

# **Les comportements difficiles à l'école**

## **Compte rendu du PER (projet d'étude et de recherche) hyperactivité/instabilité**

Paul Fernandez  
CNEFEI de Suresnes

Septembre 2004

**« A céder sur les mots, on finit par céder sur les idées... A céder sur les modèles, on finit par céder sur les pratiques... Nos modèles (implicites ou explicites) commandent nos pratiques. A propos de l'hyperactivité de l'enfant, il ne s'agit en rien d'une guerre idéologique mais d'une discussion de fond qui doit avoir lieu quant aux choix théorico-cliniques, car ceux-ci ont des effets directs sur les options thérapeutiques des praticiens. » ( B. GOLSE)**

### **Introduction**

Le débat actuel sur la question de l'hyperactivité- instabilité renvoie à une opposition de modèles entre une conception neuropsychologique anglo-saxonne venue, en particulier, des USA et une conception francophone psychodynamique.

L'approche du syndrome de l'hyperactivité est orientée vers un substrat organique alors que celle du symptôme de l'instabilité est orientée vers les fondements psychogénétiques du trouble. Il s'ensuit une divergence radicale de compréhension alors que la réalité clinique est à priori la même. Il s'agit toutefois des mêmes enfants et les auteurs se rejoignent sur l'analyse descriptive des troubles. C'est bien au plan épistémologique que se situe la rupture et c'est là qu'il faut analyser les divergences entre ces différentes approches.

« La clinique de l'hyperactivité/instabilité est à la croisée des grandes conceptions du développement humain et du fonctionnement cérébral, de la neuropsychologie à la psychanalyse, de la psychologie cognitive à la psychologie clinique... Ce sujet est donc un terrain de prédilection pour les affrontements des disciplines et des conceptions. » (R. Voyazopoulos.)

### **1. L'approche anglo-saxonne de l'hyperactivité**

**Le TDAH (Trouble du Déficit d'Attention et Hyperactivité)** est un trouble neuropsychiatrique qui correspond à un diagnostic médical. Il suppose un dysfonctionnement cérébral, minime, qui entraîne des troubles observables, du domaine de la psychopathologie (trouble de comportement, irritabilité...) et de la neuropsychologie (trouble attentionnel, perturbations neurocognitives...).

Le TDAH est un syndrome neuro-comportemental, (le préfixe « neuro » marque le caractère neurobiologique des théories de référence), défini selon trois caractéristiques principales : l'hyperactivité, l'impulsivité et le déficit d'attention.

- L'hyperactivité se manifeste par une incapacité à rester en place, en particulier dans une situation de contrainte (école ou repas). L'activité motrice de l'enfant est désorganisée et sans but (contrairement à celle de l'enfant turbulent qui a un modèle d'exploration planifié). L'enfant ne peut pas se poser, il a la « bougeotte ».
- L'impulsivité se traduit sur le plan comportemental et cognitif. L'enfant paraît incapable de contrôler ses comportements. L'hyperexcitation le rend inapte à différer les actes, à attendre

son tour et à tolérer la frustration. Des impulsions agies, souvent imprévisibles, peuvent l'amener à se faire mal ou à se mettre en danger.

Sur le plan cognitif, l'impulsivité renvoie à la difficulté de penser le temps, les successions d'actions, à la difficulté de planifier et d'inhiber les réponses immédiates et spontanées. La mémoire à court terme peut être fragilisée.

- Le trouble ou déficit attentionnel est plus délicat à mesurer chez l'enfant. Il se traduit par le passage rapide d'une activité à l'autre, d'une idée à l'autre, et par une grande distractibilité (l'enfant étant distrait par des stimuli externes secondaires). L'enfant manifeste une faible capacité de concentration, ne peut se fixer sur une tâche ou organiser son activité. Il semble ne pas écouter ou ne respecte pas les consignes... Il "papillonne".

Dans le sigle actuel, TDAH, la place accordée au trouble attentionnel est devenue prépondérante. La tendance actuelle consiste à distinguer plusieurs sous-types de TDAH :

- Type 1 : Type hyperactif-impulsif prédominant
- Type 2 : Type inattentif prédominant
- Type 3 : Type combiné ou mixte, en sachant que la plupart des enfants présentent une combinaison des deux premiers types...

Le TDAH est défini à partir de comportements observés, érigés en critères comportementaux et validés dans le cadre d'une démarche expérimentale. Les critères du DSM IV ont été définis à partir des observations les plus fréquentes menées par les parents et les enseignants concernant les enfants agités. Ainsi, on postule que si dans un groupe déterminé, des enfants présentant des symptômes similaires sont perçus de la même façon par un groupe d'observateurs, il est fort probable qu'ils présentent une problématique commune dont l'étiologie, le mode de présentation, l'évolution et le traitement seront identiques.

Selon la classification américaine (D.S.M.IV), pour que le diagnostic puisse être porté, un certain nombre de critères doivent être présents pour chacun de ces aspects, pendant une durée de six mois au moins. Il n'en reste pas moins que le diagnostic reste fragile et difficile à établir. Il n'existe ni test diagnostique, ni marqueur biologique du trouble.

Compte tenu que le TDAH est défini à partir de comportements observés, persiste un risque non négligeable de confusion entre des manifestations générales et le syndrome défini, et de généralisation abusive du trouble. Le fait d'établir de nouvelles classifications en fonction de critères comportementaux a tendance à regrouper sous des catégories spécifiques des manifestations symptomatiques qui ne sont pas forcément de même nature, avec pour conséquence d'en faire une entité objectivable, ayant une cause commune. Si tous les enfants désignés TDAH présentent comme symptômes principaux de l'inattention, de l'agitation motrice et de l'impulsivité, il serait abusif et erroné d'affirmer que tout enfant inattentif, agité ou impulsif souffre obligatoirement de TDAH.

Par ailleurs, toutes les recherches mettent en évidence que le TDAH est un trouble hautement comorbide, c'est-à-dire le plus souvent associé à d'autres maladies. En effet, deux tiers des enfants hyperactifs ont des troubles surajoutés, en particulier des troubles des apprentissages, troubles oppositionnels, troubles des conduites, troubles anxieux, troubles de l'humeur. Le profil de l'enfant hyperactif est présenté comme un enfant étant souvent en difficulté scolaire, exclu du groupe, mal toléré dans sa famille, avec une mauvaise image de soi. Ce constat serait de nature à mettre en question la pertinence de le traiter en trouble spécifique dans la mesure où il est le plus souvent associé à d'autres manifestations...

Le TDAH est un diagnostic en voie d'expansion dans les pays anglo-saxons, en particulier en Amérique du Nord, et dans les pays européens. Il concernerait en moyenne 2 à 5% des enfants d'âge scolaire avec des variations importantes selon les pays (jusqu'à 10% selon certains auteurs américains). Les enfants diagnostiqués manifestent, pour la majorité d'entre eux, leurs premiers symptômes entre 3 et 4 ans. En France, il recouvre actuellement 15 à 20% des motifs de consultations en neuropédiatrie, ce qui montre l'effet d'attraction et d'influence exercé par ce modèle auprès du public. Les études récentes estiment que le TDAH concernerait environ 2% des enfants âgés de 2 à 6 ans.

La démarche fondée sur une étiologie neurobiologique propose des réponses qui allient un traitement médicamenteux et des rééducations de type cognitivo-comportementale.

- **Le traitement par amphétamines**, en particulier la ritaline, a des effets positifs constatés sur la régulation du comportement. Cette amphétamine a un effet excitant, en particulier sur la vigilance, et permet de réguler davantage les charges d'excitations provenant des structures sous-corticales. La ritaline excite le cortex pour en augmenter les capacités de contrôle et d'inhibition de l'excitation. Ce traitement ne guérit pas. Lorsqu'il a des effets positifs de sédation de l'agitation, il permet d'éviter les situations de trop grande souffrance et de désadaptation scolaire et d'entreprendre un travail thérapeutique avec l'enfant et sa famille. La question qui reste posée est que l'on ignore les effets à long terme de ce type de traitement sur le développement de jeunes enfants. Par ailleurs, il faut remarquer que ce type de médicament produit une amélioration du comportement, de l'attention et de l'efficacité cognitive chez tous les sujets, enfant et adulte, dans la mesure où il agit comme une drogue.

- **Les thérapies cognitives et comportementales** sont centrées sur l'amélioration et la résolution de difficultés concrètes manifestées par l'enfant. Elles reposent sur la participation active et la collaboration de l'enfant à la résolution de ses propres difficultés. Elles donnent lieu à la détermination de « contrats thérapeutiques » qui peuvent être mis en place dans le cadre de la famille et de l'école. Ils consistent essentiellement en des systèmes de récompenses visant à renforcer les réponses positives allant dans le sens d'une amélioration du comportement de l'enfant.

Dans ce cadre, l'approche de l'hyperactivité envisage la caractérisation du trouble dans la perspective d'une étiologie organique et selon l'hypothèse neuropsychologique d'un dysfonctionnement cérébral minime, considéré comme constitutionnel. Elle postule l'existence d'un « minimum brain damage or dysfunction » ou encore d'un « attention deficit disorder ». Elle propose donc de lier l'hyperactivité à une perturbation neurophysiologique primaire, qui prendrait la forme d'une hypovigilance cognitive, un niveau d'éveil cortical plus bas que la normale, contre quoi le sujet lutterait par une hyperactivité motrice. Le trouble, abordé uniquement dans ses aspects comportementaux, constitue une entité qui légitime d'en rechercher l'étiologie.

Manifestation isolée et cause alléguée se renforcent dans une démarche visant à renforcer la seule perspective psychophysiologique. Il en découle une logique fermée qui s'autojustifie. La manifestation, considérée comme entité et comme phénomène morbide, est donc censée avoir une cause explicative qui la confirme dans son existence.

Par ailleurs, ces approches spécifiques, selon un modèle médicalisé, produisent un effet d'étiquetage et de désignation. Elles ont pour effet d'identifier et de réduire le sujet à son symptôme, abordé à un niveau strictement comportemental, en n'accordant aucune part à la globalité du développement psychique et la dimension clinique dans laquelle il s'inscrit. L'aspect formel du symptôme est alors privilégié aux dépens d'une inscription dynamique du trouble dans l'économie générale de l'enfant. Les multiples particularités de l'enfant, à la fois du fait de sa maturation, de sa dépendance à l'environnement, mais aussi du fait de son psychisme en voie de structuration, semblent ignorées, de même que tout abord affectif et relationnel qui donneraient à ces conduites un sens autre que celui d'un simple déficit.

C'est l'inférence d'une réalité organique de la cause à partir de la réalité phénoménologique du fait à expliquer qui pose question. Cette orientation impose une attitude d'isolation, qui contribue à considérer le trouble comme entité morbide et évite toute approche symbolique de la difficulté. Or, un fait peut être réel sans que son explication soit validée autrement que par la subjectivité, c'est-à-dire élaborée à partir de ce qu'en disent les sujets, l'intégration de cette catégorie de faits nécessitant de différencier l'expression manifeste de son contenu latent. Une approche théorique qui évite a priori toute liaison entre manifeste et latent, empêche, par la méthodologie même qu'elle se donne, toute compréhension de faits réels à explication subjective. Elle ne peut rendre compte que de faits réels à causalité objective, ce qui revient à dire qu'elle ne peut que rendre compte d'explication psychophysiologique. L'application de ce modèle de scientificité au champ de la psychopathologie ne semble faire l'objet d'aucune réflexion critique dans les études anglo-saxonnes, pas plus que ses conséquences sur la limitation et la simplification des phénomènes qui en résultent.

## **2. L'approche psychodynamique de l'instabilité.**

En France, les recherches sur l'instabilité ne sont pas nouvelles. Elles ont jalonné l'ensemble du XX<sup>e</sup> siècle depuis la création de l'enseignement spécialisé. Les travaux de Wallon, Ajuriaguerra, Berges, Berger, entre autres chercheurs, ont apporté des connaissances importantes vis-à-vis d'un trouble qui est lié à l'histoire de la psychopathologie de l'enfant et qui appartient au champ de la psychomotricité. Dès les années 50, Ajuriaguerra proposait une première synthèse des travaux et distinguait une instabilité d'origine génétique, liée à des données d'équipement, et une instabilité psychoaffective liée à des événements secondaires.

L'instabilité est plurielle et son approche ne peut être univoque. Certaines instabilités sont de natures différentes, d'origine endogène ou exogène. Il existe toute une gamme d'instabilités qui vont de simples variations de la normale liées à l'âge et à la maturité psychomotrice de l'enfant, à des états réactionnels transitoires en réponse à des facteurs relationnels et environnementaux, jusqu'à des formes psychopathologiques avérées.

L'approche psychodynamique, d'orientation psychanalytique, ouvre ainsi d'autres pistes de compréhension de l'instabilité en considérant ce désordre comme participant d'une organisation et d'un fonctionnement global de l'enfant en relation avec son entourage. Dans cette perspective, l'instabilité constitue tout à la fois un mode d'adaptation et de défense de l'enfant en relation avec son environnement. La démarche permet d'approfondir des aspects fondamentaux du trouble tels que l'étiologie, l'apparition du trouble dans l'histoire du développement et des relations de l'enfant, la dimension affective et en particulier le contrôle des angoisses, le développement des capacités de symbolisation et de penser de l'enfant...

L'approche de l'école française de pédopsychiatrie est donc fondée plutôt sur une étiologie psychogénétique. Elle a tendance à aborder l'instabilité en tant que symptôme

secondaire à une pathologie psychique ou à un dysfonctionnement des relations familiales, en particulier centré sur les interactions précoces (défaut de holding, malmenage dans les soins corporels, réponses inadéquates aux besoins fondamentaux, maladresses dans la présentation d'objets, messages corporels et verbaux incohérents voire paradoxaux...) et sur les facteurs environnementaux. Elle repose sur la thèse selon laquelle on ne peut aborder les troubles de l'instabilité sans les référer à des repères de développement psychologiques et psychopathologiques.

Bien entendu, il importe de ne pas céder pour autant à la tentation de l'isolement et de l'exclusivité des approches. L'existence de facteurs neurobiologiques et développementaux n'exclut pas la présence de facteurs environnementaux et secondaires. Et encore, concevoir d'autres approches thérapeutiques portant sur le sens des difficultés dans le système des interactions avec l'entourage ne dispense aucunement d'envisager des traitements médicamenteux.

Le dualisme entre l'organique et le psychique est aujourd'hui à l'opposé de toutes les conceptions récentes du développement de l'enfant. Les éléments internes et externes se conjuguent. Tous sont indispensables à la croissance. Leur synthèse constitue l'individu. La querelle entre l'inné et l'acquis devrait être dépassée. Les travaux de la psychomotricité actuelle (en particulier ceux développés par S. Robert Ouvray) démontrent les articulations indissociables entre les registres somatique, psychique (incluant les aspects cognitifs), affectif et relationnel. Ces liens sont largement mis en évidence dans le tableau clinique de l'instabilité puisque l'instabilité de l'action, celle de la pensée et celle des émotions et des affects constituent les différentes composantes d'un processus complexe d'individuation inscrit dans l'histoire des relations avec les autres.

Aujourd'hui, la question de l'hyperactivité/instabilité focalise le débat et un conflit de conceptions sur la pédopsychiatrie et la psychopathologie. On assiste à une opposition d'approche et de pratiques selon des modèles de scientificité différents.

Le modèle neurobiologique met l'accent sur la dimension organique, les facteurs internes d'équipement en particulier génétiques et constitutionnels, les aspects comportementaux. Il se situe dans un modèle de scientificité de type expérimental, basé sur une observation des faits en fonction de critères objectifs et une recherche d'explication des troubles.

D'autre part, l'approche psychodynamique se situe dans un modèle de scientificité de type clinique, dans laquelle la sémiologie des troubles est appréhendée dans une approche globale du mode de fonctionnement de l'enfant, en relation avec son environnement, et resitué dans l'histoire de son développement.

La tentation est forte, pour tous les professionnels, de se cantonner à des approches univoques et réductrices des phénomènes qui sont de nature à renforcer les oppositions et les incompréhensions réciproques. En outre, le risque, pour les usagers, est que dans ces conditions, les conceptions préétablies des équipes de consultations orientent, de façon déterminante, le diagnostic et les réponses apportées. On constate que « l'unité de la psychologie » que Lagache appelait de ses vœux, entre psychologie expérimentale et psychologie clinique d'inspiration psychanalytique, est encore loin d'être réalisée...

L'existence du trouble ne fait aucun doute et chacun s'accorde sur les principaux signes cliniques. Le débat bloque principalement sur les difficultés d'une approche intégrative et multifactorielle de ce désordre.

Seule, une approche plurielle et multiréférentielle est susceptible de déjouer les replis sur des positions idéologiques et simplificatrices. L'enjeu d'une telle démarche menée collectivement par différents professionnels est de dépasser la tendance à isoler et à cliver les phénomènes : clivage entre l'organique et le psychique, entre le sujet et son environnement, entre la dimension manifeste et symbolique des phénomènes, entre une approche actuelle et la mise en histoire et en récit des troubles par le sujet.

Il s'agit de dépasser les confrontations polémiques et les antagonismes stériles pour développer des approches croisées et pluridisciplinaires visant une meilleure compréhension de l'instabilité. Une véritable intégration de ces différentes perspectives reste aujourd'hui à construire sur le terrain. Il serait profitable de s'engager dans la voie d'une conciliation des modèles autour de la pratique, en pensant des approches pluridisciplinaires mises en œuvre par des équipes de professionnels de façon complémentaire et articulée.

Cette synergie est d'autant plus nécessaire que l'enfant instable ou hyperactif pose un réel problème de réponse et de prise en charge. Il interpelle sans cesse les limites. Sa manière d'« attaquer » les cadres et de neutraliser les relations qu'on essaye d'instaurer devient vite insupportable, et risque de susciter des réactions de défense voire d'exclusion à son encontre. Le travail s'avère particulièrement délicat et difficile et nécessite pour les professionnels, d'assurer une véritable démarche de liaison et de collaboration autour de l'enfant.

### **3. Intérêts et enjeux de l'étude pour le Centre**

Il apparaît que la place de l'école est centrale dans la reconnaissance et le repérage de l'instabilité de l'enfant dans la mesure où c'est le plus souvent à l'école, en dehors du milieu familial, que vont se révéler les difficultés. Les parents ont le plus souvent tendance à minimiser ou à ignorer les difficultés de l'enfant dans le milieu familial. C'est dans le cadre social de l'école et en raison de ses contraintes, que l'instabilité de l'enfant va se manifester et se révéler de façon plus évidente en particulier autour de l'âge de trois-quatre ans.

En premier lieu, la question, serait d'éviter que l'école devienne le terrain et l'enjeu d'une nouvelle "guerre d'écoles", comme c'est arrivé pour l'autisme et les TSL. Il s'agit de dépasser les querelles idéologiques et les obscurantismes univoques. L'école doit se dégager des représentations et orientations hâtives et systématiques et se préserver de l'influence des différents groupes de pression, pour mieux se recentrer sur la prise en compte des conduites de l'enfant en situation scolaire et les réponses à y apporter. Elle ne peut être inféodée à des professionnels extérieurs, qu'ils soient médecins, neuro ou pédopsychiatre. Elle ne peut davantage déléguer à de providentiels spécialistes les réponses à apporter aux élèves présentant des signes d'instabilité. L'école a un rôle essentiel à assurer vis-à-vis de ces élèves et de leurs parents, et ce en relation avec l'intervention d'autres professionnels extérieurs lorsque c'est nécessaire.

De surcroît, les personnels spécialisés des RASED, psychologue, rééducateur et maître E, ont acquis une longue et riche expérience sur les actions de prévention, d'évaluation et d'aide à mettre en œuvre pour ces enfants présentant des difficultés d'adaptation ou de comportement en particulier sur le versant de l'instabilité et de l'agitation, d'ailleurs souvent teintée d'agressivité.



L'école a (faut-il dire devrait avoir!!) les moyens d'apporter des réponses ajustées et progressives au profit de ces élèves agités, instables, présentant des difficultés d'adaptation à l'école. Des actions spécialisées sont à mettre en place qui peuvent être définies dans plusieurs directions :

- **Dans une perspective de prévention primaire en direction des élèves du cycle 1 et de leurs parents.** Des dispositifs de prévention primaire, intégrés dans les pratiques des enseignants de l'école, s'avèrent pertinents et efficaces pour mettre en œuvre une approche individualisée de l'enfant en situation scolaire, organiser des situations d'observation et d'interaction, affiner les critères d'évaluation des conduites, consolider les fondements du développement moteur, cognitif et social de l'enfant à l'école. L'hypertonie et l'agitation excessives manifestées par certains enfants constituent des signes de fragilité qui peuvent être pris en compte et traités précocement. Ces dispositifs mobilisent un travail d'équipe de tous les professionnels de l'école, enseignants et personnels des RASED, et permettent d'entreprendre et de développer un véritable travail de communication avec les parents. (voir compte rendu de recherche sur la prévention et article paru dans la NRAIS).
- **Dans une perspective d'étayage sur le plan psychologique et d'aide à la symbolisation dans l'objectif de développer les capacités d'expression symbolique.** Les pratiques rééducatives constituent une des réponses possibles de l'école pour ces enfants instables.
- **Dans une perspective de remédiation cognitive et de structuration de l'activité de penser** qui correspondrait à un cadre d'aide spécialisée à dominante pédagogique, mis en place par un maître E.
- **Dans la perspective d'organiser des cadres et pratiques d'enseignement adaptées ou spécialisées** pour des élèves (enfant ou adolescent) présentant ce type de difficultés, que ce soit à l'école ou dans les établissements spécialisés...

#### Bibliographie de référence

**L'Enfant instable**, BERGER, M, (1999.) Ed. Dunod.

**Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant, 2<sup>o</sup> édition**, THOMAS, J., WILLEMS, G., (2001), Masson.

**L'hyperactivité infantile**, MÉNÉCHAL, J., (2001), Ed. Dunod.

Revue Enfance & Psy, n° 14, L'enfant excité, Ed. Érès, 2001.

Revue Le Carnet Psy n° 78, L'enfant instable... Dossier coordonné par F. JOLY, février 2003.