

## Réflexions actuelles

Si pour Bernard Golse, l'hyperactivité est devenue, au fil des dernières années, emblématique de l'opposition entre deux conceptions de la psychopathologie de l'enfant et, peut-être, de la psychopathologie en général, à savoir une conception de type linéaire et plutôt neurodéveloppementale d'une part, une conception psychodynamique et polyfactorielle d'autre part, il me semble incontournable aujourd'hui de tenter d'en rapprocher les points de vue quand cela est possible et utile pour l'enfant.

Abondamment relayée par les différents médias, la polémique s'est progressivement enflammée et il importe, à vrai dire, de ne pas négliger les enjeux de ces débats parfois excessifs, mais toujours importants.

Plusieurs thèmes de discussion sont encore très actuels.

C'est d'abord la question de la définition de ce cadre nosologique qui a été discutée :

Comme on le sait, à l'heure actuelle, les entités nosologiques en psychiatrie – et singulièrement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – ne reconnaissent pas de marqueurs biologiques indiscutables et leur délimitation se fonde principalement sur des consensus entre cliniciens, consensus dont témoignent les grandes classifications internationales évoquées ci-dessus.

Par essence, tout consensus se révèle assez volatile et, en tout cas, transitoire d'où, d'ailleurs, la nécessité de révisions régulières des dites classifications.

Certains symptômes, en effet, se trouvent relati-

vement dépendants du contexte socio-culturel et tel est, nous semble-t-il, le cas de l'hyperactivité, dans la mesure où chaque société, en fonction de son histoire et du moment de son évolution, va se montrer plus ou moins sensible à l'agitation des enfants et c'est alors toute la question de la variabilité des normes éducatives qui se trouve ici posée.

Ceci ne signifie en rien qu'il ne puisse pas exister d'authentiques pathologies du contrôle moteur et des processus d'attention et de concentration, mais seulement que la ligne de démarcation entre le pathologique et le normal se montre, dans ce domaine particulier, éminemment fluctuante.

Ces quelques remarques doivent donc nous inciter, ici, à beaucoup de modestie et de prudence dans l'établissement du diagnostic d'hyperactivité et dans l'affirmation du caractère intrinsèquement pathologique des troubles observés ou motivant le recours au pédopsychiatre.

En tout état de cause, dans la stratégie d'évaluation de la situation clinique, nous soulignons le fait que le recours aux enseignants en tant qu'évaluateurs des troubles cliniques des enfants dont ils ont la charge, ne peut pas aller sans soulever un certain nombre de problèmes éthiques (par exemple en ce qui concerne la contribution des enseignants à la cotation des échelles de Conners<sup>25</sup>).

C'est ensuite la question de l'étiologie qui a été l'objet de disputes théoriques intenses :

Comme nous l'avons dit plus haut, la conception du déterminisme de l'hyperactivité de l'enfant renvoie en fait à deux conceptions différentes de la psychopathologie.

---

25 Conners CK., *Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic and normal children*, Child Dev., 1970, 41, 667-682.

Soit on considère ce symptôme comme la conséquence directe d'un trouble (éventuellement modulaire) des processus d'attention, de concentration et de régulation du contrôle moteur, soit on le considère comme le fruit de la rencontre entre la part personnelle de l'enfant (soit son équipement personnel: neurobiologique, génétique, psychologique, cognitif...) et de toute son histoire relationnelle, ainsi que celle de son groupe familial et socio-culturel.

Le premier modèle s'avère de type neurodéveloppemental et monofactoriel, le second – qui fonde la conception psychodynamique de la psychopathologie – laisse une place aux effets d'après-coup et de reprises significatives, et s'affirme de ce fait comme résolument polyfactoriel.

La différence n'est pas seulement académique en ce sens qu'elle a des conséquences importantes et concrètes sur les options thérapeutiques qui seront ainsi retenues et choisies.

Dans le premier modèle, l'abord thérapeutique privilégie très naturellement la recherche de substances médicamenteuses susceptibles de corriger le désordre invoqué, et tel est le cas du traitement par les substances amphétamine-like considérées comme capables de venir boucher un «trou métabolique» au niveau des équilibres entre les différents neuro-médiateurs impliqués dans l'origine de la situation clinique d'instabilité. Dans le deuxième modèle, on pourra, par exemple, être amené à considérer que l'hyperactivité de l'enfant est une réponse de type «hypomaniaque» à l'insuffisance des capacités contenantantes de l'environnement initial, en cas d'environnement carenciel ou de dépressions maternelles précoces, par exemple.

On sait en effet que face à certaines insuffisances du holding, le bébé peut en effet mettre en place des défenses parmi lesquelles l'agitation et l'hyperactivité ont éventuellement valeur

d'enveloppe motrice substitutive, ceci étant dit dans la perspective des travaux d'E. Bick<sup>26</sup> sur la notion de «peau psychique». Elle décrit ainsi ce qu'elle appelle «la seconde peau musculaire» qui joue pour le bébé le rôle de contenant corporel-psychique quand la fonction phorique environnante vient à manquer. Dans ce cas, l'expression motrice devient tout naturellement le moyen par lequel cette fonction défensive peut s'extérioriser. Cette façon de comprendre le développement me semble particulièrement propice pour nous faire toucher du doigt le rapport entre dépression infantile et instabilité psychomotrice.

Dès lors, la reconstruction de l'histoire relationnelle précoce peut avoir, en elle-même, une certaine dimension thérapeutique et, en outre, dans ces cas, un travail au niveau du corps par le biais de techniques de relaxation analytique, ou un travail au niveau de petits groupes thérapeutiques peuvent s'avérer très précieux en permettant de retravailler ces différents niveaux d'enveloppes corporelles et groupales.

On veillera, bien entendu, via la question des dépressions maternelles qui ne représentent qu'un facteur étiologique possible parmi bien d'autres, à ne pas revenir, subrepticement, à un modèle linéaire du déterminisme étiopathogénique, lequel, répétons-le, ne peut être que polyfactoriel.

Pour qu'un enfant souffre de la psychopathologie maternelle, il est nécessaire en effet que tous les tiers qui auraient pu, ou qui auraient dû, le protéger aient fait la preuve de leur faillite ce qui, en soi, exclut donc toute relation de cause à effet directe entre la dépression maternelle et l'hyperactivité de l'enfant.

---

26 Bick E., *The experience of the skin in early object relations*, International Journal of Psychoanalysis, 1968,49, 484-486

Le recours à une explication linéaire est donc forcément fallacieux et toujours nocif, en compromettant toute alliance thérapeutique avec les parents et en risquant de renforcer, dans l'après-coup, le fantasme de l'enfant de n'avoir pas su rendre ses parents suffisamment bons (H. Searles)

C'est enfin la question du traitement amphétaminique qui s'est vue fortement conflictualisée<sup>27</sup> :

Nombre d'auteurs, en France tout au moins, considèrent que ce type de traitement ne va pas sans poser de réels problèmes qualitatifs et quantitatifs.

Quantitativement, il existe dans certains pays de culture médicale anglo-saxonne un nombre très certainement excessif d'enfants traités par des substances amphétamine-like.

Initialement, les indications de ces traitements non dépourvus de risques d'effets secondaires (troubles du sommeil, troubles de l'appétit, imprégnation des fibres myocardiques...) ne devaient concerner que l'hyperactivité avec troubles de l'attention et de la concentration mais sans co-morbidité aucune, soit sans aucun trouble psychopathologique associé.

L'expérience clinique nous apprend que ces cas sont, en fait, assez rares.

Mais le poids de l'industrie pharmaceutique et le consensus plus ou moins tacite, généralisé et souvent étayé par les médias, visant à exclure la complexité qui nous confronte toujours à la souffrance du sujet, à la sexualité et à la mort, a amené d'importantes dérives rendant compte du fait qu'à l'heure actuelle, plus de cinq millions

d'enfants se voient traités par les amphétamines aux USA!

En France, fort heureusement, la situation n'est pas (encore?) aussi alarmante et nombre de parents cherchent à donner du sens à l'hyperactivité/instabilité de leur enfant sans la réduire à un symptôme déconnecté de toute histoire relationnelle et qui ne justifierait ainsi qu'une approche seulement médicamenteuse. Toute prescription de psychostimulant, quand elle est vraiment justifiée, me semble d'ailleurs devoir être accompagnée d'un travail psychothérapeutique, au sens large, de l'enfant et/ou de ses parents avec lui.

Il y a là, en tout cas, un véritable problème de santé publique et, qualitativement, le principe de précaution devrait sans doute être invoqué face à la prescription prolongée de psychotropes à des enfants dont le cerveau et l'appareil psychique sont encore, à l'évidence, en pleine structuration.

De ce point de vue, l'accès du public aux résultats des essais thérapeutiques, positifs et négatifs, est aujourd'hui loin de ce qu'il devrait être.

Il nous semble donc que nous devons veiller soigneusement à ce que les parents ne se fassent pas détourner de la réflexion psychopathologique à laquelle ils aspirent souvent, et cette remarque vaut même si, dans l'avenir, des substances non amphétaminiques pourront être proposées avec une efficacité comparable.

Ces substances de remplacement seront probablement de nature anti-dépressive et ceci ne fait d'ailleurs que renforcer l'hypothèse de la dimension anti-dépressive, signalée ci-dessus, du symptôme «hyperactivité», dans un certain nombre de cas tout au moins.

La position d'un grand nombre de praticiens dans notre pays est que les traitements médica-

---

27 Bursztejn C., Chanseau J.Cl., Geissmann-Chambon C., Golse B., Houzel D., *Ne bourrez pas les enfants de psychotropes!* Le Monde, 56ème année, n° 175211, Samedi 27 mai 2000, 20.

menteux peuvent parfois être utiles mais, toujours, en association avec une approche historicisante (Golse) du trouble et la mise en œuvre de techniques psychothérapeutiques (individuelles ou groupales), rééducatives ou corporelles.

Tout ceci doit donc, nous semble-t-il, nous amener à la plus grande vigilance et à la poursuite d'études contrôlées et rigoureuses, à la fois en matière de repérage diagnostique et de prise en charge thérapeutique. Il ne serait pas acceptable que des enfants, sous des prétextes divers, se voient traités comme relevant de psychostimulants ou de neuroleptiques sous le seul prétexte de leur efficacité apparemment plus rapide, ou moins complexe sur le plan du dispositif à mettre en place.

Nous avons vu qu'à chaque fois que cela s'avérerait nécessaire, toute prescription médicamenteuse, quand l'indication s'en fait sentir, doit être accompagnée, corrélée, articulée avec une prise en charge de type psychothérapeutique, sans qu'aujourd'hui il soit possible de préciser davantage de quel type de psychothérapie il est question. Mais nous avons vu en outre, que le risque d'utilisation de ces traitements à des fins qui ne seraient pas uniquement thérapeutiques, mais également sociopolitiques n'est plus une fantasmagorie paranoïaque de quelques uns.

Devant une détérioration des conditions d'accompagnement des fonctions parentales en matière d'éducation et de développement des enfants dans nos sociétés contemporaines, la tentation pourrait exister de considérer que la recherche de solutions rapidement efficaces, fût-ce au prix de la part spécifiquement humaine de notre monde, peut s'arranger d'un raccourci d'apparence scientifique pour aboutir à une organisation bio-médico-administrative du fonctionnement social défaillant. Les pédopsychiatres et les professionnels de la petite enfance doivent être tout particulièrement vigilants à

ces aspects contemporains de dispositifs qui, sous couvert de santé publique, peuvent avancer masqués vers... «le meilleur des mondes».

## La prise en charge

Aujourd'hui, les enfants hyperactifs et/ou instables deviennent des « enfants à soigner ». Il arrive trop souvent qu'ils soient envoyés chez un médecin et qu'une prescription psychotrope soit la seule solution envisagée avec eux.

Je ne saurais trop insister sur l'importance de s'engager à chaque fois qu'un tel enfant est adressé chez le médecin et plus précisément chez le pédopsychiatre, dans une démarche diagnostique qui vise non seulement à faire le point sur les symptômes qui peuvent être regroupés en syndrome et conduire à un diagnostic prenant place dans les classifications internationales et justiciables à ce titre d'une prescription médicamenteuse, mais également à proposer à cet enfant et à sa famille une possibilité de « lecture » de ces symptômes dans une visée compréhensive telle que la démarche clinique la propose.

Nous avons vu en effet que l'hyperactivité ou l'instabilité psychomotrice, loin d'être un symptôme à l'étiologie univoque, résulte d'une multitude de facteurs parmi lesquels la qualité de vie, l'ambiance du quotidien, la pression consciente et inconsciente exercée auprès et sur l'enfant par les forces parentales idéalisantes sont parmi d'autres, autant de points sur lesquels il est bon de travailler avec les parents pour les amener à changer quelque chose dans la vie de leur enfant. Quand bien même un traitement est prescrit, y compris lorsqu'il s'agit d'un psychotrope de la série amphétaminique, il convient me semble-t-il de ne pas se contenter de cette prescription médicamenteuse, mais de l'intégrer dans une prise en charge plus globale dans laquelle le médicament vient prendre une place dans la relation psychothérapique qui est de toute façon nécessaire en matière de pédopsychiatrie.

Sur un plan concret, la consultation chez le pédopsychiatre consistera, une fois le diagnostic établi, à proposer à l'enfant et à ses parents une prise en charge si elle s'avère nécessaire. Cette prise en charge s'appuiera sur les savoirs complémentaires du pédopsychiatre, du psychologue, du psychomotricien et quelques fois d'autres praticiens de la petite enfance: orthophoniste, éducateur, infirmier, instituteur spécialisé, assistant social,... En fonction de l'histoire de chaque enfant, des ressources qui sont disponibles dans son environnement, de la manière dont ses parents comprennent le trouble qui a motivé la consultation, des propositions de prises en charge seront faites à l'enfant afin de l'aider à progressivement quitter le domaine du mouvement prévalent pour aller vers celui de la pensée et de la représentation.

Dans certains cas, ce sera le pédopsychiatre qui engagera un travail psychothérapique directement avec l'enfant et avec une rencontre régulière avec les parents de façon à ne pas cliver la famille. Dans d'autres cas, l'enfant sera pris en charge régulièrement par le psychomotricien et les parents seront reçus par le pédopsychiatre ou le psychologue pour avancer dans la compréhension des difficultés de l'enfant. Dans d'autres cas enfin, il peut être utile de disposer d'ateliers thérapeutiques avec des médias tels que l'atelier-écriture, l'atelier-terre, le psychodrame et bien d'autres possibilités qui donnent l'occasion à l'enfant d'investir autrement le travail de la créativité que par le seul recours au scolaire. Ces différentes modalités de travail qui peuvent être effectuées soit en individuel soit en groupe, sont placées sous le primat de la psychothérapie.

Il arrive que quelques enfants qui ont été également reçus par le neuropédiatre afin d'éliminer toute cause organique possible par ailleurs, puissent bénéficier d'un traitement par un psychotrope. Dans ces indications, il importe que l'enfant et ses parents soient dans une dynamique de la

prescription qui leur permette d'intégrer cet élément médicamenteux au sein de l'ensemble du traitement psychothérapeutique. J'ai trop souvent eu à recevoir des enfants qui étaient suivis en psychothérapie depuis quelques fois des années et qui venaient me voir en catimini, espérant me voir prescrire un traitement par psychotrope à l'insu du psychothérapeute. Pour moi, il n'est pas question de rentrer dans ce genre de scénario qui mettrait l'enfant dans une situation de double lien intolérable.

Dans ces cas, je propose une réunion de travail avec le psychothérapeute, l'enfant et ses parents pour discuter de la complémentarité possible, quand elle est indiquée médicalement, entre les deux aspects du traitement de l'enfant. Je crois qu'il faut aujourd'hui s'engager dans une voie intégrative en ce qui concerne les traitements des enfants, afin de ne pas les mettre objectivement en situation d'otages de partisans incapables de s'entendre sur leurs idées et leurs pratiques en vertu de soi-disant divergences théoriques. Il me semble au contraire très intéressant de penser le cadre de ces prises en charge dans une dynamique de réseau dans lequel chacun des intervenants a sa place autour de l'enfant et de ses parents au service de l'amélioration de son état psychique. C'est ainsi qu'il me semble possible d'organiser d'une façon étayante pour l'enfant une prise en charge basée sur ce que le sociologue belge Eugène Dupréel appelle « les rapports complémentaires ». Les parents, le pédagogues, le pédiatre, le psychologue, le psychothérapeute, l'éducateur, le pédopsychiatre, et tous ceux qui sont nécessaires à la prise en charge de cet enfant-là constituent sa « constellation transférentielle », son « équipe ressource », et s'arrangent pour mettre en complément les uns des autres leurs pensées et leurs pratiques au service de l'enfant dans sa famille. Des aménagements institutionnels sont nécessaires et doivent être inventés à l'aune de chaque situation.

La psychiatrie de secteur « à la française » est spécifiquement pensée sur ces bases théoriques, et elle a donné la preuve, là où elle a pu se mettre en place d'une façon satisfaisante, de sa capacité à faciliter une telle politique de soins. Nul doute que la volonté des professionnels de se mettre dans cette position autour de l'enfant soit le principal moteur des changements nécessaires et attendus dans le domaine des troubles du comportement chez l'enfant, parmi lesquels l'instabilité psychomotrice et l'hyperactivité prennent une place de plus en plus conséquente.

À nous de modifier nos pratiques pour pouvoir en déduire des solutions dans le cadre de la préservation d'une éthique de la relation humaine.

## Bibliographie

---

- Marcelli D., *L'enfant chef de famille*, Albin Michel, Paris, 2003.
- Dolto F., *L'image inconsciente du corps*, Seuil, Paris, 1984.
- Hoffmann H., *Der Strunwelpeter: oder Lustige geschichten und drollige bilder*, Leipzig, Verlag, 1854.
- Duché DJ., *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*, Paris, PUF, 1990.
- Bercherie P., *Les fondements de la clinique*, Paris, Seuil/Ornicar, 1980.
- Wallon H., *L'enfant turbulent*, Paris, PUF, collection Quadriges, 1984.
- Abramson J., *L'enfant et l'adolescent instables*, Paris, Alcan, 1940.
- Dugas M., *L'hyperactivité chez l'enfant*, Paris, PUF, 1987.
- Balint M., *Notes critiques concernant la théorie des organisations pré-génitales de la libido*, Amour primaire et technique psychanalytique, Paris, Payot, 1973.
- Schotte J., *De l'école hongroise de psychanalyse à Szondi et à la psychiatrie d'aujourd'hui*, Le contact, Bruxelles, De Boeck, 1990.
- Micouin G., Boucris JC., *L'enfant instable ou hyperkinétique*, Psychiatrie de l'enfant, XXXI, 2, 1988.
- Bucher H., *Les problèmes psychomoteurs chez l'enfant*, Paris, Expansion Scientifique Française, 1980.
- Missonnier S., Golse B., Soulé M., *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris, PUF, 2004.
- Searles H., *Le Contre-transfert*, Paris, Gallimard, Coll. Connaissance de l'Inconscient, 1981.

## Prenons le temps de travailler ensemble.

La prévention de la maltraitance est essentiellement menée au quotidien par les intervenants. En appui, la Cellule de coordination de l'aide aux victimes de maltraitance a pour mission de soutenir ce travail à deux niveaux. D'une part, un programme à l'attention des professionnels propose des publications (livrets Temps d'arrêt), conférences, formations pluridisciplinaires et mise à disposition d'outils (magazine Yapaka). D'autre part, des actions de sensibilisation visent le grand public (campagne Yapaka: spots tv et radio, magazine, autocollant, carte postale, livre pour enfant...).

L'ensemble de ce programme de prévention de la maltraitance est le fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction Générale de l'Aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE). Diverses associations (Ligue des familles, services de santé mentale, plannings familiaux...) y participent également pour l'un ou l'autre aspect.

Se refusant aux messages d'exclusion, toute la ligne du programme veut envisager la maltraitance comme issue de situations de souffrance et de difficulté plutôt que de malveillance ou de perversion... Dès lors, elle poursuit comme objectifs de redonner confiance aux parents, les encourager, les inviter à s'appuyer sur la famille, les amis... et leur rappeler que, si nécessaire, des professionnels sont à leur disposition pour les écouter, les aider dans leur rôle de parents.

Les parents sont également invités à appréhender le décalage qu'il peut exister entre leur monde et celui de leurs enfants. En prendre conscience, marquer un temps d'arrêt, trouver des manières de prendre du recul et de partager ses questions est déjà une première étape pour éviter de basculer vers une situation de maltraitance.

La thématique est à chaque fois reprise dans son contexte et s'appuie sur la confiance dans les intervenants et dans les adultes chargés du bien-être de l'enfant. Plutôt que de se focaliser sur la maltraitance, il s'agit de promouvoir la « bienveillance », la construction du lien au sein de la famille et dans l'espace social: tissage permanent où chacun – parent, professionnel ou citoyen – a un rôle à jouer.

Ce livret ainsi que tous les documents du programme sont disponibles sur le site Internet:

[www.yapaka.be](http://www.yapaka.be)

## Temps d'Arrêt:

*Une collection de textes courts dans le domaine de la petite enfance. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes...*

### Déjà paru

- L'aide aux enfants victimes de maltraitance – Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents. Collectif.
- Avatars et désarrois de l'enfant-roi. Laurence Gavarini, Jean-Pierre Lebrun et Françoise Petitot.\*
- Confidentialité et secret professionnel: enjeux pour une société démocratique. Edwige Barthélemy, Claire Meersseman et Jean-François Servais.\*
- Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance. Reine Vander Linden et Luc Roegiers.\*
- Procès Dutroux; Penser l'émotion. Vincent Magos (dir).
- Handicap et maltraitance. Nadine Clerebaut, Véronique Poncelet et Violaine Van Cutsem.\*
- Malaise dans la protection de l'enfance: La violence des intervenants. Catherine Marneffe.\*
- Maltraitance et cultures. Ali Ouattah, Georges Devereux, Christian Dubois, Kouakou Kouassi, Patrick Lurquin, Vincent Magos, Marie-Rose Moro.
- Le délinquant sexuel – enjeux cliniques et sociétaux. Francis Martens, André Ciavaldini, Roland Coutanceau, Loïc Wacquant.
- Ces désirs qui nous font honte. Désirer, souhaiter, agir: le risque de la confusion. Serge Tisseron.\*
- Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles. Yves Cartuyvels, Françoise Collin, Jean-Pierre Lebrun, Jean De Munck, Jean-Paul Mugnier, Marie-Jean Sauret.
- Le professionnel, les parents et l'enfant face au remue-ménage de la séparation conjugale. Geneviève Monnoye avec la participation de Bénédicte Gennart, Philippe Kinoo Patricia Laloire, Françoise Mulkay, Gaëlle Renault.\*
- L'enfant face aux médias. Quelle responsabilité sociale et familiale? Dominique Ottavi, Dany-Robert Dufour.\*
- Voyage à travers la honte. Serge Tisseron.\*
- L'avenir de la haine. Jean-Pierre Lebrun.\*
- Des dinosaures au pays du Net. Pascale Gustin.\*

\*Épuisés mais disponibles sur [www.yapaka.be](http://www.yapaka.be)