventail complexe des médicaments et des thérapies possibles, il n'est pas facile d'arriver à trouver le bon traitement, celui qui convient à notre enfant...

De toute évidence, le traitement médicamenteux nous apporte avant tout un immense soulagement, le plus souvent de manière quasi immédiate. Il favorise l'intégration de notre enfant en diminuant les tensions dans son entourage, à la maison tant qu'à l'école. Ses relations sociales s'en trouvent grandement améliorées. Sur le plan scolaire, nous observons le plus souvent que notre enfant est davantage capable de se concentrer sur ses tâches, qu'il est plus attentif en classe, et que ses résultats deviennent nettement meilleurs. Tout cela concourt à reconstruire son estime de soi et son bien-être général. Il devient alors possible de l'aider à mieux comprendre son problème, et à gérer son comportement, avec notre aide et notre soutien.

Donner des médicaments comme la Rilatine (et autres substances apparentées) n'est pas anodin. Nous restons inquiets quant aux risques de dépendance et d'effets secondaires. Cela suscite, pour certains, une culpabilité qui assombrit notre soulagement devant les résultats positifs immédiats.

Nous sommes particulièrement demandeurs d'études portant sur l'impact à long terme des traitements, sur leur durée, et sur le devenir des enfants TDA/H à l'âge adulte.

L'ensemble des traitements nécessaires représente une charge financière importante. (...) Ces divers traitements exigent également énormément de temps et de disponibilité, ce qui a des répercussions sur toute la vie de la famille. (...) En outre, le fait de devoir prendre un médicament ou de suivre des séances de thérapie est parfois source de stigmatisation sociale...

Regards croisés sur l'école

Les parents sont les premiers à le dire : quand un enseignant s'investit auprès d'un enfant TDA/H, cela peut avoir une énorme influence sur son comportement et ses apprentissages. Tous ont rencontré « des enseignants formidables qui perçoivent les potentialités des enfants derrière leurs difficultés », et ceux-là ont compté dans la vie de leurs enfants. Malheureusement, les constats négatifs sont également nombreux...

« En 3e année, l'enfer commence réellement. Aux récréations, en classe, Guillaume se comporte mal partout, n'écoute pas... Il s'isole socialement, est persuadé que l'école entière le déteste et l'agresse. Alors, il frappe avant. Tous ses profs se plaignent de lui au point que je n'ose plus aller en salle des profs à l'idée d'être encore interpellée sur son comportement ».

« Le pédopsychiatre a envoyé une psychologue pour une observation en classe... et son diagnostic a été de le retirer de l'enseignement normal et de le mettre dans un centre de jour pour enfants perturbés ! La grosse gifle pour nous... L'institutrice et moi étions en pleurs. Mais nous ne nous sommes pas découragées et nous l'avons laissé dans l'enseignement normal ».

Les enseignants sont unanimes pour dire que leur information en matière de TDA/H est très mince, et résulte souvent de leurs recherches personnelles (...). Ils font remarquer qu'ils ont toujours connu des enfants « difficiles » et que le fait qu'ils portent un autre nom ne change pas grand chose en pratique.

« Il nous faut des pistes concrètes, parce que même en sachant ce qu'est le problème, on ne sait pas nécessairement comment le travailler au niveau pédagogique... »

« Ça m'intéresserait surtout de voir comment font les autres dans leurs classes. Chacun de nous a ses petits trucs, mais on travaille beaucoup par essais et erreurs... Comment gérer la différence, la violence parfois, comment adapter les normes sans donner aux autres l'impression



d'une injustice ? Comment travailler sur la tolérance, mais sans stigmatiser ?... »

Ce que les enseignants réclament surtout, ce sont des formations pratiques. Ils manquent de ressources pour faire face à tous les troubles de l'apprentissage. Ceux qui ont fait un passage par l'enseignement spécialisé se disent mieux outillés ; ils font remarquer que le stage dans l'enseignement spécialisé, autrefois obligatoire, ne fait plus partie du cursus des futurs instituteurs. Cependant, ils restent conscients que leur rôle n'est pas de se substituer au corps médical. « Un effet pervers d'une formation qui se centrerait uniquement sur les causes du TDA/H serait que les enseignants croient voir beaucoup plus d'enfants hyperactifs dans leurs classes ... »

Les enseignants, comme les parents, insistent aussi sur la nécessité de privilégier un enseignement qui reconnaît les différences sans les transformer en handicap, et de développer l'individualisation (au moins par moments) pour permettre à chaque enfant de travailler selon son rythme et ses capacités, avec des outils adaptés. Ils rappellent que la pédagogie différenciée est inscrite dans le Décret-mission mais qu'il est difficile de l'appliquer sur le terrain.

Les enseignants regrettent aussi de n'avoir que très peu de moments de concertation entre eux pour discuter de leurs approches pédagogiques. D'une manière générale, ils se sentent peu soutenus, comme en témoigne cette institutrice : « La psychologue du CPMS m'a dit un jour : 'tu ne peux pas faire du spécialisé dans l'ordinaire, tu as aussi 24 autres enfants'. Elle m'avait rappelé que j'avais le droit d'avoir des limites ».

Construire les chantiers pour demain

Parents, enseignants et soignants ont été invités à travailler des perspectives, au départ de deux questions : *Si on ne change rien, dans 10 ans, quelle serait la situation ? Quelles seraient alors mes déceptions ? Mes révoltes ?*
Ou ce qui me motiverait, me donnerait espoir ?

Leurs réponses ont permis de sérier les grands chantiers à mettre en œuvre pour que demain ne ressemble pas à ce scénario que l'on refuse. Mais aussi de déceler dans cet avenir hypothétique des éléments positifs qui pourraient orienter les actions à mener. En voici un aperçu, non exhaustif...

1. Améliorer l'information et la formation

«La disparité de l'information donne aux gens l'impression qu'ils doivent prendre parti. Or, entre les différents courants de pensées, il y a davantage de choses qui nous rapprochent que de choses qui nous séparent.»

Il est dès lors proposé de renforcer la **formation continuée** des médecins et des psychologues, de manière plus ouverte et transversale. Il ne s'agit pas nécessairement d'influencer les pratiques des uns et des autres, mais d'informer sur les autres possibilités de traitement avec leur propre bien-fondé.

Sur un plan plus **scientifique**, il est également proposé de travailler en groupe multidisciplinaire, avec la participation des parents et des professeurs,

- ▶ à un **recueil de données** épidémiologiques, d'observations qualitatives, de données génétiques, d'imagerie,
- ▶ à une **systématisation du diagnostic** et des données pour mieux identifier la pathologie, tout en prenant en compte la singularité de chaque enfant (ou adulte) et la spécificité de notre culture.

2. Impliquer l'école

Attacher de l'importance, en classe, à la construction de l'estime de soi, lutter contre la discrimination, promouvoir la pédagogie de la différence... Cela permet à chaque enfant de prendre sa place, tel qu'il est, avec ses compétences personnelles et ses difficultés. Il y a là de véritables pistes à creuser et à encourager !

3. Structurer la multidisciplinarité

Il est proposé d'interpeller les instances politiques, les mutualités, l'INAMI avec une étude

« coûts/bénéfices » prouvant le bien fondé des centres multidisciplinaires tant en termes de qualité des soins que d'économie des ressources. Les structures à créer pourraient être virtuelles (réseaux). La concertation devrait également faire une place à des intervenants comme les enseignants et les CPMS.

Enfin, les centres devraient organiser des groupes de paroles en relation avec les associations de parents.

Les intervenants soulignent aussi à quel point ils ne se connaissent pas même quand ils travaillent dans la même région et rappellent l'utilité d'un annuaire professionnel qui existe déjà mais qui peut être amélioré³.

4. Renforcer le soutien aux familles

Des associations de parents existent. Il est important de les reconnaître, de les soutenir. Des groupes de paroles devraient pouvoir être multipliés, et bien répartis géographiquement.

5. Elargir la réflexion

Oui, mais attention à un excès d'information sur le TDA/H exclusivement ! Si on ne connaît qu'une chose, on ne voit que celle-là ! Il est dès lors proposé de mieux former :

- ▶ les professionnels de la santé, en élargissant cette formation à tous les troubles du développement,
- ▶ les enseignants, en élargissant cette formation à tous les troubles de l'apprentissage,
- ▶ les parents, en replaçant l'enfant et sa relation à la famille au centre de la problématique, et non uniquement le symptôme gênant, ...

et d'envisager la création d'un pôle de réflexion pour améliorer l'information et la formation en y replaçant le TDA/H dans un contexte à la fois moins stigmatisant et plus conforme à la complexité de la réalité clinique. ●

¹ Cette initiative fait partie d'un ensemble plus vaste de projets, intitulé « *Mes neurones et moi* », par lequel la Fondation met au devant de la scène les questions que posent aujourd'hui les développements des psycho-neuro-sciences notamment quant à leurs implications sur les choix individuels et la vie en société. L'ensemble des publications qui en résultent peut être consulté sur le site de la Fondation Roi Baudouin : www.kbs-frb.be

² Voir réf. biblio. n°32.

³ Accessible sur le site www.tdah.be.

Les vagues naissent toujours dans le sens du vent : Réflexion océanographique autour de l'agitation

Faudrait-il donc « mettre au pas » toute une jeunesse désœuvrée, quand l'enjeu de la vie est de « prendre pied », en s'enracinant dans un monde habité de liens, en s'arrimant à un monde de langage, de mémoire et de projets¹.

Pascal MINOTTE,
Psychologue clinicien, chercheur IWSM

En consultant Internet pour préparer cet article, intrigué par l'agitation sous toutes ses formes, j'en suis venu à lire sur les tempêtes. En effet, Internet vous fait perdre le fil de vos idées. Malicieusement, Google m'a suggéré de lire sur *les vagues, le Vendée Globe, le Cap Horn*, etc. C'est ce que nous pourrions nommer la fluide labilité postmoderne. Une idée en entraînant une autre, si possible sans trop tarder... Et me voici plongé dans ce qui agite les océans. Avant cela, un peu naïvement, je pensais que les vagues étaient liées à la force de gravitation lunaire. Mais j'ai rapidement dû revoir ma théorie, celle-ci concerne les marées et non les tempêtes. En effet, c'est l'action du vent sur la mer qui donne naissance aux vagues (et plus si affinité...). C'est ainsi que la *mer du vent* (quelle belle expression) est le système de vagues créé à l'endroit même où soufflent les bourrasques de telle sorte que, quelque part, nous pouvons dire de celles-ci qu'elles naissent toujours dans le sens du vent. Ce qui ne les empêche pas de se propager bien au-delà des rafales qui les ont vues naître...

Comme vous l'aurez deviné, cet article n'a aucune vocation clinique et il ne se prononce en rien sur l'agitation comme « maladie ». Il ne s'agit pas de déterminer pourquoi certaines vagues ont des amplitudes *creux-à-crête* de quelques centimètres là où d'autres font plusieurs mètres. Il s'agit plutôt d'une (vague) réflexion autour des vagues ; enfin, de l'agitation. Bien qu'apparemment chaotique, celle-ci a un sens, que nous

appellerons « le sens du vent » (cette expression, liée aux déplacements de *l'air du temps*, n'a rien de péjoratif ! Elle ne doit pas s'associer à la locution « c'est du vent » qui laisserait penser que tout ça n'a pas de sens).

Parler des enfants agités, c'est d'abord questionner un postulat : l'Agitation Nationale Brute des moins de douze ans serait en nette augmentation, tout comme la violence des plus de douze. Pourtant, il faut bien reconnaître que nous n'avons là-dessus aucune certitude. Nous pouvons seulement prendre acte du constat empirique, fait notamment par les thérapeutes pour enfants, de la multiplication des situations *complexes*² et *chaotiques* ; mais aussi des enfants *ingérables*, voire *incasables*³ parvenant dans les services. Autrement dit, nous ne pouvons pas baser notre raisonnement sur l'augmentation de l'agitation infantile, car à vrai dire, nous n'en savons rien. Mais nous pouvons affirmer que, actuellement, l'agitation est problématisée de telle sorte qu'elle s'inscrit dans le sens du vent... Et c'est ainsi que, comme le remarque Rita Sferrazza au début de ce dossier, « la chasse aux «troubles» est ouverte ».

À ce sujet, Kenneth J. Gergen⁴ constate que « le vocabulaire du déficit humain s'est développé de façon spectaculaire au cours de ce siècle (le nombre de catégories diagnostiques est passé de 265 dans le DSM III à 392 dans le DSM IV⁵). Nous avons une manière de voir les défauts en nous-mêmes et chez les autres que nos

arrière-grands-parents n'avaient pas ». Nous assistons à une inflation de la « terminologie du déficit » dans une dynamique qu'il qualifie de *cycle d'infirmité progressive*⁶. Lorsque les psychiatres et les psychologues tentent d'expliquer un comportement indésirable, ils génèrent un vocabulaire technique du déficit. Celui-ci se propage petit à petit dans l'opinion publique, l'éducation et les médias. Nous acquérons et intégrons progressivement ce vocabulaire de telle sorte que nous finissons par nous percevoir et percevoir les autres en ces mêmes termes. Une fois que cette perception est fixée, nous allons solliciter les professionnels de la santé pour nous guérir. Plus la guérison est requise et plus le besoin en professionnels de la santé est important. À mesure que le nombre de professionnels augmente, le vocabulaire du trouble mental prospère. Le cycle est continu, ses effets sont exponentiels.

Les termes ainsi constitués vont jouer un rôle déterminant dans l'estime que nous allons développer de nous-mêmes et des autres, dans notre représentation d'une forme de hiérarchie sociale, et nous amener à problématiser les situations et les gens en conséquence : « *quelle confiance accorder à une personne toxicomane ? Quelle aide apporter à un maniaque-dépressif ? Doit-on engager un boulimique ? Peut-on aimer une hystérique ?* »⁷

Cette façon de problématiser le réel peut amener l'individu à se penser dans une spirale négative et polariser son identité vers ces concepts déficitaires de telle sorte que celle-ci en est saturée⁸. Il est alors convenu de penser que seuls des professionnels sont indispensables à sa guérison, qu'ils sont seuls à pouvoir répondre à ses besoins. Parallèlement, plus il est demandé aux professionnels d'apporter des réponses à ces questions et plus ils se sentent tenus de



développer un vocabulaire différencié et étendu. Celui-ci se propage dans la culture, développe encore la perception de la « maladie », dans « une spirale d'infirmité ininterrompue ».

Précisons cependant qu'il ne s'agit pas ici de *dénoncer* et de tenir un discours naïf et nostalgique ; les terminologies s'accompagnent parfois de solutions fonctionnelles et appréciées des bénéficiaires. Nous ne voulons pas non plus promouvoir un relativisme absolu qui voudrait nier toute légitimité au discours scientifique et médical. Il s'agit simplement de prendre un certain recul épistémologique et de noter que

l'« inflation diagnostique » et la demande qui y est associée n'est pas « un miroir transcendant la réalité » (Jasanoff's – 2004), mais bien le produit de dynamiques sociales et politiques. . .

Il s'agit aussi de regretter, parfois, qu'il y ait de moins en moins de place pour la *capacité négative* dont nous parlait John Keats, cette aptitude à « être dans l'incertitude, les mystères, les doutes sans courir avec irritation après le fait et la raison⁹ ». C'est ainsi que si nombre d'enfants *sont agités* (ou *s'agitent*?), de plus en plus en deviennent *hyperkinétiques*, voire *TDAH*. Et ce n'est pas rien !

Le sens du vent, c'est aussi le paradigme contemporain du *risque* et de la *tolérance zéro* (pour condenser deux expressions politiquement porteuses qui sont en réalité des biais cognitifs). Le tabou de la violence (et de l'agitation) est fermement intégré dans notre société. Les pouvoirs publics sont en devoir de punir, mais également de prévenir ses manifestations. Régulièrement, les médias alertent l'opinion publique au départ d'un fait divers ou de statistiques et positionne le politique en devoir *de faire quelque chose*. C'est ainsi que nous avons assisté ces dernières années à une « légifération » intempestive (multiplication de lois *réactives*). Cette injonction à être « proactif » est la tendance à l'origine du rapport de l'Inserm en France, rendu public le 22 septembre 2005, qui préconise un dépistage systématique dès 36 mois des gamins problématiques. Cette injonction est aussi le reflet de notre sensibilité, issue d'une *pacification des mœurs* (N. Elias) que nous ne pourrions récuser sans passer pour un barbare. Globalement, si notre tolérance s'est élargie sur bien des points, celui-ci n'en fait pas partie. C'est ainsi que si nombre d'enfants sont agités, de plus en plus ont *des troubles du comportement*. Et ce n'est pas rien !

Le sens du vent, c'est aussi un contexte de forte fragilisation des familles. Leurs configurations sont multiples, mais surtout incertaines ; les liens qu'elles proposent sont parfois lunatiques et fragiles. Globalement, elles contiennent et soutiennent moins qu'auparavant. Les rôles que chacun y occupe ne se fondent plus sur un consensus social. *La fonction paternelle* est souvent galvaudée ; culpabilisée, elle peine à trouver sa légitimité. Dans le même mouvement, les coordonnées de la normalité se redéfinissent sans cesse, le rapport à la norme a muté. *Il est maintenant interdit d'interdire* ! L'heure est à la communication, à l'explication, à la négociation et parfois à la capitulation ou à la confusion des places de chacun.

Cet affaiblissement du lien social, qu'il soit intra ou extra familial, s'est opéré au profit d'une



Houle, Catherine P., Atelier des « Artistes Anonymes », Clinique de Bonsecours



Fonds marins, Nathalie, «Atelier des Artistes Anonymes 1», Clinique de Bonsecours

Les relations enfants – enseignants sont parfois tendues, l'ambiance dans l'enceinte scolaire est souvent décrite comme détestable. Le malaise des professionnels de l'éducation est là pour en témoigner.

Bref, le sens du vent ce sont de grandes ailes et de petites racines ; la liberté, l'indépendance (et logiquement la traque obsessionnelle de toute forme de dépendance), l'émancipation sont portées au pinacle de nos aspirations. L'homme moderne est *en mouvement*, il est rapide, réactif, éveillé, dopé par la motivation et il est performant.

narcissisation du rapport à soi (et à sa progéniture !) et de la compétitivité dans le rapport à l'autre. Nos enfants sont l'objet d'une attention constante, proportionnelle à l'ampleur de nos attentes à leur égard, mais aussi à ce que nous savons maintenant de l'importance des premières années de vie sur leur devenir. Nous sommes en devoir de les préparer à gagner leur place au soleil. Et nous savons maintenant tous (et c'est là encore un changement) qu'il n'y en aura pas pour tout le monde. Dès lors, au moindre signe de dysfonctionnement, les parents sont en devoir d'agir vite et d'en référer sans tarder aux professionnels de la santé. L'intervention doit donner des résultats rapides, tangible. A ce moment, dans le doute, la Pharmacopée peut paraître de « bon conseil »...

Concomitamment, les processus de transmission intergénérationnelle sont eux aussi fragilisés. Les écrans enseignent plus que nos aïeux, de toute façon dépassés par un progrès technique supersonique. L'école est pleinement impactée par ces changements, en total isomorphisme avec nos enfants agités, elle peine à trouver sa place.

Le consommateur d'aujourd'hui désire, il est excité. La seule masturbation proscrite est intellectuelle, le consensus est pornographique. « La continuité iconographique de la publicité, du cinéma, de la pornographie, et de l'Internet constitue aujourd'hui la matrice de la figuration actuelle du désir, du plaisir, du corps et de la sexualité humaine, bien plus que l'éducation familiale ou scolaire¹⁰ ». Les flegmatiques, les rêveurs, les philosophes sont *has been* et forcément neurasthéniques.

Si beaucoup d'entre nous sont agités, c'est qu'ils sont de leur époque, hyper - super - méga - actifs. Et ce n'est pas rien !

Enfin, le sens du vent, ce sont aussi des phénomènes d'exclusions multiples (enseignement, institutions, famille) pour celui qui ne s'agitait pas selon les modalités convenues. Si l'agitation vient signer une souffrance, elle convoque aussi rapidement la disgrâce et la relégation. Dès les premières années de sa vie, l'agité nous irrite, nous exaspère. Il menace nos enfants, il nous menace, il nous agite. Il éprouve nos limites, nos ressources, notre propre violence. Nous pouvons en être certains, l'agité

sera avant tout victime si une place ne lui est pas rapidement trouvée. Car l'enjeu est bel et bien là : finalement, trouver sa place, en famille, à l'école, au travail, dans la vie. Et surtout ne pas faire partie de ces *incasables* pour lesquels on se demande toujours s'ils sont fous ou s'ils le font exprès... Pour lesquels les premières métaphores qui viennent à l'esprit concernant leur prise en charge sont le mouvement de la balle de *ping-pong* ou les errances des *patates chaudes*. Ces *incasables* qui pourraient bien échouer comme les *naufragés*¹¹ d'une tempête (je savais qu'on y reviendrait) en marge d'un système, dans une précarité tenace dont on revient rarement. ●

¹ Epstein D., *Pour une éthique clinique dans le cadre judiciaire*, Bruxelles, Ministère de la Communauté française, 2007, p. 51 (Coll Temps d'Arrêt).

² Voir à ce sujet la recherche menée par l'IWSM sur la prise en charge des situations complexes, actuellement sous presse.

³ Le terme « incasable » n'est pas particulièrement joli, il a cependant le mérite, de façon un peu provocante, de mettre l'accent sur les aspects d'interaction entre un sujet et le système plus que sur une déviance ou une « maladie ». De plus, ce terme nous renvoie à un problème de place qui va bien au-delà d'une offre éducative ou curative... elle questionne à juste titre la place qu'une société donne à un individu. A ce sujet, nous vous conseillons, outre la recherche de l'IWSM à paraître, le rapport de : Barreyre J-Y, Fiacre P., Joseph V., Makdessi Y., *Une souffrance maltraitée : parcours et situations de vie des jeunes dits «incasables»*. Recherche réalisée pour l'Observatoire National de l'Enfance en Danger, le Conseil général du Val-de-Marne et du Val d'Oise, 2008.

⁴ Gergen K., *The saturated self: dilemmas of identity in contemporary life*. New York, Basic Books, 1991, p. 17.

⁵ Gekiere C., *La Passion classificatrice en psychiatrie : une maladie contemporaine ?*, in : *Ethica Clinica*, n° 51, 2008, p. 45.

⁶ Gergen K., *Le Constructionnisme social, une introduction*. Paris, Actualité en sciences sociales, 1999.

⁷ Gergen K., op. cit., p.17.

⁸ Une personne toxicomane finit souvent par ne plus se définir que par sa dépendance.

⁹ «...Negative Capability, that is when man is capable of being in uncertainties, Mysteries, doubts without any irritable reaching after fact & reason. » Duncan W., *Romanticism: an anthology*. Duncan Wu Edition, 2005, Edition 3, p. 1351. Illustrated Published by Blackwell.

¹⁰ Deleu X. (2002), *Le consensus pornographique*, Mango Document.

¹¹ Référence au livre de Patrick Declerck (2001), *Les naufragés*, Plon Pocket, Paris.



Repères et références bibliographiques

1. Barkley R. A., *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York, The Guilford Press, 2006
2. Berger M., *L'Enfant instable : approche clinique et thérapeutique*. Paris, Dunod, 1999, 151 p.
3. Biederman J., *Attention-deficit/hyperactivity disorder as a noradrenergic disorder*. In : *Biological Psychiatry*, 7, 2004, pp. 77-97
4. Bouvard M., Le Heuzey M.-F., Mouren M.-C. et al., *L'Hyperactivité : de l'enfance à l'âge adulte*. Paris, Doin, 2006, 157 p. (coll. Conduites)
5. Brotman M. A., Schmajuk M., Rich B. A. et al., *Prevalence, Clinical Correlates, and Longitudinal Course of Severe Mood Dysregulation in Children*. In : *Biological Psychiatry*, 60(9), 2006, pp. 991-997
6. Caillier V., Falla W., *De la violence à l'hyperactivité*. In : *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 52, n° 4, juin 2004, pp. 193-224
7. Carlier D., Bodson X., *L'Hyperactivité vue par des acteurs du monde scolaire : paroles d'enseignants et d'agents PMS, constats et analyses*. Etude publiée par l'Agence Alter, décembre 2005, 40 p. (Disponible en ligne : <http://www.alter.be/PDF/Hyperactivite-122005.pdf>)
8. Carlson G. A., *Who Are the Children With Severe Mood Dysregulation, a.k.a. "Rages"?* In : *American Journal of Psychiatry*, 164, August 2007, pp. 1140-1142
9. Compernelle T., Doreleijers T., *Du calme ! Comprendre et gérer l'enfant hyperactif*. Bruxelles, De Boeck, 2004, 2ème éd., 172 p.
10. Desjardins C., *Ces enfants qui bougent trop : le déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant*. Montréal, Québecor, 1992, 201 p.
11. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*. Washington, American Psychiatric Association, 2000, 4ème éd., 943 p.
12. Dube R., *Hyperactivité et déficit d'attention chez l'enfant*. Montréal-Paris, Gaëtan Morin, 1992, 182 p.
13. Duché D. J., *L'Enfant hyperactif*. Paris, Ellipses, 1996, 96 p. (coll. Collection Vivre et Comprendre)
14. Dugas M., Albert E., Halfon O. et al., *L'Hyperactivité chez l'enfant*. Paris, PUF, 2001, 128 p. (coll. Nodules)
15. Fallu A., Richard C., Vincent A., *Le Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité chez l'adulte*. In : *Le Clinicien*, juin 2002, pp. 99-110
16. Forget J.-M., *L'hyperactivité, le mouvement et la gravité comme objet*. Article publié par l'Association Internationale Lacanienne, 2009. (Disponible en ligne : http://www.freud-lacan.com/articles/article.php?url_article=jforget130209)
17. Golse B., *L'Hyperactivité de l'enfant : un choix de société*. In : Joly F. (dir.), *L'Hyperactivité en débat*. Ramonville Saint-Agne, Erès, 2005, 158 p. (coll. Le Carnet psy)
18. *L'Hyperactivité de l'enfant*. Paris, John Libbey Eurotext, 2005, 149 p.
19. Joly F. (dir.), *L'Hyperactivité en débat*. Ramonville Saint-Agne, Erès, 2005, 158 p. (coll. Le Carnet psy)
20. Joly F., *Le Tourbillon instable ! Agitation théorico-cliniques autour de l'enfant agité*. In : Joly F. (dir.), *L'Hyperactivité en débat*. Ramonville Saint-Agne, Erès, 2005, 158 p. (coll. Le Carnet psy)
21. Kinoo Ph., *Hyperactivité, Rilatine, Placebo and Co*. In : *Enfances/Adolescences*, n° 6, 2003/2, pp.19-20
22. Lahey B. B., Piacentini J. C., Mc Burnett K. et al., *Psychopathology in the Parents of Children with Conduct Disorder and Hyperactivity*. In : *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27/2, March 1988, pp. 163-170
23. Lavigne S., Desjardins C., *Une Approche globale du déficit d'attention/hyperactivité : analyse systémique et intervention multimodale*. Dans : *Revue Canadienne de Psycho-Education*, vol. 28, 1999, pp. 141-161
24. Lecendreau M., Konofal E., Touzin M. et al., *L'Hyperactivité : T.D.A.H.* Paris, Solar, 2007, 383 p.
25. Le Heuzey M.-F., *L'Enfant hyperactif*. Paris, Odile Jacob, 2003, 160 p.
26. Leibenluft E., Charney D. S., Towbin K. E. et al., *Defining Clinical Phenotypes of Juvenile Mania*. In : *American Journal of Psychiatry*, 160(3), March 2003, pp. 430-437
27. Longueville (de) D., *ADHD, vous avez dit Tda/h ? TFE CUMG ULB, année scolaire 2004-2005*, 35 p. (Disponible en ligne : www.forumhyper.net/scarlett/THADAdiane.pdf)
28. Mandy W. P. L., Skuse D. H., *Research Review : What is the Association Between the Social-Communication Element of Autism and Repetitive Interests, Behaviours and Activities ?* In : *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49/8, August 2008, pp. 795-808
29. Ménéchal J., *L'Hyperactivité infantile : débats et enjeux*. Paris, Dunod, 2004, 314 p. (coll. Clinique)
30. Morin M., Robitaille C., *Le TDAH : du traitement médicamenteux au rôle du psychologue*, 2006, 3 p. (Disponible en ligne : www.comportement.net/tDAH/pdf/13.PDF)
31. Parot F., *Mais pourquoi ces enfants ne tiennent-ils plus en place ? L'ordre des corps*. In : *Le Débat*, n° 132, 2004, pp. 122-135
32. Rondia K., *Les Grands chantiers du TDA/H – Etat des lieux du TDA/H en Belgique francophone, en collaboration avec des parents et des soignants*. Publication de la Fondation Roi Baudouin, 2005 (Disponible en ligne : www.kbs-frb.be ou auprès du centre de contact : 070/233.728.).
33. Rondia K., T.D.A. Quoi ? Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Brochure de la Fondation Roi Baudouin, 2006 (Disponible en ligne : www.kbs-frb.be)
34. Rondia K., Carlier D., Bodson X. et al., *Dialogues autour du TDA/H : synthèse des différentes étapes. Rapport de synthèse des dialogues entre écoles, soignants et parents en Communauté française*. Publication de la Fondation Roi Baudouin, 2005 (Disponible en ligne : www.kbs-frb.be)
35. Roskam I., Nassogne M.-C., Kinoo Ph., *L'Enfant avec troubles externalisés du comportement : approche épigénétique et développementale*. In : *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 55, 2007, pp. 204-213
36. Thomas J., Willems G., *Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant : approche neurocognitive*. Paris, Masson, 2001, 2ème éd. (coll. Médecine et Psychothérapie)
37. Touzin M., Le Heuzey M. F., Mouren-Simeoni M. C., *Hyperactivité avec déficit de l'attention et trouble des apprentissages*. In : *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 45(9), 1997, pp. 502-508
38. *Le Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité : traitements pharmacologiques*. Collège des médecins de famille du Québec et Ordre des psychologues du Québec, juin 2006 (Disponible en ligne : www.cmq.org)
39. *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : soigner, éduquer, surtout valoriser*. Montréal, Presses de l'Université du Québec, 2006, 290 p. (coll. Santé et Société)
40. Voyazopoulos R., *Enfant instable, enfant agité, enfant excité*. In : *Enfances & Psy*, n° 14, 2001/2, pp. 26-34 (Disponible en ligne : www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2001-2-page-26.htm)
41. Wahl G., *L'Hyperactivité*. Paris, PUF, 2009, 128 p. (coll. Que sais-je ?)
42. Wodon I., *Déficit de l'attention et hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent : comprendre et soigner le TDAH chez les jeunes*. Bruxelles-Liège, Mardaga, 2009, 227 p.

A consulter aussi, le site de l'association belge TDA/H Belgique - www.tdah.be