

TDAH, hyperactivité, troubles de l'attention, agitation... Ces troubles sont au cœur des préoccupations des parents, des professionnels de l'éducation et de la santé face aux souffrances de l'enfant.

Maladie à médiquer pour les uns, symptômes à comprendre pour les autres... Les opinions ont fait l'objet de vifs débats qu'il y a lieu de dépasser aujourd'hui. En effet, les recherches scientifiques ont pu éclairer des zones encore obscures il y a peu et remettent en question un recours premier aux substances psychotropes.

Comment s'y retrouver aujourd'hui ? Les médicaments, sont-ils prescrits à bon escient ? Quelles pistes de prises en charge tiendront compte de manière globale de la réalité de l'enfant et de sa famille ?

Rita Sferrazza est pédopsychiatre, psychanalyste (Société Belge de Psychanalyse). Elle exerce en libérale auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes. Elle est également consultante à l'Hôpital Universitaire Erasme. En outre, elle enseigne la psychanalyse, dans le cadre de la formation continue psychanalytique, à l'Université Libre de Bruxelles. Elle est l'auteure d'articles et co-auteure de livres dont «Le psychodrame psychanalytique métathérapeutique» (De Boeck, 2008).

yapaka.be

Coordination de l'aide
aux victimes de maltraitance
Secrétariat général
Fédération Wallonie-Bruxelles
de Belgique
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be



TDAH - TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ

LECTURES

RITA SFERRAZZA

TEMPS D'ARRÊT

yapaka.be

TDAH

**TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION
AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ**

Rita Sferrazza

yapaka.be

TDAH

**Trouble déficitaire de l'attention
avec ou sans hyperactivité**

Rita Sferrazza

Temps d'Arrêt / Lectures

Une collection de textes courts destinés aux professionnels en lien direct avec les familles. 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. – 8 parutions par an.

Directeur de collection : Vincent Magos assisté de Diane Huppert ainsi que de Meggy Allo, Laurane Beaudelot, Philippe Dufromont, Philippe Jadin et Claire-Anne Sevrin.

Le programme yapaka

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations de la Communauté française de Belgique (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), la collection « Temps d'Arrêt / Lectures » est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

Comité de pilotage : Gaëlle Amerijckx, Marc De Koker, Etienne De Maere, Stephan Durviaux, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Françoise Guillaume, Pascale Gustin, Françoise Hoornaert, Francine Roose et Juliette Vilet.

Une initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.

Éditeur responsable : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles.
Octobre 2015

L'hyperactivité : de quoi parle-t-on?	7
Trouble ? Maladie ou pathologie?	8
Les critères du DSM	9
Des troubles plus nombreux ? Ou plus vite présumés?	10
De l'agitation chez l'enfant au TDAH dans la société	
actuelle	13
Un traitement souvent inadapté : le médicament	14
Agitation et scolarité entre 2 et 6 ans	15
Agitation et scolarité entre 6 et 11 ans	17
Agitation et scolarité après 11 ans et à l'adolescence	18
L'évaluation des difficultés décide d'un parcours	20
TDAH : d'où viendrait un tel trouble?	23
Origine génétique ? Aucune preuve biologique	23
Une influence de l'environnement mêlée à une sensibilité	
généétique	24
Quels facteurs contribuent au développement du TDAH? ..	25
La télévision peut contribuer au développement d'un TDAH	26
Les psychostimulants, leurs effets et leur consommation ..	31
Le rôle des médias dans la surmédicalisation du TDAH ..	35
De l'étude scientifique à la communication au grand public	36
Difficile de se défaire d'un préjugé ou des présupposés	
ambiants	38
Que vit dans sa tête un enfant souffrant de TDAH?	41
Des représentations perturbées	41
L'éclairage d'une approche cognitive	43
Le rôle des soignants et	
les perspectives thérapeutiques	47
Le diagnostic : impossible sans évaluation	47
Quelles options thérapeutiques?	50
Des médicaments : dans quel cas?	54
Un psychostimulant... pour un temps forcément limité ..	55
Conclusion	59
Bibliographie	61

Un jour, Lydie a connu un grand changement en famille. L'école a découvert une petite fille fort excitée. Incapable d'une attention soutenue. On a prescrit de la Rilatine.

« *Avant, j'étais speedée. Maintenant, on m'appelle la moule* », a-t-elle confié, en vacances chez son grand-père. Il a osé suspendre le médicament : « J'ai retrouvé une petite fille vivante, trépidante, comme tant d'enfants à son âge. »

De quoi souffrait-elle? Et d'autres enfants troublés? Impossible à dire à distance.

Les difficultés d'un enfant comportent toujours de multiples aspects. Les remèdes aussi. Le secours provisoire d'un médicament ne s'impose pas d'office. Pour des solutions durables, d'autres pistes sont à explorer.

L'hyperactivité : de quoi parle-t-on ?

Des enfants volontiers distraits ou plus étourdis, quelquefois très remuants sinon très agités, il y en a sans doute toujours eu. Y avait-il des hyperactifs ? À vrai dire, cette notion d'hyperactivité ne s'ébauche qu'au XIX^e siècle pour caractériser un état d'activité intense alors perçu comme une pathologie. Depuis le début du XXI^e siècle, l'hyperactivité fait l'objet de nombreux débats. Elle ne cesse de préoccuper à la fois le monde médical, les parents et les éducateurs. C'est devenu un problème de santé publique.

L'hyperkinésie est une autre désignation de l'hyperactivité sous sa forme d'extrême agitation motrice. Depuis le milieu des années 1990, elle est associée à des troubles de l'attention et à de l'impulsivité. Ainsi en est-on venu à parler d'un Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité, en abrégé : TDAH. Ce regroupement de symptômes a conduit certains à l'idée d'une maladie, dont l'évolution serait importante et nécessiterait un traitement médicamenteux. Or, la présence d'un ou plusieurs symptômes ne suffit pas pour attester l'existence d'une maladie.

En fait, selon son orientation théorique (neurologique, psychanalytique ou comportementale), la littérature spécialisée recourt à une terminologie diverse pour décrire une hyperactivité chez l'enfant : instabilité psychomotrice, hyperactivité, hyperkinésie, TDAH... Il y est toujours question d'enfants ou d'adolescents qui ont des difficultés à s'arrêter de bouger, sont impulsifs et peinent à fixer leur attention, tandis que les remarques qu'on leur adresse restent sans effet sur leur comportement. Mais les critères appliqués pour diagnostiquer le trouble varient en fonction des classifications et de la nomenclature utilisées. La classification la plus répandue est celle du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux établi par l'Association américaine de psychiatrie : le Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Disorders; en abrégé : le DSM. Cette classification reste cependant très controversée.

Trouble ? Maladie ou pathologie ?

On peut être troublé sans être malade. Pour le psychiatre, un trouble n'équivaut pas à une maladie. C'est son diagnostic qui établira s'il y a ou non une pathologie, en référence à une description et à une classification méthodique des troubles mentaux, autrement dit à une nosographie.

Dans le cas d'une affection physique, somatique, telle qu'une grippe ou une pneumonie, on peut relier la maladie à la présence d'un agent causal (un virus, une bactérie...). Une fois la cause détectée, on cherchera une thérapeutique adaptée (vaccin, antibiotique spécifique...).

Mais dans les affections qualifiées de « troubles mentaux », il ne s'agit pas vraiment de maladies. Aucun trouble mental n'est lié à un marqueur biologique spécifique, qui serait notamment détectable à l'analyse de sang. Un trouble mental se définit en référence à une nosographie, dont les descriptions et classifications des troubles visent à caractériser des souffrances psychiques, des expressions symptomatiques ou des difficultés observées dans les comportements. Or, les nosographies des psychiatres sont toujours tributaires d'un contexte scientifique et d'un monde socioculturel particuliers. Et les critères des divers troubles présentés dans ces nosographies sont délicats à manier. Ils sont certes dégagés sur la base d'un consensus entre d'éminents spécialistes, mais sont inévitablement élaborés en fonction d'une époque et d'une culture. Par exemple, l'homosexualité a été longtemps considérée comme une déviance par rapport à une norme ambiante. Elle a même été qualifiée de trouble mental jusqu'en 1970 et figurait à ce titre dans le DSM. Depuis sa première édition en 1952, le DSM a donc lui aussi évolué, tout en restant tributaire d'une certaine culture scientifique et d'une société ambiante.

Les critères du DSM

La version révisée du DSM parue en 2013 est la cinquième. Pour le TDAH, les critères du DSM-V, exposés de manière non exhaustive, sont les suivants :

Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement.

Inattention : six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a des effets négatifs directs sur les activités sociales et académiques/professionnelles :

Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une défiance, d'une hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les adolescents les plus âgés et les adultes (17 ans et plus), 5 symptômes ou plus sont exigés.

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'inattention dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (ex. : néglige ou oublie des détails, le travail n'est pas précis).
- b) A souvent du mal à soutenir son attention sur des tâches ou dans des activités de jeux (ex. : a du mal à rester concentré durant les cours, les conversations ou la lecture d'un long texte).
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex. : l'esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste).
- d) ...

Hyperactivité et impulsivité : six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un impact négatif direct sur les activités sociales et académiques/professionnelles :

Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une défiance, d'une hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou

d'instructions. Pour les adolescents les plus âgés et les adultes (17 ans et plus), 5 symptômes ou plus sont exigés.

- a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.
 - b) Quitte souvent son siège dans des situations où il est supposé rester assis (ex. : se lève de sa place en classe, au bureau ou à son travail, ou dans d'autres situations qui nécessitent de rester en place).
 - c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation).
 - d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- Plusieurs symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de 12 ans.
 - Plusieurs des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux situations ou plus (ex. : à la maison, à l'école ou au travail ; avec des amis ou avec la famille ; dans d'autres activités).
 - Il est clairement évident que les symptômes interfèrent avec, ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
 - Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (ex. : trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par une substance ou sevrage d'une substance).

Des troubles plus nombreux ? Ou plus vite présumés ?

À elle seule, la cinquième version du DSM a entraîné une augmentation considérable des cas de TDAH. Car, dans ces cas, le DSM-V, à l'inverse des versions antérieures, n'exige plus que les symptômes observés soient plus fréquents et plus sévères que ceux observés chez des enfants de même niveau de développement. L'absence de référence à un développement « normal » permet même un diagnostic concomitant de trouble tournant autour de l'autisme.

Chez l'adulte (17 ans et plus), un diagnostic de TDAH requiert au moins 5 des symptômes décrits (au lieu de 6 pour les plus jeunes). En outre, les symptômes doivent désormais avoir débuté avant l'âge de 12 ans (avant 7 ans, disait le DSM-IV). Or, au vu des changements fondamentaux que l'adolescence implique sur les plans psychique, psychique et social, la distraction et l'impulsivité sont fréquentes chez les jeunes... sans être pathologiques.

Sur la base des critères indiqués, la probabilité qu'un TDAH soit diagnostiqué chez un enfant ou chez un adolescent peut finalement dépendre beaucoup du seuil de tolérance de son entourage et de la capacité d'adaptation de l'élève aux exigences scolaires, mais également de l'appréciation du clinicien et de sa propre tolérance. C'est dire le caractère fort subjectif des critères proposés. Certes, les cas extrêmes d'agitation et d'impulsivité et/ou de difficultés d'attention présenteront moins d'ambiguïté. Mais dans d'autres cas, où faut-il placer le curseur allant du normal au pathologique ?

En fait, les critères du DSM-V négligent l'entretien clinique, qui seul offre au thérapeute les moyens de percevoir en quoi le milieu ambiant intervient dans l'apparition ou dans le maintien des troubles d'une personne. C'est pourquoi les principes mêmes du DSM-V ont été remis en cause dans des revues prestigieuses. D'aucuns pensent malgré tout que les cas de TDAH étaient auparavant sous-diagnostiqués. Mais le nombre accru de cas actuels ne s'explique-t-il pas plutôt par un sur-diagnostic, lié à l'évolution de la société et des environnements dans lesquels les enfants sont plongés ?

Actuellement, les études américaines répertorient trois fois plus de cas de TDAH qu'il y a 20 ans. On parle de plus de 11% d'enfants et d'adolescents de 4 à 17 ans souffrant de TDHA. Corrélativement, le nombre de prescriptions d'un médicament spécifique (le méthylphénidate¹) a largement augmenté. Parfois sur simple recommandation des enseignants. Les statistiques françaises font état de

1. Le méthylphénidate, commercialisé en Belgique sous le nom de Rilatine (en France ou ailleurs, Ritaline le plus souvent) ou de Concerta (pour sa forme à effet retard), est un psychostimulant aux effets suspensifs mais non curatifs.

De l'agitation chez l'enfant au TDAH dans la société actuelle

4 à 10 % d'enfants en âge scolaire relevant du diagnostic de TDAH. On considère que l'hyperactivité est 5 à 9 fois plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Des diagnostics plus nombreux signifient-ils une augmentation des troubles? Difficile à dire sur la base des données disponibles. Ce qui ne cesse d'augmenter, en tout cas, c'est le nombre de demandes de soins adressées aux cliniciens pour des problèmes d'agitation motrice et de déficit d'attention. À titre d'exemple, cette dernière année scolaire², sur l'ensemble des enfants et adolescents adressés à ma propre consultation, deux demandes sur dix concernaient des enfants présumés hyperactifs. De telles demandes étaient rares quinze ans auparavant. Or, après examen des situations cliniques, la proportion d'enfants présentant réellement l'ensemble des symptômes de TDHA ne correspondait plus qu'à 10 % des enfants présentés comme hyperactifs.

Dans la plupart des cas, les parents sont adressés sur le conseil d'instituteurs(trices) ou sur la recommandation d'autres parents dont l'enfant a présenté des symptômes analogues et a été diagnostiqué TDAH, ou encore viennent consulter suivant la suggestion d'amis ou après avoir visité des sites Internet à la recherche d'une réponse à leur problème. Dans ce dernier cas de figure, lorsque les parents arrivent en consultation, ils mentionnent volontiers une liste de symptômes, généralement ceux décrits par le DSM, pour expliciter et conforter leur demande d'un médicament miracle destiné à leur enfant.

Bouger, sauter, courir est le propre de l'enfant épanoui. En quête de découvrir l'environnement, son activité psychique et physique est souvent intense.

Agités? Bien des enfants donnent l'impression de l'être à certains moments. La plupart, pourtant, ne présentent qu'une hyperactivité passagère et leurs symptômes, apparemment proches des critères de TDAH, peuvent être le signe d'un tout autre problème. Ces symptômes peuvent notamment masquer une dépression, être révélateurs d'une crise familiale, de difficultés scolaires ou de problèmes relationnels particuliers, sans pour autant relever d'un trouble psychiatrique.

Troubles de l'attention? Ceux-ci aussi peuvent être transitoires, révéler une anxiété diffuse ou surgir en réaction à un stress. Ils sont aussi très fréquemment la conséquence de troubles des apprentissages liés à des troubles instrumentaux. Ces troubles instrumentaux concernent les aptitudes dont le développement concourt à l'exercice des fonctions cognitives au sens large. Ainsi, les difficultés qu'un enfant éprouve dans l'apprentissage de la lecture, de l'écriture ou du calcul relèvent typiquement de troubles instrumentaux lorsqu'il s'avère que cet enfant a du mal à discriminer et à organiser ses perceptions visuelles ou auditives. Or, ces troubles instrumentaux, trop peu connus et insuffisamment repérés à l'école, peuvent exister chez un enfant dont l'attention reste soutenue.

Il convient aussi d'exclure des causes médicales. L'agitation motrice et les difficultés de concentration chez les enfants peuvent être simplement liées à des troubles du sommeil, dont une cause fréquente tient à des problèmes bénins d'ordre oto-rhino-laryngologique. Sans prétendre être exhaustif, il convient également d'exclure

2. En 2014-2015.

des effets secondaires de médicaments et, plus rarement, des maladies métaboliques.

Un traitement souvent inadapté : le médicament

Lorsqu'un enfant pose des problèmes de comportement, fussent-ils mineurs, il n'est pas rare que des parents ou des enseignants envisagent très vite la difficulté sous l'angle TDAH. L'étiquetage précipité de la difficulté conduit alors à la demande d'un médicament présumé salvateur. Or, ce réflexe qui porte d'emblée à médicaliser un problème laisse entière une tâche primordiale : comment accompagner l'enfant ? Les exigences éducatives laisseraient-elles les adultes d'aujourd'hui plus désarmés que ceux des générations précédentes ? Ou la surmédicalisation s'engouffrerait-elle dans un flottement des repères de la société ?

De nombreuses études sociologiques constatent, en effet, un effacement des limites, des confusions entre générations, ainsi qu'une perte des repères familiaux et sociétaux d'autrefois. Et cela jusqu'au sein des familles qui, malgré leur disparité, restent envisagées comme le premier refuge du bonheur rêvé dans l'harmonie des relations. Or, dans le même temps, bon nombre de parents se montrent peu disponibles, eux-mêmes devenus « hyperactifs » et « hyperstressés » dans un monde obnubilé par la rentabilité et par la vitesse. Cette évolution a son revers : des enfants ne perçoivent plus de limites claires et se sentent fragilisés dans leur « moi », mal assuré sur son socle narcissique. Du coup, ces enfants 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 ? Non, dans la majorité des cas. Mais dans une société crispée sur sa sécurité et sur sa rentabilité, l'enfant qui ose bouger ou se montrer distrait ne court-il pas davantage le risque d'apparaître non conforme aux attentes des adultes et de se voir alors suspecté d'un comportement pathologique et nécessitant des soins ?

Les enseignants eux-mêmes sont souvent pris au dépourvu par les répercussions que les mutations de la

société ont sur l'école. Ils sont seuls à gérer leur relation pédagogique avec des élèves qui requièrent non seulement d'être éduqués, mais qui emmènent malgré eux les adultes dans des schémas relationnels qui ont considérablement changé en quelques décennies. L'agitation des enfants ou des adolescents n'est d'ailleurs souvent rendue problématique qu'à l'âge de la scolarité... Agitation ou TDAH ? Les symptômes repérés à l'école sont à considérer à la lumière des enjeux du développement propre à chaque âge.

Agitation et scolarité entre 2 et 6 ans

Pour les jeunes enfants des classes d'accueil, la difficulté est d'abord d'accepter la séparation avec les parents. Ensuite, le défi sera celui de l'ouverture au dehors de la maison et de l'intégration au groupe, d'une socialisation progressive. Il s'agira aussi de poser les bases d'une compréhension de l'ordre du monde, avec ses grands et ses petits, ses garçons et ses filles... Enfin, les enfants développeront leurs moyens de communication et leurs repères : le langage, la connaissance de leur corps et de celui d'autrui, le repérage dans le temps et dans l'espace.

Sans parler d'hyperactivité, certains enfants ont un caractère plus explosif que d'autres et sollicitent davantage leur motricité. Du reste, chez l'enfant, jeux et activités physiques favorisent le développement harmonieux des systèmes neuro-moteurs et des grandes fonctions physiologiques et métaboliques de l'organisme. Ces activités favorisent les conquêtes psychomotrices, le développement cérébral et cognitif, la progression dans l'autonomie et dans la socialisation. Doté d'un appétit naturel pour le mouvement, l'enfant doit trouver dans son environnement toutes les formes d'activités physiques nécessaires à son épanouissement.

Entre 2 et 3 ans, commence une période exploratrice qui se stabilise vers 4 ans. Avant 6 ans, l'instabilité reste normale : l'expérience du mouvement, du déplacement permet au jeune enfant de libérer l'excitation qu'il éprouve à découvrir le monde. Par sa motricité, il sent qu'il peut davantage agir selon ses désirs. Il revient à l'adulte de lui signifier que les muscles ne peuvent pas servir à

une action qui n'est pas acceptable pour d'autres. Si l'enfant ne rencontre pas de limite éducative et de frein à ses pulsions, il peut en rester à cette phase de son développement et demeurer instable à l'école primaire. L'agitation ne devient pathologique que lorsqu'elle révèle chez l'enfant des blessures psychologiques, dont elle est un symptôme.

Les interdits parentaux sont déterminants pour le bon développement de l'enfant. Lorsque des limites ne lui sont pas imposées, il développe une insécurité fondamentale. Car, s'il décide de tout, c'est qu'il ne lui est pas possible de se reposer sur qui que ce soit. Faute de vivre l'autorité de l'adulte comme protectrice, il la ressent comme persécutrice. À la longue, il ne supporte pas de s'en remettre aux adultes et développe des attitudes d'hypervigilance et d'hyperactivité.

Des symptômes d'instabilité psychique et motrice à cet âge peuvent aussi révéler des difficultés d'adaptation à l'école. Elles sont souvent liées à une difficulté à se séparer des parents un certain temps, à s'adapter à un nouvel espace-temps et à un monde inconnu, avec ses exigences et ses limites, parfois très éloignées de celles du milieu familial. Elles peuvent encore être liées à des événements extérieurs : séparation des parents, mode de garde peu adapté aux besoins de l'enfant, naissance d'un frère ou d'une sœur, maladie, etc.

L'immaturation psychique du jeune enfant et son langage encore peu développé ne lui permettent guère de faire face à une grosse tristesse ou à une forte anxiété. L'instabilité motrice apparaît alors comme une réponse assez banale face à des situations potentiellement traumatisantes. Comme indiqué plus haut, l'agitation peut aussi être liée à des problèmes d'audition ou de surdité partielle, à un trouble oto-rhino-laryngologique qui perturbe le sommeil. Elle peut parfois révéler une déficience mentale ou, au contraire, des habiletés précoces.

Si le repérage des symptômes ou des difficultés se fait à l'école, celle-ci ne peut pas se substituer aux parents. La manière dont les symptômes leur seront transmis est fondamentale. Toute difficulté ne requiert pas l'intervention d'un pédopsychiatre ou d'un psychologue. Une

bonne communication entre l'école et les parents favorise souvent l'évolution positive d'une situation en quelques semaines.

Dans des situations plus complexes, l'intervention d'un professionnel de la santé peut être nécessaire. En pareil cas, toute pression sur les parents, tout jugement de valeur risquent de durcir la situation, jusqu'à rendre les parents méfiants devant toute proposition de consultation d'un centre PMS (psycho-médico-social) ou d'un clinicien extérieur. Or il arrive que les parents d'un enfant en maternelle soient pressés par l'école de consulter, parfois même sous menace d'exclusion de leur enfant : signe annonciateur d'une rupture entre le monde scolaire et les parents. Par ailleurs, l'école devrait tout mettre en œuvre pour canaliser la motricité des enfants plus agités, sans viser trop vite les fines acquisitions motrices et graphiques. Non prises en compte, ces difficultés peuvent s'installer dans le temps et se transformer en véritables troubles de personnalité qui répondront parfois aux critères du TDAH.

Agitation et scolarité entre 6 et 11 ans

Cette période est dite de latence, parce que l'enfant renonce pour un temps à la rivalité et à la séduction des adultes. La quasi-totalité de son travail psychique s'organise à présent autour des processus d'identification aux adultes. Développer un savoir et des connaissances lui permet d'être un peu comme les grands.

L'attention que l'enfant porte désormais aux valeurs des adultes facilite les relations entre eux et lui. Désireux de les imiter, l'enfant souhaite faire plaisir pour obtenir de la reconnaissance. Le plaisir pris à l'apprentissage en devient le moteur. La relation aux adultes devient donc déterminante pour le développement de la curiosité et de la connaissance. Le désir d'égaliser l'adulte pousse l'enfant à s'intéresser aux règles qui régissent le monde. Son plaisir lui permet de s'attacher autant à connaître qu'aux processus d'apprentissage. Ce plaisir à penser laissera des traces tout au long de la vie, en particulier à l'adolescence. L'enjeu du développement de la personnalité est donc majeur durant cette période en apparence calme.

Les difficultés d'apprentissage (de la lecture, de l'écriture, des mathématiques) seront repérées en avant-plan, outre d'éventuelles difficultés de comportement. Les difficultés d'apprentissage engendrent beaucoup de fatigue psychique : elles peuvent donner l'impression que l'enfant peine à se concentrer. S'il s'agite en classe, un diagnostic de TDAH risque d'être posé à la hâte. Or le temps passé à l'école est tel que la vie à l'école peut aider l'enfant ou, au contraire, aggraver sa souffrance et celle de ses parents.

Dans les cas avérés de TDAH, que ce soit en maternelle ou en primaire, l'agitation motrice des enfants correspond plus à une activité désordonnée qu'à un surplus d'activité. Ces enfants sautent d'une activité à l'autre sans terminer la précédente. Leur instabilité psychique les empêche de fixer leur attention. Ils sont souvent distraits par des bruits, réalisent les activités de manière approximative et sans soin, n'arrivent pas à prendre le temps d'approfondir le déroulement d'une action. Ces difficultés ont des conséquences négatives sur les apprentissages, notamment du langage. L'enfant ne parvient pas à saisir les codes du langage, pas plus qu'il ne parvient à mémoriser le nom des choses. D'autres modes de communication sont atteints, avec des difficultés de repérage dans l'espace et le temps ou des troubles instrumentaux. Troubles du langage et troubles instrumentaux sont donc souvent associés au TDAH. Enfin, l'agitation peut être associée à des comportements agressifs : certains enfants peuvent réagir à des frustrations par des cris, des pleurs, des trépidations de rage.

Agitation et scolarité après 11 ans et à l'adolescence

Le passage de l'enseignement primaire au secondaire peut précipiter le passage de l'enfance à l'adolescence. Soumis à un bouleversement hormonal et physiologique, qui marque l'entrée dans la puberté, le jeune devra faire face à toute une métamorphose physique, psychologique et sociale.

L'école va davantage encore mobiliser les compétences cognitives des jeunes, les acquis de leur scolarité primaire et leurs capacités psychiques et relationnelles. Des diffi-

cultés propres à l'adolescent peuvent donner l'impression qu'il est incapable de se concentrer, alors qu'elles sont souvent d'origine affective. Une fois encore, un simple relevé des symptômes passerait à côté des difficultés de fond, que ne réglerait certainement pas un médicament.

Parmi ces difficultés, on peut relever deux formes typiques d'inhibition, de retrait mental :

- l'inhibition liée à un renoncement à penser. Pour éviter de « grandir » et sauvegarder le lien infantile aux parents, renoncer à penser serait l'équivalent d'un refus inconscient de s'engager dans le bouleversement de l'adolescence.
- l'inhibition par opposition et par refus d'une relation de soumission au savoir. À l'adolescence, les ressources du Moi ou assises « narcissiques » du sujet sont fortement sollicitées. Ceci peut amener l'adolescent à ériger des mécanismes de défense : il dénierait « ne pas savoir » pour se maintenir dans une position de toute-puissance, qu'invaliderait sa soumission au savoir d'autrui. Il s'agit en l'occurrence d'une inhibition « narcissique ».

Le passage en secondaire peut aussi révéler des difficultés consécutives à des problèmes de l'enfance liés à des troubles instrumentaux, à des troubles cognitifs ou à des troubles de l'apprentissage au sens large. Par le travail de l'intelligence, un élève peut toutefois compenser des troubles ravivés par la complexité des apprentissages. Souvent, des parents consultent pour les difficultés de concentration d'un enfant, incapable après les cours de s'attarder sur des leçons ou des devoirs. Les enseignants, de leur côté, observent que des jeunes sont quelquefois dans la lune.

Quant aux difficultés de comportement et aux réactions d'opposition, elles sont souvent l'expression d'un mal-être des adolescents. Un mal-être qu'ils n'ont pas voulu, mais qui est lié aux bouleversements de l'adolescence. Compte tenu de l'intense travail psychique en cours, les débordements psychiques se traduisent volontiers en manifestations corporelles (surtout chez les filles) et en passages à l'acte (surtout chez les garçons). Une lecture trop rapide de ces débordements, sous l'angle du TDAH et dans une optique médicamenteuse, ne pourrait que

passer à côté de la souffrance des jeunes... et des adultes à leur contact. Une approche réductrice risque de laisser se développer des dégâts psychiques irréversibles et de favoriser l'échec scolaire.

Des difficultés comportementales associées à de la distraction ou à un manque d'attention peuvent, en effet, révéler d'autres aspects de la réalité :

- l'inadéquation d'un type d'enseignement ou de pédagogie, qui risque davantage de confronter des jeunes à un vécu d'échec et à une blessure narcissique importante. Faut-il alors s'étonner qu'un jeune démotivé se mette à faire le pitre en classe, à s'« agiter » au lieu de se concentrer sur son travail ?
- l'incapacité d'un établissement ou des enseignants à répondre aux besoins psycho-affectifs des adolescents, alors que ceux-ci sont fort sollicités par le bouleversement qu'ils vivent dans leur psychisme et dans leur corps et par leurs besoins de se confronter à de nouveaux modèles d'identification.

Avant tout et quel que soit l'âge, une agitation chez des élèves doit toujours faire penser à leur indisponibilité pour des apprentissages. A fortiori chez ceux que l'adolescence plonge dans une période de grande transformation. Surtout si, en plus, tel ou tel élève doit compenser des lacunes antérieures, ou s'adapter à une situation familiale compliquée, ou encore est soumis à une maltraitance verbale ou physique, voire est sous l'emprise d'une consommation de cannabis ou d'une autre substance.

L'évaluation des difficultés décide d'un parcours

Agitation, difficultés de concentration... Ce que des enfants puis des jeunes manifestent mérite mieux qu'un étiquetage : une évaluation. Mieux cette évaluation s'ouvrira aux aspects cliniques et cognitifs, plus elle ouvrira aux jeunes la voie d'un épanouissement personnel, puis d'un avenir professionnel. Faute d'une évaluation correcte, les difficultés des élèves risquent de s'accumuler, de rétrécir les options offertes à leur formation, voire de les coincer dans des filières inadaptées à leurs aspirations et à leurs capacités inexploitées.

La disponibilité des enseignants au dialogue et à l'accompagnement psycho-affectif varie cependant beaucoup suivant leurs conditions de travail. Elle est compromise par des classes trop nombreuses, ou regroupant trop d'élèves issus de milieux défavorisés. Mais l'évaluation correcte des difficultés restera toujours décisive pour la poursuite du parcours de chacun.

Ainsi, un fait de distraction, même répété, n'est pas à confondre avec une distractibilité, propension irrésistible à se laisser distraire à tout bout de champ, trait typique associé à un TDAH. Un jeune peut ne pas réagir ou répondre machinalement à une demande ou à une question sans l'avoir écoutée, parce qu'il était trop absorbé par une tâche particulière. La distraction par rapport à une demande va ici de pair avec la concentration maintenue sur une autre activité. Tout autre est la réaction d'un adolescent qui ne peut s'empêcher de passer d'une activité à l'autre, faute de pouvoir maintenir son attention sur un même objectif. En ne tenant pas en place, en bavardant trop, en laissant trop souvent tomber du matériel, en posant des questions inappropriées, en faisant le pitre, un adolescent se montre à l'évidence agité. Le présumer d'emblée atteint d'un trouble d'hyperactivité, la lui reprocher en classe, aura dans la plupart des cas un effet inattendu : réduire sa réelle capacité de concentration.

Des parents aussi peuvent s'inquiéter de l'agitation d'un adolescent. Voici qu'en dehors des jeux vidéo, il n'arrive plus à poursuivre longtemps la même activité. Il égare souvent du matériel scolaire, ne note pas ses devoirs dans son agenda, ne range pas ses affaires, sa chambre étant devenue un capharnaüm. TDAH ? Impossible de se prononcer sans savoir :

- si ces symptômes sont observés à l'école, ou seulement avec certains professeurs ;
- si le niveau d'apprentissage en primaire était suffisant ;
- si plusieurs élèves dans la classe manifestent le même comportement ;
- si le jeune se plaît à l'école ;
- comment il a vécu le passage en secondaire ;
- quand les symptômes ont commencé...

De manière aberrante, le DSM-V permet de diagnostiquer un TDAH chez un adolescent qui n'aurait jamais eu de

difficulté durant l'enfance. Établir un tel diagnostic sans entretien clinique avec la personne concernée, relève d'un non sens total. Il se peut, d'ailleurs, que des symptômes aient été tolérés à l'école primaire et que, du même coup, le défaut d'accompagnement antérieur ne permette plus une adaptation suffisante du jeune aux exigences de l'enseignement secondaire.

Devant l'hyperactivité des enfants et des adolescents, il y a de quoi douter. TDAH? Les enseignants n'ont pas la formation nécessaire pour établir ce diagnostic. Et encore moins pour recommander une médication. Mais il leur revient d'en parler avec les parents et, s'il le faut, de les orienter vers une aide extérieure.

TDAH : d'où viendrait un tel trouble ?

À quelles causes, à quels facteurs attribuer un Trouble de Déficit de l'Attention lié ou non à une Hyperactivité? Cette question de l'*étiologie* du TDAH est au cœur du débat.

Certains spécialistes, surtout anglo-saxons, ont longtemps estimé que des troubles affectant le développement neurologique seraient d'origine essentiellement organique et liés à des anomalies génétiques. À l'inverse, des cliniciens, surtout francophones, ont mis l'accent sur des troubles affectifs liés à des dysfonctionnements relationnels précoces, en négligeant sans doute les aspects de la vulnérabilité propre à chaque individu.

Origine génétique? Aucune preuve biologique

Une vaste littérature scientifique a été passée au crible jusqu'en 2010 par François Gonon. Ce directeur de recherche à l'Institut des maladies neurodégénératives à l'Université de Bordeaux est un spécialiste de la dopamine. Cette substance chimique élaborée dans le cerveau joue un rôle capital dans la transmission d'information d'une cellule nerveuse à l'autre. C'est donc un neurotransmetteur. Après un examen de la littérature concernée, F. Gonon est en mesure de réfuter les théories selon lesquelles on observerait un taux de dopamine anormalement bas dans le cerveau des enfants souffrant de TDAH. Du coup, il n'est plus permis d'en faire une maladie d'origine biologique.

Des partisans de l'origine biologique du TDAH avaient tiré argument du rôle d'un médicament tel que la Rilatine, qui augmente le taux de dopamine dans le cerveau en bloquant la transmission de dopamine d'un neurone à l'autre. Mais ceci ne signifie pas que sans Rilatine il y aurait un déficit en dopamine dans le cerveau. Car un autre

neurotransmetteur, la noradrénaline, peut également se trouver en proportion accrue dans le cerveau si on bloque sa transmission par une substance appropriée. Bref, on ne peut pas attribuer l'origine du TDAH à un déficit en dopamine ou en noradrénaline. Des études menées par imagerie médicale conduisent également à rejeter l'hypothèse d'une origine biologique du TDAH.

Une influence de l'environnement mêlée à une sensibilité génétique

Dans un milieu où tous les individus sont exposés aux germes d'une maladie, on constate que certains la développent et d'autres non. C'est le cas de la tuberculose. Cette maladie infectieuse ne se transmet pas par voie héréditaire mais par contamination d'un germe extérieur, le bacille de Koch. Comme ce bacille ne contamine pas tous les individus qui y ont été exposés, on présume que des facteurs génétiques ont contribué à la moindre résistance des individus devenus tuberculeux. La proportion de la population qui semble génétiquement plus sensible à l'influence d'un même environnement, c'est l'hérédité.

En ce qui concerne le TDAH, l'hérédité n'est pas négligeable. Toutefois, s'il semble que le TDAH soit plus fréquent dans certaines familles (les risques sont estimés à 40% pour les frères et à 10% pour les sœurs), des études s'intéressant aux vrais jumeaux n'ont pas réussi à montrer une pure influence génétique³. Ce sont surtout des facteurs liés à l'environnement qui prédisposent au TDAH.

Des études récentes ont encore montré que chez l'être humain, comme déjà chez le rat, un environnement parental inapproprié en début de vie peut perturber le comportement du cerveau et son développement. Ces perturbations sont même transmissibles aux générations suivantes par un phénomène dit *épigénétique* : l'environnement inadapté modifie l'expression d'un gène, mais non

3. Les jumeaux « vrais » ou monozygotes sont génétiquement identiques car issus d'un seul œuf fécondé, le zygote, qui s'est scindé en deux. Les jumeaux « ordinaires » ou dizygotes proviennent de deux ovules distincts. Des études génétiques sont menées sur des vrais jumeaux séparés à la naissance ou dans leur jeune âge. D'autres études comparent les comportements des jumeaux identiques avec ceux constatés chez des jumeaux ordinaires.

sa structure. Le phénomène n'est donc pas irréversible : le patrimoine génétique reste inchangé.

Quels facteurs contribuent au développement du TDAH ?

Les hypothèses portant sur l'évolution du TDAH à long terme ont été peu testées, car elles impliquent de suivre les mêmes enfants à plusieurs années d'intervalle.

On peut au moins s'appuyer sur des observations relatives au développement du cerveau. À commencer par sa matière grise, dont l'épaisseur évolue au cours de l'enfance et de l'adolescence : elle atteint son maximum entre 7 et 13 ans ; elle diminuera à l'âge adulte. Cette évolution est plus précoce chez les filles que chez les garçons. Or, ce développement est retardé d'environ trois ans chez les enfants souffrant de TDAH. Mais avec les années, l'évolution tendrait vers la normale. Ces observations sont d'autant plus intéressantes que le TDAH est trois fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles.

Dans la matière grise, les milliards de cellules nerveuses qui trouveront à y loger leur corps sont loin d'être toutes formées à la naissance. Les connexions entre ces neurones vont même considérablement évoluer. Évolution décisive : de l'interaction entre ces neurones dépend le fonctionnement du cerveau, l'exercice des différentes fonctions cérébrales.

Le cerveau d'un enfant est donc un organe en plein développement. Les fonctions cérébrales connaîtront même des remaniements considérables à l'adolescence. De ce point de vue, l'être humain naît totalement immature.

Or, le développement des fonctions cérébrales est fort influencé par le milieu dans lequel vit le jeune être humain, particulièrement dans les périodes critiques de la petite enfance et de l'adolescence. Dans cet environnement, de nombreux facteurs peuvent perturber le développement des fonctions cérébrales.

En reprenant les travaux de F. Gonon et de Russel A. Barkley, voici les principaux facteurs connus comme

jouant un rôle dans l'apparition d'un TDAH :

- le faible niveau économique des parents ;
- le faible niveau culturel de la mère ;
- la naissance prématurée ;
- l'alcoolisme et le tabagisme pendant la grossesse ;
- une mère adolescente ;
- une mère élevant seule son garçon ;
- des parents souffrant de troubles mentaux ;
- la maltraitance des enfants ;
- le temps passé devant la télévision avant l'âge de trois ans.

Ces facteurs peuvent également jouer un rôle dans l'évolution des troubles et leur maintien. Il est reconnu que le TDAH de l'enfant persiste chez l'adulte dans 30 à 80% des cas (les chiffres varient d'une étude à l'autre selon les populations envisagées). Le risque qu'un enfant conserve un tel trouble est élevé quand les parents ont un comportement antisocial et/ou souffrent de troubles psychiatriques.

Au total, pour expliquer l'apparition et la persistance d'un TDAH, l'hypothèse la plus plausible est celle qui combine plusieurs facteurs. Si quelqu'un est né avec une vulnérabilité génétique et vit, dès son plus jeune âge, dans un milieu peu favorable à son développement affectif et social, il est davantage susceptible de souffrir d'un trouble tel que le TDAH. Sans cette vulnérabilité génétique mais avec le soutien d'un environnement favorable, le risque de souffrir d'un tel trouble est minime.

La télévision peut contribuer au développement d'un TDAH

L'organisation cérébrale inachevée du bébé nécessite un environnement adapté pour favoriser son bon développement. C'est spécialement important avant l'âge de 2 ans.

À cet égard, « la télévision à destination des bébés pose des problèmes graves et spécifiques sans commune mesure avec ceux de la télé pour les enfants », rappelle Serge Tisseron. Plus des tout-petits sont exposés devant la télévision, plus on voit apparaître chez eux des symptômes tels que ceux décrits pour le TDAH : instabilité

psychique et motrice, impulsivité, agressivité ; s'y associe un retard de langage. En quoi la télévision troublerait-elle le développement de l'enfant pour donner naissance à de tels symptômes ? S. Tisseron livre divers éléments de compréhension.

D'emblée une violence de la forme

Les programmes prétendument conçus pour bébé ont beau veiller au contenu non violent des images, ils exercent d'abord une violence par la forme du spectacle : par les ruptures visuelles, la trame musicale, la juxtaposition incessante de comportements stéréotypés. La succession des scènes à l'écran, souvent rapide et imprévisible, déclenche chez le tout-petit un amalgame de sensations dont il ne peut émerger. Il ne décroche son regard que par fatigue de la tension et des émotions auxquelles il a été soumis.

L'écran impose d'office une communication à sens unique. Avec l'écran, le bébé ne peut avoir aucun échange. Serge Tisseron le montre bien par comparaison avec une situation d'interaction réelle : un adulte sourit à un bébé, celui-ci répond par un sourire plus large, dans une spirale à rétroaction positive. En revanche, si le bébé regarde un visage qui lui sourit sur un écran, il va sourire à son tour, mais ce visage ne va pas se modifier sous l'effet de ce sourire. La boucle d'interaction est brisée. Pire : un changement de plan va faire apparaître autre chose sur l'écran, interrompant du coup l'émotion du sourire partagé. Le nourrisson est ainsi exposé à des ruptures brutales le forçant à « zapper » vers d'autres sensations.

L'exposition régulière à l'écran suscitera peu à peu chez le petit enfant, qui s'éprouve avant tout au plan sensoriel et moteur, la recherche de sensations analogues à celles qui l'ont agité. Les relations à l'autre qu'il va intérioriser seront en écho à des relations constamment avortées face à l'autre perçu par écran interposé. Autrement dit, sans bouger et les yeux rivés à l'écran, cet enfant apprend l'instabilité psychique qui, par les tensions qu'elle génère, pourra engendrer une agitation motrice. Instabilité psychique et motrice : deux caractéristiques majeures des enfants souffrant de TDAH.

Un cercle vicieux peut s'installer : voyant que leur enfant est calme devant l'écran mais s'agite dès qu'il le quitte, des parents en déduisent que la télévision l'apaise. Ou bien, désarmés devant l'agitation de l'enfant, ils le replacent devant un écran. En grandissant et dès l'âge de 8 ans, des enfants qui s'ennuient des programmes pour leur âge déplacent leur attention ailleurs. Peut-être vers des programmes pour adultes. Leur construction formelle les impressionnera davantage par son intensité : cadence accélérée des scènes et des changements de plans, musiques agressives, flashes colorés... Avec, en plus, des contenus pouvant être explicitement violents : explosions, meurtres, scènes sexuelles... Face à cette violence, le corps des enfants malmenés s'exprime : les mains se tordent, les doigts se crispent, ils se mordillent les lèvres, les regards ahuris ou effrayés se portent alternativement vers l'écran et vers l'entourage. Pour autant qu'un entourage soit présent.

Pour évacuer les tensions engendrées et pour que s'élaborent en lui des représentations plus soutenables de ce qu'il éprouve, l'enfant a besoin d'en parler, de réaliser des dessins ou de jouer avec d'autres enfants. Si le partenaire qui permettrait cette élaboration vient à manquer, l'enfant est condamné à s'accommoder de ce qui l'agite intérieurement. Si l'enfant regarde habituellement la télévision tôt le matin, il se rendra à l'école plein de tensions et surchargé d'images qui compliqueront ses divers apprentissages. Que l'enfant soit excité ou calmé devant l'écran, c'est son rythme à elle que la télévision lui impose. Avec une intensité bien supérieure aux stimulations ordinaires de la vie.

Violence des images et images de la violence

Un enfant en bas âge utilise tous ses sens pour entrer en interaction avec le monde qui l'entoure. Quand il joue, il se roule volontiers par terre, porte les jouets à sa bouche, fait du bruit en les manipulant... Les perceptions par la vue, l'ouïe, le toucher et l'odorat sont associées quasi en permanence. Leur intrication concourt ainsi à créer chez l'enfant son image inconsciente du corps et son sentiment d'être à la fois « dans son corps » et « au monde », c'est-à-dire « dans sa famille ».

Chez les enfants devenus grands consommateurs de télévision (plus d'une heure par jour), l'image du corps est perturbée. Plus ils regardent la télévision, moins ils se sentent faire partie de leur famille. L'écran regardé à dose excessive retarde aussi le langage des jeunes enfants. Pour chaque heure par jour où un bébé est placé devant un écran lui projetant un DVD ou une vidéo, ses apprentissages en vocabulaire diminuent de six à huit mots par rapport aux enfants qui ne regardent pas ces programmes. Montrés à des enfants âgés de 17 mois à 24 mois, des DVD et vidéos analogues n'ont pourtant pas eu d'effets positifs ou négatifs sur leur vocabulaire. C'est donc la durée d'exposition à l'écran qui va de pair avec le ralentissement des acquisitions. Aux États-Unis, 40 % des bébés de 3 mois regardent régulièrement la télévision. Ils sont 90 % à partir de 2 ans. Tant ils ont déjà été habitués à des programmes que les producteurs prétendent adaptés aux bébés. Adaptation invraisemblable avant 24 mois, réagit S. Tisseron : avant cet âge, les heures passées devant l'écran n'ont qu'un impact négatif.

Même quand la télé pour bébé prétend contribuer à l'acquisition du langage, l'écran reste incapable de varier l'intonation en fonction des réactions du petit spectateur. Or ce qui est fondamental, c'est la capacité de l'adulte de moduler sa voix en fonction de ses propres états émotionnels en harmonie avec ceux du bébé. Les acquisitions linguistiques d'un enfant ne s'appuient pas seulement sur les mots qu'il entend mais aussi sur les regards échangés, sur les attitudes corporelles et les intonations des parents, qui sont alors avec lui en véritable communication. L'inverse d'une communication à sens unique imposée par l'écran ! C'est dire combien les parents qui, régulièrement, racontent une histoire à un enfant ou lui lisent un livre, favorisent le développement de son langage.

Quant aux contenus violents des images, auxquels sont sensibles des enfants plus âgés, on note que les garçons qui regardent beaucoup de dessins animés présentent un risque élevé de devenir violents à l'adolescence. Ce risque n'existe pas chez les filles. Une des explications est que les garçons regardent des séries par lesquelles ils sont invités à s'identifier à des personnages invincibles et bien souvent violents. Les dessins animés destinés

aux filles sont d'un autre ordre et leurs effets ne sont pas vraiment connus.

Au contenu des images, le bébé, de son côté, est moins sensible qu'à la forme, comme souligné plus haut. Avant tout absorbé par son activité sensorimotrice, il est plus enclin à intérioriser des sensations, des rythmes et des émotions que des modèles comportementaux.

Un impact sur les processus d'identification

La télévision bouleverse les processus précoces d'identification. Les conséquences s'observent dès l'école maternelle et au moins jusqu'à l'adolescence.

Une forte consommation de télévision marque les profils psychologiques des enfants dès l'âge de 3 ans, à en juger par les rôles stéréotypés qu'ils adoptent plus volontiers : certains se perçoivent comme des dominants et des agresseurs potentiels; d'autres comme des victimes craintives; d'autres encore comme des redresseurs de torts. La télévision appauvrit ainsi les identifications possibles des plus petits. On voit alors des jeunes enfants épouser exclusivement certains profils. Coïncés dans un rôle, ils développent des réactions d'intolérance extrême à la frustration et une impulsivité incontrôlable, parfois violente. Et c'est précisément une des caractéristiques majeures des enfants souffrant de TDAH.

L'impact d'une télévision envahissante s'observe encore bien plus tard : l'enfant devient un adolescent scotché aux jeux vidéo. Comme s'il tentait de reconstruire, à l'aide d'un média interactif, des possibilités d'identification multiforme que l'écran non réactif a détruites dans son enfance.

Les psychostimulants, leurs effets et leur consommation

Dans les cas de TDAH, parmi les types de médicaments utilisés (dont certains antidépresseurs), les psychostimulants occupent l'avant de la scène. Le méthylphénidate, commercialisé en Belgique sous le nom de Rilatine (ailleurs, Ritaline le plus souvent) ou Concerta (pour la forme à effet retard), est un psychostimulant aux effets suspensifs mais non curatifs. Il procure un soulagement rapide, mais ne supprime pas le trouble. L'arrêt de ce médicament entraîne donc le retour immédiat des symptômes, sauf en de rares cas d'évolution favorable spontanée.

À partir des années 1990, la consommation de psychostimulants a explosé aux États-Unis, jusqu'à toucher plus de 10 % des enfants et adolescents. En Europe, cette consommation a également grimpé, dans une mesure moindre et variable selon les pays. En France, elle concerne moins de 1 % des enfants. En Belgique, plus de 30.000 mineurs prennent aujourd'hui de la Rilatine; ils n'étaient que 23.000 en 2007.

À quoi attribuer cette hausse de consommation? Dans divers pays, à commencer par les États-Unis, des évaluations trop peu affinées de divers troubles ou difficultés contribuent à gonfler le nombre de diagnostics de TDAH. Cette surévaluation diagnostique est aussi influencée par la publicité qui s'adresse directement aux consommateurs. Des associations regroupant des patients et des parents d'enfants ou d'adolescents traités pour un TDAH ont même été sponsorisées par des firmes pharmaceutiques. Or, elles jouent un rôle majeur dans l'information de leurs membres. Enfin, l'usage de manuels de diagnostic tels que le DSM, qui tiennent seulement compte de comportements apparents, est quasi à la portée de tous. À partir de là, des patients croient pouvoir s'autodiagnostiquer, des enseignants diagnostiquent des élèves, jusqu'à exiger un traitement médicamenteux. Comme s'il

s'agissait d'une solution magique, alors qu'elle ne résout rien des difficultés fondamentales.

La plupart des études ont longtemps montré l'intérêt et les bénéfiques de la Rilatine à court et à moyen terme. Mais à long terme? Une étude canadienne a suivi pendant plus de dix ans des enfants traités par psychostimulants et ses conclusions concordent avec les observations de bon nombre de cliniciens qui suivent des enfants souffrant d'un TDAH. Si la Rilatine augmente dans 70% des cas les performances de ces enfants, montre cette étude, les effets à long terme s'estompent et deviennent insignifiants. Chez des enfants présentant un TDAH, la Rilatine, même administrée jusqu'à l'adolescence, ne diminue pas les risques accrus de développer plus tard une toxicomanie, une délinquance, un échec scolaire. Seules les interventions psychosociales auprès des enfants et de leurs parents diminuent ces risques ainsi que l'anxiété, la dépression ou autres troubles souvent associés au TDAH.

Même aux États-Unis, ces interventions psychosociales sont désormais recommandées comme traitement de première intention pour un TDAH. Ce qui constitue une sérieuse remise en question des approches unilatérales qui, depuis trop longtemps, marquent leur préférence simpliste pour le traitement médicamenteux, au détriment de bien des soins essentiels dus aux enfants. L'instance américaine de régulation des médicaments, la Food and Drug Administration, a fini par prendre acte de l'absence de bénéfice à long terme de psychostimulants. Elle a exigé en 2008 que les cinq firmes pharmaceutiques américaines vendant des psychostimulants retirent de leurs campagnes publicitaires télévisées l'argument selon lequel des enfants souffrant de TDAH présenteraient un risque accru de toxicomanie, de délinquance et d'échec scolaire, car aucune étude n'a démontré que ces psychostimulants diminuent de tels risques.

Les effets secondaires de la Rilatine sont rares, mais ils existent et ne sont pas à sous-estimer. Parmi les plus connus, on peut citer : des insomnies, une diminution de l'appétit et des troubles digestifs, des tics nerveux, des maux de tête, des retards de croissance. Un psychostimulant augmente aussi la pression artérielle, le rythme

cardiaque et donc le travail du cœur, l'exposant à des arythmies et à de la tachycardie. Rarissime, le risque accru de mort subite chez les enfants qui prennent un psychostimulant impose la plus grande prudence. Le risque d'accoutumance et de conduite toxicomaniaque, bien attesté pour la cocaïne ou les amphétamines, semble exclu pour la Rilatine, selon les études portées à notre connaissance.

Le rôle des médias dans la surmédicalisation du TDAH

Aujourd'hui, qui n'a pas entendu parler d'hyperactivité, de ses symptômes, d'un traitement possible? À l'ère de la communication planétaire, les informations pertinentes sur pareil sujet croisent abondamment les moins fiables. Comment ne pas généraliser l'effet positif d'un médicament dont tel professeur a vanté les mérites à la télévision? Et si des facteurs génétiques sont présentés comme déterminants, qui ne s'inquiéterait pas qu'une petite sœur se montre à présent aussi turbulente que son grand frère?

Dans une société de consommation, fascinée par les acquis de la science médicale, la tendance à régler les difficultés par des médicaments s'est nettement accentuée. Les informations diffusées dans bien des médias à propos du TDAH vont dans le même sens et semblent contribuer à une consommation accrue de psychostimulants.

Des articles destinés au grand public nord-américain ont beau montrer que la neurobiologie du TDAH est mal connue; jouant sur l'argument de la forte héritabilité, certains spécialistes prétendent encore que la cause principale du trouble serait biologique et que le traitement de choix serait médicamenteux. Il arrive même que des médecins relaient cette information vers des parents. Par ignorance? Par mauvaise compréhension? Pour évacuer une culpabilité ressentie face à la souffrance d'un enfant?

Quoi qu'il en soit, pareilles méprises ne sont pas sans conséquence. Elles incitent davantage à prescrire un médicament qu'à mobiliser une famille pour mettre en place des aides adaptées. Des informations inappropriées à propos d'un trouble risquent ainsi d'enfermer un enfant dans la représentation figée que les adultes se font de lui et de le soumettre à une médication inopportune. Si l'enfant se conforme alors au parcours troublé qu'on lui prédit, tout son avenir scolaire n'en sera-t-il pas compromis?

Comment comprendre, à propos du TDAH, le succès médiatique d'informations aussi erronées que sa préten- due origine biologique ou son traitement miracle par la Rilatine ?

De l'étude scientifique à la communication au grand public

Entre des observations scientifiques portant sur les troubles mentaux et les conclusions transmises au grand public, bien des écarts et des malentendus peuvent se glisser. Pour tenter de les expliquer, des sociologues et des spécialistes de la communication ont collaboré avec François Gonon, dont l'examen critique des études existantes a été évoqué précédemment.

Une partie des explications tiendrait aux contraintes de publication des articles scientifiques. Ces contraintes, en effet, poussent souvent les chercheurs à tenir un double langage selon qu'ils s'adressent à d'autres scientifiques ou cherchent à obtenir des subsides pour leur recherche.

Lorsqu'un chercheur s'adresse à d'autres chercheurs dans une revue scientifique, son article suit généralement un même schéma : il émet d'abord des hypothèses et décrit la méthode de recherche, puis expose les résultats obtenus, en les appuyant par des analyses chiffrées et par les commentaires de la démarche, avant de tirer des conclusions et de résumer l'étude. La qualité de la présentation, la rigueur de l'expérimentation et la pertinence des résultats jouent évidemment un rôle déterminant pour le crédit d'un chercheur auprès de ses collègues.

Mais la rigueur scientifique ne suffit pas pour se faire remarquer des éditeurs de revues prestigieuses, les plus susceptibles d'offrir aux chercheurs la notoriété qui leur ouvrira l'accès à des subsides pour poursuivre leurs travaux. Pour susciter l'intérêt des éditeurs et gagner des lecteurs, les chercheurs veillent aussi à valoriser au maximum leurs résultats et leurs conclusions, quitte à survaloriser les promesses de découvertes ultérieures ou d'applications pratiques qu'ils attachent à leur étude. Sans l'annonce d'un acquis nouveau, si possible révolutionnaire, ils savent qu'ils ont peu de chance d'être

publiés dans une revue de renom qui, neuf fois sur dix, rejette les articles proposés. En revanche, tout article publié dans une revue scientifique renforcera le prestige de la publication, contribuera au crédit du chercheur dans la communauté scientifique, sans quoi il aura peu de moyens à sa disposition.

Toutes les études scientifiques ne sont donc pas portées de manière égale à la connaissance de tout le monde. Transmises aux médias de masse, les conclusions d'un travail n'intéressent souvent que par la nouveauté qui s'en dégage. Surtout si l'accent est mis sur l'aspect prometteur d'une découverte. Par exemple : « L'action de la Rilatine pourrait être due à un déficit de dopamine chez les enfants souffrant de TDAH. » Pourrait... mais ce n'est pas confirmé. En attendant, un grand média aura pu en tirer un impact maximal en annonçant, par exemple : « Des chercheurs découvrent un traitement pour les enfants hyperactifs : la Rilatine peut augmenter la dopamine que leur cerveau produit trop peu. » Une annonce médiatique peut ainsi, même en toute bonne foi, exagérer et déformer gravement les résultats d'une étude scientifique ; on en tire des conclusions abusives et on répand de la désinformation.

Des hypothèses même prometteuses ne sont jamais des certitudes. Il n'est pas rare que des hypothèses séduisantes soient invalidées plus tard par d'autres chercheurs. Cependant, les articles qui invalident des hypothèses présentent forcément des résultats négatifs. Ils ont dès lors moins de chance d'être publiés dans des revues prestigieuses que des articles annonçant des résultats positifs. Ainsi a-t-on continué à prétendre, durant des années, que les enfants hyperactifs avaient un déficit en dopamine au niveau cérébral, alors que la majorité des études ont invalidé cette hypothèse initiale qui semblait prometteuse.

Même entre experts, l'information se transmet rarement sans quelque déformation ou quelque omission. Ainsi, on a longtemps parlé de l'action bénéfique de la Rilatine sur les capacités d'attention des enfants souffrant de TDAH. Sans dire que la Rilatine agit de la même manière chez tous les enfants. D'où l'équivoque, dont un médecin peut parfois se faire l'écho : si la réaction d'un enfant à la Rilatine est positive, n'est-ce pas le signe que l'enfant en

aurait besoin et souffrirait de TDAH? Pareille confusion peut avoir de lourdes conséquences...

Difficile de se défaire d'un préjugé ou des présupposés ambiants

Les médias relaient souvent des propos simplistes ou réducteurs. Mais les conceptions parfois tranchées et opposées entre divers professionnels de la santé ne facilitent pas les nuances. Comment l'auditeur ou le lecteur ordinaire de leurs propos pourrait-il faire la part des choses?

S'agissant des troubles mentaux, surtout s'ils impliquent des difficultés de comportement, le débat prend vite un tour passionné. Y compris entre spécialistes. Comme si la conception la plus fiable allait se dégager de la véhémence des déclarations ou s'imposer par le poids de l'opinion dominante. Ainsi l'approche neurobiologique du TDAH a-t-elle été privilégiée tout un temps. Depuis, les conclusions des études des neurobiologistes américains ont rejoint l'expérience française en matière de pédopsychiatrie et de psychopathologie, largement influencée par la psychanalyse, pour valoriser le rôle de l'environnement sur le développement du psychisme humain. En attendant, que d'informations erronées ont été répandues !

Bien entendu, les médias ne sont pas neutres dans ces débats. Ils sont eux-mêmes partie prenante d'une société, dont ils entretiennent les présupposés culturels. Une société dont les préoccupations en matière de santé mentale ont bien changé en quelques générations. Ainsi, d'après des sociologues, les attentes des années 1960-1970 à l'égard de la pédopsychiatrie en France étaient centrées sur le bien-être du sujet. On aspirait à 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 éradiquer. On cherche à retrouver, au plus vite, une adaptation à son entourage, une conduite fonctionnelle. La réponse médicamenteuse semble alors toute trouvée. Cette réaction tend à négliger ce que vit au plus profond la personne souffrante, au-delà des symptômes apparents. L'analyse de ce vécu psy-

chopathologique semble souvent reléguée au rang des méthodes du passé. Or, le rappel et le suivi historique des troubles peuvent, à travers une fine évaluation, donner lieu à des propositions thérapeutiques mieux adaptées et plus soutenantes pour le patient; elles peuvent d'ailleurs se combiner avec un traitement médicamenteux s'il s'avère nécessaire.

Que vit dans sa tête un enfant souffrant de TDAH ?

D'un point de vue psychologique, que se passe-t-il dans la tête des enfants souffrant d'un TDAH ? L'observation clinique invite à beaucoup de modestie. Des symptômes semblent pareils, mais un enfant n'est pas l'autre. TDAH, simplifie-t-on. Sur 30 ans, ce type de trouble a pourtant suscité des interprétations diverses : agitation comme défense contre la dépression, carences dans la capacité de fantasmer, agitation face à la dépression maternelle, etc.

Pour comprendre le fonctionnement psychique, le mieux est encore de partir de la naissance. Le cerveau connaît un développement considérable durant les deux premières années. L'activité mentale aussi. Comme le cerveau, le psychisme est d'abord immature.

Maurice Berger et son équipe ont mené une des plus importantes études en ce domaine. Portant sur 60 enfants, cette étude n'a pas cherché à mettre en évidence les facteurs à l'origine des troubles. Elle s'est centrée sur l'observation du fonctionnement des enfants et sur leurs interactions avec les proches. L'étude a sélectionné un certain profil d'enfants présentant un TDAH, sans inclure les enfants souffrant de troubles associés tels que dépression, anxiété majeure, trouble obsessionnel compulsif, troubles psychotiques ou autres.

Des représentations perturbées

Au cours du développement normal d'un enfant, ses premières expériences, essentiellement sensorimotrices, laissent des traces dans son psychisme. Ces traces mnésiques vont se transformer dans le psychisme en représentations mentales, puis en pensées de plus en plus complexes. Par là, le sujet acquiert la capacité de contenir mentalement tout ce qui le déborde au niveau de son

vécu (de son ressenti). Toute cette élaboration psychique est complexe. Parce qu'elle donne au vécu une signification, fût-elle d'abord inconsciente. On parle de processus de symbolisation. Chez les enfants souffrant de TDHA, selon la recherche conduite par M. Berger, le fonctionnement psychique se caractériserait par des failles en symbolisation et en capacité de contenir le ressenti. Chez l'enfant hyperactif ou hyperkinétique, certaines représentations seraient particulièrement perturbées : celles du corps en mouvement, des rythmes corporels, de la position du corps dans l'espace. Finalement, c'est la représentation de soi (du Moi) qui serait défaillante. Ne pouvant se représenter comme ayant un corps propre, l'enfant serait entravé dans le développement de son imaginaire. Dès lors, le clinicien interprétera le comportement instable comme manifestant ce qui, dans l'expérience de l'enfant, n'a pu se structurer sur le plan psychique. Autrement dit, le sujet hyperkinétique traduit en acte et en agitation motrice l'agitation psychique qu'il ne peut gérer, faute de symbolisation suffisante.

Pour ce type de trouble, dans les cas étudiés, on a décrit des inadéquations dans la relation de l'enfant aux premières personnes qui lui ont délivré des soins. Des échanges perturbés avec ces personnes, objets primordiaux d'attachement, peuvent profondément déstabiliser l'enfant qui ne sait pas encore parler. Il peut manquer de ce soutien affectif élémentaire que le pédiatre et psychanalyste anglais D. Winnicott a défini comme holding : « le maintien physique de l'enfant par la mère⁴, mais aussi toute son adaptation nécessaire aux besoins physiques et psychiques de l'enfant dès les premiers mois de sa vie ». C'est dans l'interaction avec les « objets primaires » de son attachement que le bébé parvient peu à peu à s'approprier ses mouvements pulsionnels et ses expériences corporelles, à les intégrer dans une représentation de soi, dépendant du regard de l'adulte. Si, à ce stade, l'enfant vit des échanges perturbés, les pulsions qui l'agitent sur le plan psychique ne pourront être contenues et déborderont par la suite en agitation physique, voire en hyperactivité.

La qualité des échanges de l'enfant avec ses « objets primaires » et de l'image que cet entourage lui renvoie

4. Dans ce contexte, la « mère » signifie la première figure d'attachement de l'enfant.

est décisive pour qu'il acquière la capacité d'être seul en présence de l'objet « autre ». Lorsque l'objet est ressenti comme trop intrusif et trop excitant, bouger peut être pour l'enfant le seul moyen de ne pas se sentir envahi. A contrario, lorsque l'objet fait défaut, bouger peut être pour l'enfant un moyen de se soustraire au vide éprouvé.

Faute d'appui sur un objet suffisamment apaisant, l'enfant peut rechercher dans le mouvement perpétuel un « procédé auto-calmant », comme l'a décrit Gérard Swec. D'autres études ont également relevé chez les enfants hyperactifs une incapacité de jouer ainsi qu'une difficulté de va-et-vient entre le monde interne et la réalité externe.

Les enfants que je rencontre dans ma propre pratique ne présentent pas toujours de tels modes de fonctionnement. C'est le cas, entre autres, d'un enfant de 10 ans qui présentait, depuis l'âge de 6 ans, tous les critères de l'hyperkinésie et des déficits d'attention. Ce qui se passait dans sa tête s'est pourtant avéré tout autre. Son principal conflit interne concernait une rivalité insupportable avec ses frères (pas ses sœurs), au regard de leur mère. On ne peut donc jamais perdre de vue que chacun est unique.

L'éclairage d'une approche cognitive

La psychopathologie cognitive ou neurocognitive conçoit l'activité mentale comme celle d'un système qui traite et transforme l'information passant par les cellules nerveuses. Traitant de l'information, les processus mentaux sont dits cognitifs parce qu'en dépend le fonctionnement de la connaissance. Un trouble psychiatrique s'accompagne toujours d'un dysfonctionnement cognitif.

Dans cette optique, les troubles de l'attention et du comportement observés dans le TDAH impliquent des perturbations de plusieurs sous-systèmes cognitifs : l'attention, la mémoire et les fonctions dites exécutives. Dans la pratique clinique, celles-ci font l'objet d'évaluation par des tests spécifiques.

Quatre types d'attention se distinguent couramment. La vigilance et l'attention soutenue sont respectivement liées à l'intensité et à la qualité de l'attention. L'attention

sélective et l'attention divisée concernent la sélection des informations reçues par notre système cérébral, à savoir d'une part la capacité à résister à la distraction et d'autre part la faculté à effectuer deux tâches en même temps.

Les fonctions exécutives englobent une variété de processus cognitifs nécessaires à l'accomplissement de comportements orientés vers un but. Différentes fonctions spécifiques se distinguent :

- l'inhibition de la réponse motrice à un stimulus;
- le contrôle de l'interférence d'informations sur la réalisation d'une action;
- la planification de l'action, qui est la capacité à construire un plan et à séquencer ses actions en vue de la réalisation d'un objectif spécifique;
- la mémoire de travail, qui permet de stocker et de manipuler des informations pendant de courtes périodes et lors de la réalisation d'une activité;
- la flexibilité mentale qui est la capacité à s'adapter et à passer d'une tâche cognitive à une autre.

Les systèmes cognitifs impliqués chez les enfants TDAH font l'objet de recherches de plus en plus complexes.

Sans entrer dans cette complexité, citons les modèles les plus connus à ce jour.

Selon le modèle de Barkley, les déficits attentionnels proviennent d'un déficit des fonctions exécutives et plus particulièrement d'un déficit à inhiber ou à retarder une réponse ou un comportement.

Selon le modèle de Sonuga-Barke, il s'agirait plutôt d'une aversion pour le délai. Par exemple, l'enfant souffrant de TDAH, confronté à un choix entre une petite récompense immédiate et une plus grande récompense lointaine, choisira la récompense immédiate. On dit qu'il fuit, qu'il a une aversion pour le délai. Les dysfonctionnements des fonctions exécutives en seraient la conséquence.

Selon le modèle de Sagvolden, l'intolérance au délai serait en rapport avec un dysfonctionnement de mécanismes impliqués dans les phénomènes de renforcement et d'extinction. L'enfant hyperactif aurait besoin de renfor-

cement de ses actions plus immédiat et plus répété que les autres enfants.

En attendant, aucun profil cognitif type n'a été trouvé pour le TDAH. Ce qui tend à confirmer la diversité des profils observés dans l'observation clinique. Du reste, l'approche cognitive inspirée par les neurosciences s'intéresse désormais aux différentes facettes rationnelles, émotionnelles, affectives et sociales de l'activité mentale. Par ailleurs, à l'aide de nouvelles techniques de neuro-imagerie, cette approche tente d'établir des liens de continuité entre un état neuronal (au plan des cellules nerveuses) et un état mental, tout en tenant compte de l'impact possible de facteurs liés à l'environnement. Dans la mesure où différentes approches sortent d'une optique réductrice, leur dialogue ne pourra qu'être fécond.

Le rôle des soignants et les perspectives thérapeutiques

Une souffrance psychique comporte toujours de multiples aspects. L'approche clinique doit prendre en compte cette complexité. Un ouvrage a beau décrire les caractéristiques générales d'un trouble, il ne sait rien de la souffrance de tel enfant ou de tel adolescent. La rencontre de cet être unique, dans sa subjectivité et dans son histoire personnelle, familiale et sociale est indispensable pour bien comprendre sa souffrance, puis chercher comment la soulager.

L'agitation, l'impulsivité, l'inattention revêtent des formes variées chez les enfants et les adolescents. Le thérapeute a donc un rôle fondamental de discernement. Il lui revient de distinguer les tableaux cliniques de TDAH et d'autres troubles passagers, réactionnels ou intégrés à des pathologies globales.

Appliquer à tous les enfants agités l'étiquette TDAH serait d'avance médicaliser à outrance leurs difficultés, passer à côté de ce que chacun vit et en rajouter au mal-être enduré. Toute agitation, tout manque d'attention ne réclame pas un médicament. Qui oserait prétendre qu'un médicament va résoudre, par exemple, les problèmes d'un élève perturbé parce qu'il est victime de brimades à l'école ou de maltraitance à la maison ?

Le diagnostic : impossible sans évaluation

Pour établir un véritable diagnostic de TDAH et vérifier ce qu'on lui en dit, le thérapeute doit évaluer sous divers aspects ce que vit l'enfant, en testant plusieurs hypothèses.

En pratique, deux types d'évaluation semblent nécessaires sinon indispensables. D'une part, il convient d'éva-

luer 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 Rorschach. D'autre part, il est important d'évaluer chez l'enfant, à l'aide de tests neuropsychologiques, le fonctionnement de l'activité cognitive, du traitement de l'information par le cerveau, avec ce que cela implique entre autres comme formes d'attention et de mémoire.

Quand sont rapportées des difficultés typiques liées aux apprentissages, un bilan cognitif est utile, notamment pour préciser les altérations persistantes de l'attention, identifier les troubles instrumentaux, déterminer la maîtrise des repères spatio-temporels. On peut y ajouter une évaluation du quotient intellectuel, non pour chiffrer ce QI, mais pour préciser où sont les forces et les faiblesses du raisonnement.

Le niveau des acquis pédagogiques ne peut être négligé. Des apprentissages ont-ils été déficitaires? Lesquels? Pour quelles raisons, pas toujours apparentes? Par exemple, Henry, un adolescent de 13 ans, m'est adressé pour un problème de concentration à l'école. Lors du premier entretien, il reste quasi muet. Il laisse sa mère occuper tout l'espace des explications : les difficultés de son fils, elle les diagnostique TDAH. Elle évoque très vite leurs conflits en matière de scolarité. Mais c'est surtout la détresse de cette femme, liée à un deuil pathologique, qui se laisse percevoir. Elle craint, du reste, que son fils ne suive le même chemin que son neveu qui s'est suicidé deux ans plus tôt, alors que tout laissait penser qu'il était heureux. Par angoisse, la mère « colle » à son fils. Lui, privé de tout espace individuel, étouffe. Sa gestuelle durant l'entretien montre son besoin d'être entendu seul, en l'absence de sa mère. Par ailleurs, Henry présente des difficultés en français depuis l'école primaire. Elles n'ont jamais entraîné de redoublement, mais ses acquis de base en français pourraient jouer un rôle dans ses difficultés scolaires. L'évaluation de ses fonctions cognitives confirmera cette hypothèse. En fin de compte, le diagnostic de TDAH ne sera pas retenu. En revanche, une prise en charge par une logopède fera partie du programme thérapeutique. Elle donnera des résultats largement satisfaisants.

Les parents d'un enfant hyperactif sont généralement en détresse. Ils arrivent épuisés et démoralisés à la consultation du thérapeute. Ils ont énormément besoin d'aide. Ils la demandent souvent sous la pression d'une école, qui en attend la disparition rapide des difficultés rencontrées en classe. Ils savent combien supporter la vie de tous les jours avec un enfant instable pompe leur énergie. Surtout quand un parent est seul à pouvoir s'occuper des enfants, tout en assumant les tâches domestiques en plus du travail professionnel. Parfois tout le système familial est mis à mal. Quelquefois, l'enfant hyperactif est rejeté de toutes parts; il n'est pas le bienvenu dans la famille proche ni chez des amis. Certains parents renoncent à des sorties ou préfèrent n'inviter personne par crainte de complications imprévisibles ou de jugements blessants pour eux comme pour leur enfant.

Le vécu familial et social importe au clinicien pour le renseigner sur ce que vit l'enfant ou l'adolescent dans les interactions avec l'entourage et sur la manière dont elles imprègnent sa subjectivité et marquent son histoire. Ce sont donc des aspects à garder à l'esprit en cours d'évaluation d'une situation clinique.

Il en va de même pour le vécu scolaire. Les observations des enseignants sont fondamentales pour la compréhension des difficultés et des enjeux sous-jacents. Il existe des questionnaires-types (par exemple, les questionnaires de Conners), avec des grilles à remplir par les enseignants en vue d'évaluer la gravité des troubles du comportement ou de l'attention. Toutefois, un échange direct du thérapeute avec un enseignant, ne fût-ce qu'au téléphone, reste précieux pour aborder des réalités difficiles à décrire et impossibles à glisser dans une grille standardisée. Pour l'enseignant aussi, ce peut être l'occasion d'évoquer ses difficultés et de recevoir en retour une compréhension qui le soutiendra ou lui ouvrira des pistes pour faciliter la vie en classe.

L'évaluation qu'implique le diagnostic peut déjà avoir une valeur thérapeutique. N'est-il pas soulageant pour un jeune de comprendre les raisons de ses difficultés scolaires au lieu de s'en sentir dévalorisé ou disqualifié? Pointer l'origine d'un problème et expliciter l'enchaînement des faits menant à l'échec et à la démotivation, cela permet aussi

d'entrevoir des solutions. De quoi soulager le Moi fragilisé ou réparer quelque peu ses manques d'appui interne.

Quelles options thérapeutiques ?

Les évaluations réalisées, il n'est pas évident de choisir la meilleure option thérapeutique, en tenant compte des perturbations émotionnelles et cognitives ainsi que des interactions avec le milieu familial et scolaire. Une prise en charge globale s'impose donc, à plusieurs niveaux, en sériant les aspects et en déterminant un ordre de priorité.

Les options thérapeutiques pour le développement de l'enfant ou de l'adolescent devront donc être envisagées au cas par cas, puis réévaluées en cours de route. Car il n'y a pas de correspondance stricte entre un symptôme et un type de démarche thérapeutique. Des séances de rééducation bien conduites par une logopède sensible aux aspects affectifs d'un élève fragilisé peuvent être d'un plus grand soutien qu'une psychothérapie psychanalytique. À l'inverse, des séances centrées sur les difficultés attentionnelles ou instrumentales peuvent s'avérer trop ardues ou inefficaces, alors que l'enfant serait en mesure d'en bénéficier après une psychothérapie.

Selon que les enfants vivent à la campagne ou en ville, dans un logement spacieux ou étroit, l'évolution de leur hyperactivité peut être très différente. Si chaque enfant a besoin de bouger, ce besoin est le plus flagrant chez l'enfant présentant une agitation motrice. Sauter, courir, crier : quel enfant n'aurait pas envie de se décharger ainsi de la tension accumulée au bout d'une journée d'intense activité scolaire ? Ce n'est pas toujours possible à la maison. Mais d'autres possibilités sont envisageables : par exemple, un parc public avec un espace de jeux, une activité sportive, ou encore la participation à un mouvement de jeunesse, qui fera découvrir en prime une vie de groupe bien différente que celle de l'école.

À l'école, dès les classes maternelles, pour prévenir l'installation de troubles de type TDAH, des activités passant par de petits jeux de rôle⁵ devraient être propo-

5. Serge Tisseron, *Le jeu des trois figures en classes maternelles*, coll. Temps d'Arrêt, yapaka.be, 2011.

sées aux enfants soumis à une forte consommation de télévision. Comme décrit précédemment, ces enfants sont coincés dans des rôles stéréotypés. Ils développent de l'intolérance extrême à la frustration et une impulsivité incontrôlable, parfois violente. Dans le but d'y faire face, on peut les inviter à jouer, successivement ou tour à tour, des rôles d'agresseur, de victime ou de redresseur de torts. L'alternance des rôles aidera les uns et les autres à éprouver d'autres représentations d'eux-mêmes et contribuera à leur faire ressentir de l'empathie. En expérimentant d'autres façons de se situer, on apprend à se mettre à la place d'autrui, à ne plus être rivé à un seul type de ressenti, à faire face aux frustrations devant des situations décevantes. Les jeux faciliteront en outre le développement du langage et des formes de relation aux autres, donc de socialisation.

Les activités de psychomotricité ou toute activité physique proposées dans le cadre scolaire seront également à privilégier et à encourager.

Dans le cadre des psychothérapies, les thérapies du développement (à média corporel) seront proposées à des enfants en bas âge présentant des troubles attentionnels et/ou instrumentaux, d'après un tableau de dysharmonie globale du développement de l'enfant.

Les thérapies psychanalytiques proposées aux enfants plus âgés utiliseront souvent d'autres médias : par exemple, la création d'un récit à deux.

Les thérapies de groupe pour enfant et le psychodrame psychanalytique offrent également des pistes d'aide intéressantes.

Toutes ces modalités psychothérapeutiques viseront, entre autres, à développer chez l'enfant les capacités de jouer, notamment de jouer avec ses pensées, et de contenir sur le plan psychique l'ensemble des pulsions auxquelles il est soumis en permanence.

Avec la famille

Les parents étant les premiers responsables de l'éducation de leur enfant, il est indispensable, dans tous les cas,

de veiller au soutien dont ils peuvent bénéficier. Il s'agira d'abord de les aider à adapter des attitudes éducatives et pédagogiques. Les perspectives que cela implique ne sont pas évidentes à percevoir ni à accepter. Lorsque les parents seront prêts à envisager des réajustements, il sera peut-être possible, pour le thérapeute, de faire avec eux un certain travail. Notamment pour mettre en lumière la manière dont des éléments de leur propre enfance ont pu, à leur insu, les amener à des attitudes éducatives inadéquates pour l'enfant, bien souvent depuis sa naissance.

Potentiellement en souffrance, les autres enfants de la famille bénéficieront également d'un tel travail. En effet, les difficultés des enfants TDAH affectent tous les membres de la famille y compris la fratrie. Si les frères et les sœurs souffrent du même type de trouble, une évaluation individuelle leur sera proposée. Souvent, lorsque les besoins dominants des enfants TDAH accaparent les parents, les autres enfants se sentent isolés, abandonnés, ou moins aimés. Parfois, ils se désolent de ne pas vivre en paix et ressentent de la colère, de la culpabilité ou du ressentiment. Les interactions familiales s'en trouvent imprégnées.

Heureusement, tous les parents ne sont pas branchés sur l'option médicamenteuse, mais tous sont à la recherche d'une aide significative pour leurs enfants. Il leur faudra cependant s'armer de patience. Il est rare d'obtenir un rendez-vous immédiat dans un service de santé mentale ou chez un pédopsychiatre. Ensuite, après l'évaluation de la situation, les traitements proposés prendront du temps. En outre, si l'on envisage une consultation privée, le coût peut s'avérer trop élevé pour le budget familial. Ces réalités peuvent apparaître à certains parents comme des obstacles insurmontables, ce qui les incitera à renoncer aux traitements proposés et à réclamer plutôt une simple prescription de Rilatine, médicament qui aura sur leur enfant un effet immédiat, fût-il, dans son cas, inapproprié.

Avec les enseignants

Il est fondamental que la scolarité aussi soit adaptée aux besoins de l'enfant pour qu'il puisse vivre des expériences de maîtrise et de réussite. Ceci implique parfois des orientations vers un enseignement spécialisé. Encore

fait-il que les parents soient éclairés correctement sur les enjeux de cette option pour rencontrer au mieux leur propre souci de leur enfant.

Lorsqu'il s'agit de mettre en place des aides thérapeutiques, l'école doit être recontactée. Une rencontre avec les enseignants et la direction de l'école peut être nécessaire dans les situations compliquées. L'école joue un rôle décisif dans les acquisitions de connaissances. Elle a également un impact important sur la socialisation et sur la construction de l'identité de l'élève. Avec l'accord des parents et de l'enfant, tout en respectant le secret professionnel, le thérapeute peut expliquer les difficultés perçues aux enseignants. Ensemble il conviendra de penser à une manière d'aider l'enfant. Sur le plan pratique, il peut être utile de rédiger un document médical à l'usage de l'institution scolaire pour permettre aux enfants ou aux adolescents de bénéficier au mieux de conditions adaptées à leurs apprentissages.

Dans le cas où un enfant souffre de TDAH, voici une série de recommandations pratiques pour les enseignants :

- placer l'enfant, si possible, à proximité de l'enseignant, qui le recentrera plus facilement sur le travail à réaliser en cas de relâche de l'attention;
- favoriser, si possible, le travail sur ordinateur qui sollicitera d'emblée la participation active de l'enfant;
- privilégier des périodes de travail courtes, moins susceptibles de déborder les capacités d'attention qu'un long travail, qui finirait par décourager;
- prévoir en classe des tâches qui permettront à l'enfant de bouger davantage tout en le valorisant, comme effacer le tableau, distribuer ou montrer des documents, etc.;
- évaluer sans tarder l'activité ou le comportement qui appellent une reconnaissance positive ou une sanction, et s'en expliquer immédiatement, sachant qu'il s'agit de valoriser l'effort et non le résultat.

Pour aider à l'école des adolescents souffrant d'un TDAH, voici quelques autres propositions :

- veiller à la gestion pratique et supportable des activités, à leur organisation dans le temps, en balisant éventuellement les étapes à l'aide de repères concrets, tout en sachant que le stress et l'anxiété devant une tâche

- augmente la fatigue et les possibilités d'erreurs dues à de simples manques d'attention et de concentration ;
- réduire l'exposition à des sources externes de distraction en permettant à l'élève, par exemple, de réaliser un travail écrit dans un endroit calme, à l'écart du groupe ;
 - privilégier systématiquement, en l'accompagnant et en l'encourageant, la lecture et la compréhension correcte des consignes ainsi que l'autoévaluation des réponses, de manière à favoriser autant que possible l'automatisation de ces procédures ;
 - privilégier au maximum les activités à l'aide d'outils impliquant une participation active, notamment à l'ordinateur, qui facilite la progression du travail par la souplesse des remaniements qu'il permet au fil des révisions successives ;
 - dans certains cas, accorder à l'élève 50% de temps supplémentaire pour réaliser une épreuve d'examen ou un autre travail plus exigeant.

Diverses stratégies d'adaptation méritent d'être explorées. Par exemple, des jeunes travailleront mieux s'ils sont accompagnés et stimulés par des pairs. D'autres se concentreront plus volontiers sur leur travail s'ils s'isolent des bruits environnants par des écouteurs diffusant de la musique. Aux enseignants d'évaluer si ces stratégies et d'autres sont pertinentes et praticables à l'école.

Des médicaments : dans quel cas ?

Pour un TDAH, la prescription d'un psychostimulant peut s'avérer nécessaire. C'est le cas lorsque les déficits d'attention sont importants et entravent les processus d'apprentissage au point de faire courir le risque de sérieux retards pédagogiques, voire d'échecs scolaires. L'intensité de l'hyperkinésie est un autre argument en faveur d'une médication. Un psychostimulant peut, paradoxalement, diminuer une agitation extrême par son action sur la régulation neurologique de cette agitation.

En aucun cas, un médicament n'est à considérer comme une solution en soi au TDAH ou à d'autres troubles, ni comme un moyen de réduire au silence celui qui dérange. Une médication ne s'indique que dans le cadre d'une prise en charge globale et dans les cas limités où les

autres types de soutien envisagés ne suffiraient pas à empêcher que le trouble ait des conséquences désastreuses pour la vie relationnelle et les apprentissages scolaires de l'enfant.

Les effets d'une médication sont toujours à évaluer. L'évaluation s'appuiera, bien entendu, sur l'observation clinique, en intégrant les témoignages de l'enfant, de sa famille et des intervenants scolaires (un questionnaire, tel que l'échelle de Conners, est utile). Au cours du traitement, il faudra prévoir une réévaluation du fonctionnement cognitif (voir plus haut).

On poursuit le traitement lorsque :

- les capacités cognitives sont améliorées significativement ;
- et/ou il y a une nette atténuation de l'hyperkinésie, sans détérioration des capacités cognitives.

On arrête le traitement lorsque :

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

Qu'un enfant souffre de TDAH ou de tout autre trouble, le traitement global aura toujours à prendre en compte la partie symptomatique et la face cachée de sa souffrance.

Un psychostimulant... pour un temps forcément limité

Dans 70 % des cas, la Rilatine augmente les capacités d'attention des enfants auxquels elle est administrée pour soulager un TDAH parfois extrême. Et chez les autres enfants, qui ne souffrent d'aucun trouble apparent ? La Rilatine agit également.

Des psychostimulants sont même vantés, dans certains médias, comme « augmentant les performances scolaires ». Des adolescents et de jeunes étudiants le savent. Certains se procurent des psychostimulants pour en consommer en période de concentration maximale, comme une période d'examen. Il s'agit là d'un clair

détournement de l'usage normalement strict des psychostimulants qui, même pour un temps limité, ne sont jamais sans danger. Un suivi médical est donc toujours impératif. La question suivante doit rester en point de mire : à quand l'arrêt du médicament ?

Pour un enfant atteint d'un TDAH, un médicament tel que la Rilatine peut effectivement s'avérer provisoirement indispensable pour assurer une certaine stabilité qui rende possible le maintien d'une scolarité suffisante, réduise les comportements parfois agressifs, facilite les interactions avec les autres en famille et à l'école. En améliorant les possibilités de relation avec les autres, le médicament contribuera aussi, en retour, à valoriser l'estime de soi chez l'enfant. Bien entendu, le but recherché ne peut jamais être de conformer les expressions d'un enfant aux attentes de l'entourage : d'un point de vue éthique, ce serait totalement inacceptable. C'est toujours dans l'intérêt même de l'enfant qu'un psychostimulant peut lui être administré, spécialement s'il s'agit de soutenir son attention gravement déficiente ou de diminuer son extrême agitation.

Dans le même esprit, un thérapeute optera pour un psychostimulant si, sans cela, un enfant ne serait pas capable d'une continuité de pensée suffisante, indispensable à un certain travail de psychothérapie, en séance individuelle ou en groupe. En restaurant chez l'enfant une relative disponibilité à ce qu'il vit intérieurement, le médicament le rendra plus réceptif à ce qu'il ressent, à ses impressions et à ses pensées. Ayant davantage accès à ses ressources intérieures, l'enfant pourra les mobiliser peu à peu pour repérer ce qui l'agite et le trouble. En cours de traitement, des enfants parviennent ainsi à travailler sur les aspects problématiques de leur histoire. Progressivement, en comprenant mieux l'importance des relations qui les rattachent à d'autres, des enfants repèrent les moments où une certaine agitation de pensée (et/ou une certaine hyperactivité) revient, et tentent de se ressaisir.

Mais un psychostimulant ne sera jamais qu'un remède d'appoint provisoire, une béquille pour compenser temporairement un handicap. À long terme, on ne peut en attendre aucun effet positif. Entre-temps, il peut avoir nombre d'effets indésirables. Il est même à proscrire a

priori avant l'âge de 6 ans et pour certains sujets. Et dans tous les cas, il faudra un jour, dès que possible, arrêter pareil traitement. Que resterait-il si, dès le départ, rien d'autre n'avait été envisagé ?

Encore une fois, tous les enfants et adolescents ont besoin de soins multiples, de différentes formes d'aide et de soutien. Plus encore quand ils souffrent d'un trouble tel que le TDAH. Seuls les soins dont chacun est entouré, dès sa naissance, lui permettent d'être vraiment lui-même en présence des autres et, avec eux, de trouver la voie d'un épanouissement, bref de grandir en humanité.

Conclusion

L'agitation de l'enfant, qu'elle soit psychique ou motrice, peut être normale ou révéler un mal-être passager. Lorsqu'elle s'insère dans une problématique plus complexe, un diagnostic de TDAH pourrait être posé.

Ce type de trouble serait-il devenu plus fréquent dans les sociétés occidentales ? Ou serait-il moins toléré qu'auparavant ?

Quoi qu'il en soit, le TDAH n'est pas une maladie. Il désigne un regroupement de symptômes, derrière lesquels se profilent des enfants au fonctionnement psychique et cognitif très différent. Ces symptômes témoignent toujours d'une souffrance à prendre en compte.

Seule une observation clinique globale peut déboucher sur des propositions thérapeutiques adaptées à chaque enfant, compte tenu de ses ressources propres et de son environnement familial et social. Le clinicien devra donc faire preuve de rigueur et de créativité.

Du point de vue d'une politique de la santé, le rôle du clinicien est aussi fondamental pour transmettre au public des informations judicieuses. Notamment pour faire progresser l'idée que les troubles de type TDAH sont liés à de multiples facteurs, ainsi que l'admettent heureusement des études scientifiques conduites selon différentes approches.

Des spécialistes en la matière se présentent encore trop souvent comme des figures d'autorité médicale, prétendant pouvoir identifier des troubles au seul repérage des symptômes. Une approche aussi réductrice ne peut qu'encourager des solutions simplistes. Un médicament pour traiter un trouble, quoi de plus facile ? Mais passé ses premiers effets rassurants, une solution aussi bornée prépare souvent un désastre : faute de soins plus larges et d'un soutien plus ample, des êtres humains vont beaucoup plus mal.

Bibliographie

L'avancée de la recherche scientifique confirme pourtant la complexité du cerveau humain, et donc des troubles mentaux. Ainsi est-il apparu que le TDAH d'un enfant ou d'un adolescent dépendait fortement de son environnement familial et social. En toute logique, le souci de limiter l'impact de cet environnement devrait susciter davantage de projets de recherche. Puisque les psychostimulants n'ont pas d'effet à long terme sur le TDAH, il faudra bien miser sur une ambitieuse politique de prévention si l'on veut réduire l'apparition de troubles.

Des projets visant à améliorer les conditions d'existence des enfants dans leur milieu familial et social paraissent peu rentables à court terme. Peut-on y croire et les financer si l'on ne s'intéresse à la santé qu'à travers les lunettes de la biologie? À moins que les troubles dont souffrent des enfants en viennent à bousculer les idées reçues et les conceptions figées, en les ramenant à plus de modestie.

Accepter de n'avoir pas tout compris d'une situation troublante, d'être quelquefois passé à côté de l'essentiel, c'est déjà l'amorce d'un nouveau regard. Puisse-t-il s'élargir dans les familles et les écoles, dans la recherche scientifique, dans les professions de la santé, dans les investissements publics et privés, en passant par les médias. En dépend l'avenir des enfants et des adolescents et, avec eux, celui de toute une société.

- Berger M., *L'enfant instable*, Dunod, 2014.
- Delion P., *L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance : qu'en penser aujourd'hui?*, coll. Temps d'Arrêt, yapaka.be, 2006.
- Duché D.-J., *L'enfant hyperactif*, Ellipses, 1996.
- Catheline N., *Psychopathologie de la scolarité*, Elsevier-Masson, 3e éd. 2012.
- Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, 1998.
- Flagey D., *Mal à penser, mal à être*, Érès, 2002.
- Gonon F., « Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine », dans *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58, 273-281, 2010.
- Golse B., « L'hyperactivité de l'enfant. Un choix de société », dans *L'hyperactivité en débat*, Érès, 2005.
- Günter M., « Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) : un trouble de la transformation des affects et de la pensée? », dans *L'Année psychanalytique internationale*, 2015.
- Joly F. (coord.), *L'enfant instable*, Le Carnet Psy, 78, (février 2003).
- Joly F. (dir.), *L'hyperactivité en débat*, Érès, 2005.
- Joly F. (dir.), *L'enfant hyperactif*, éd. du Papyrus, 2008.
- Landman P., *Tous hyperactifs?*, Albin Michel, 2015.
- Tisseron S., *Le jeu des trois figures en classes maternelles*, coll. Temps d'Arrêt, yapaka.be, 2011.
- Tisseron S., *Les dangers de la télé pour les bébés*, coll. Temps d'Arrêt, yapaka.be, 2008.
- Barkley R. A., *Attention Deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*, The Guilford Press, 2006.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^e éd.), Washington DC, 2013.

Pour approfondir le sujet



-  · Cet ado est-il TDAH ?
 - Société agitée, enfant agité ?
 - Comment ne pas exclure un enfant difficile ?
 - Comment soutenir les parents d'enfants difficiles ?
 - Que faire avec un enfant qui s'oppose à tout ?
 - Enfant difficile, enfant malade ?
 - Comment l'enseignant peut-il aider l'enfant hyperactif ?
 - L'hyperactivité, un signe de souffrance à accueillir
 - TDAH, comment soutenir les parents ?
 - Diagnostic TDAH et développement de l'enfant
 - ...
-  · L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance : qu'en penser aujourd'hui ?
 - L'enfant difficile
 - ...
-  · Cet enfant est-il hyperactif ?
 - ...

sur yapaka.be

Temps d'Arrêt / Lectures Derniers parus

- 59. Protection de l'enfance et paniques morales.**
Christine Machiels
et David Niget
- 60. Jouer pour grandir.**
Sophie Marinopoulos
- 61. Prise en charge des délinquants sexuels.**
André Ciavaldini
- 62. Hypersexualisation des enfants.**
Jean Blairon, Carine De Buck,
Diane Huppert, Jean-Pierre Lebrun,
Vincent Magos, Jean-Paul Matot,
Jérôme Petit, Laurence Watillon*
- 63. La victime dans tous ses états.** Anne-Françoise Dahin
- 64. Grandir avec les écrans « La règle 3-6-9-12 ».**
Serge Tisseron
- 65. Soutien à la parentalité et contrôle social.**
Gérard Neyrand
- 66. La paternité et ses troubles.**
Martine Lamour
- 67. La maltraitance infantile, par delà la bienpensée.**
Bernard Golse
- 68. Un conjoint violent est-il un mauvais parent ?**
Benoit Bastard
- 69. À la rencontre des bébés en souffrance.**
Geneviève Bruwier
- 70. Développement et troubles de l'enfant.**
Marie-Paule Durieux
- 71. Guide de prévention de la maltraitance.**
Marc Gérard
- 72. Garde alternée : les besoins de l'enfant.**
Christine Frisch-Desmarez,
Maurice Berger
- 73. Le lien civil en crise ?**
Carole Gayet-Viaud
- 74. L'enfant difficile.**
Pierre Delion
- 75. Les espaces entre vérité et mensonge.**
Christophe Adam, Lambros
Couloubaritsis
- 76. Adolescence et conduites à risque.**
David Le Breton
- 77. Pour une hospitalité périnatale.**
Sylvain Missonnier
- 78. Travailler ensemble en institution.**
Christine Vander Borghet*
- 79. La violence envers les enfants, approche transculturelle.**
Marie Rose Moro
- 80. Rites de virilité à l'adolescence.**
David Le Breton
- 81. La nécessité de parler aux bébés.**
Annette Watillon-Naveau
- 82. Cet art qui éduque.**
Alain Kerlan et Samia Langar*
- 83. Développement et troubles de l'enfant. 1-4 ans**
Marie-Paule Durieux

* Ouvrage épuisé.

Découvrez toute la collection Temps d'Arrêt et retrouvez nos auteurs sur yapaka.be pour des entretiens vidéo, conférences en ligne, ...

En Belgique uniquement

Les livres de yapaka

disponibles gratuitement au 0800/20 000 ou infos@cfwb.be



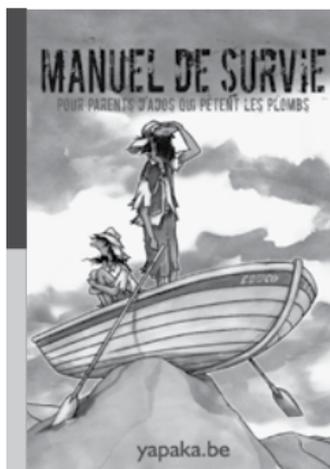
POUR LES PARENTS D'ENFANTS DE 0 À 2 ANS



POUR LES PARENTS D'ENFANTS



POUR LES PARENTS D'ENFANTS



POUR LES PARENTS D'ADOS



POUR LES ENFANTS



POUR LES ADOS DE 12 À 15 ANS