

PREAMBULE

Intervention de Paul FERNANDEZ – Coordinateur de la formation MIN.

L'INSHEA a enfin un statut universitaire autonome en tant que centre de recherche pour les jeunes handicapés et l'enseignement adapté. Il a une mission de prévention qui va de la difficulté au handicap.

Paul FERNANDEZ est à l'initiative de ce module d'initiative nationale en coordination avec le ministère de l'Education Nationale qui se décline sur 2 sessions (octobre- mai) d'un total de 50h.

Enjeux théoriques et cliniques :

Ces enjeux sont basés sur un débat théorico- clinique fondé sur deux modèles de référence qui au départ semblent s'exclure et être incompatibles entre eux, mais qui selon Paul FERNANDEZ peuvent être complémentaires. Le risque, en effet, est que ce débat idéologique prenne le pas sur la clinique au dépend de l'enfant. On a intérêt à penser de manière non réductrice.

L'hyperactivité et l'instabilité sont un véritable problème pour l'école, c'est une question d'actualité. Ces deux termes sous- tendent deux théories différentes, cependant c'est du même enfant que l'on parle.

Qui sont ces enfants ? Comment on pense les enfants agités ?

Chez l'enfant instable, il y a une mise en avant du corps massive : ils n'arrêtent pas de bouger, leur activité comme leur pensée sont dispersées. FERNANDEZ pose le lien somato-psychique (lien entre le corps et la psyché)

Les deux modèles référencés sont les suivants :

- modèle expérimental et neuro- biologique, issu du courant anglo-saxon et américain
- modèle clinique et psycho-dynamique, issu du courant francophone de la pédo-psychiatrie avec une conception psychanalytique.

Ces deux approches entraînent un débat très fort au niveau social, et l'école est l'otage de ces enjeux idéologiques (cf : rapport de l'INSERM « Zéro de conduite »).

La question reste de savoir comment positionner l'école par rapport à ça et de se dégager d'une position déterminée.

Généralités :

Les enfants hyperactifs n'ont pas de difficultés sur le plan intellectuel et cognitif mais des troubles de l'attention et de l'adaptation.

Sur le terrain, on rencontre toutes les formes d'instabilité à des degrés différents qui vont de la maturité neuro- motrice du développement, à une motricité excessive passagère, réactionnelle, pathologique. Est-ce une maladie définie comme une entité morbide ou faisant partie d'un ensemble de troubles corrélés, c'est-à-dire une instabilité liée à une comorbidité.

L'hyperactivité anciennement définie comme étant un Trouble d'Hyperactivité avec Déficit Attentionnel (THADA) est aujourd'hui renommée comme un **Trouble à Déficit Attentionnel avec Hyperactivité (TDAH)** : c'est le déficit attentionnel qui est mis en avant.

Dans le DSM IV, l'hyperactivité est abordée sur 3 versants :

- Versant du trouble attentionnel
- Versant de l'hyperactivité
- Versant de l'impulsivité.

Ce sont des critères comportementaux, descriptifs, éminemment subjectifs.

(Voir critères de diagnostic du TDAH du DSM IV en annexes)

PRESENTATION D'EXPERIENCES MENEES DANS LE CADRE D'UN SESSAD AUPRES D'ENFANTS ET ADOLESCENTS HYPERACTIFS

Jacqueline LIEGEOIS – psychologue clinicienne – Formatrice à l'INS HEA.

Jacqueline LIEGEOIS s'intéresse aux enfants qui ont des difficultés psychologiques à manifestations comportementales, autrefois appelées Troubles de la Conduite et du Comportement (TCC) – nouvelle appellation depuis Janvier 2005 -.

Ces enfants présentent des déficits de l'attention, de l'impulsivité et de l'hyperactivité qui les mettent dans un processus handicapant au regard de la scolarisation ordinaire.

La classification médicale aide à distinguer les différents troubles, mais la question reste complexe, floue et ambiguë. Ce ne sont que des mots et non une réalité.

Rappel :

Il existe trois grandes classifications qui définissent ces troubles :

- DSM IV : basée sur un listing de symptômes qui doivent apparaître dans deux milieux de vie différents et simultanément et durer depuis plus de 6 mois.
- CIM 10 : Classification Internationale des Maladies qui présente une terminologie référée à des troubles.
- CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent, d'obédience psychanalytique.

Dans cette classification française, 99% des enfants répertoriés TDAH présentent des « pathologies limites » et relèveraient d'ITEP.

Essai de trans-codification : chevauchement dans les trois classifications.

DSM IV TDAH (sens strict)	CIM 10 Troubles hyperkinétiques	CFTMEA pathologies limites
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

L'appellation est différente mais la réalité clinique est la même.

La pathologie clinique (difficulté psychologique à manifestation comportementale) :

Ces enfants présentent une **insécurité interne** (estime de soi, image de soi, narcissisme) due à des défaillances au niveau :

- du **sentiment d'identité** (avoir conscience de soi, prendre propriété de soi. Ce sentiment s'appuie sur le fait d'avoir un **sentiment continu de soi**, d'exister malgré les changements ainsi qu'une continuité temporelle, malgré les blancs ou les ruptures)
- du **sentiment de cohérence** (malgré le contexte, je reste moi-même, même si j'ai des comportements qui peuvent paraître paradoxaux. J'ai le sentiment de cohérence quelque soit le lieu)
- du **sentiment d'unité** (il y a un dedans et un dehors, une limite entre moi et l'extérieur et j'en ai conscience. Cette limite est un espace qui est plus ou moins le peau, un espace que je me façonne : espace transitionnel).

Ces enfants n'ont pas ce sentiment d'unité, la limite est perforée et leur donne un rapport au monde discordant (exemple : identification adhésive : l'enfant s'identifie au radiateur)

- de **l'autonomie** et de **l'indépendance** (qu'est-ce que l'autonomie ? C'est le fait d'avoir une conscience de soi dans la pensée, l'agir et l'affect (émotionnel) L'autonomie est sans cesse remise en question à chaque fois que je change de contexte. C'est prendre au maximum d'un contexte et répondre aux exigences de ce contexte)

Développement :

- En temps ordinaire, la concentration est possible 45 minutes maximum, au-delà, on ressent la dépendance à l'environnement. On ressent une certaine tension, mais parce qu'on est autonome, on se rabat sur la pensée (la pensée flottante, espace transitionnel, espace potentiel) ce qui va réguler cette tension. Il faut gérer cette dépendance à l'environnement pour ne pas être aliéné.
- Si on est préoccupé ou contrarié, le sujet ne tient que 30 minutes et on sent cette dépendance à l'environnement.

- C'est la préoccupation qui prend le dessus et non l'espace transitionnel : c'est le corps qui prend le dessus (on remue, on joue avec son stylo, on a envie d'un café ...)
- Si on arrive très chargé, on tient 10 minutes et c'est le passage à l'acte qui peut se décliner sur trois niveaux, au niveau :
 - De la pensée (c'est le blanc, le trou noir)
 - Du corps (changement brutal de posture)
 - Des affects (de calme, on devient excessif)

Il y a des ruptures qui amènent ces blancs, alors que le sentiment d'identité est référé à la continuité. Il faut donc travailler le lien, « tricoter du lien ». Cela attaque aussi l'autonomie du sujet, il est en perte d'autonomie d'un point de vue conjoncturel (contextuel) et structurel. Le contexte devient alors intolérable. Cette dépendance à l'environnement est insupportable, le sujet se sent débordé, au niveau de sa sécurité interne.

Ça peut arriver n'importe quand. La dépendance à l'environnement est mise à l'épreuve constamment

Certains enfants ont une insécurité interne structurelle, due à leurs premières expériences personnelles, pas toujours heureuses.

Il existe plusieurs éléments constitutifs de l'identité :

- **Le corps :**

Il faut prendre conscience de son corps, de son sexe. Je l'apprends dans ma rencontre avec l'autre, dans les interactions précoces.

Ces enfants n'ont pas été suffisamment pris en compte par l'autre. Il y a eu un désaccordage entre leurs besoins et la manière dont ils ont été interprétés, une non adéquation à leurs besoins.

- **Le temps :**

Je m'apprends avec mes expériences. Je me tends, je me détends. Il y a un avant, un pendant, un après. Bien souvent la dimension temporelle est remise en cause, il y a des ruptures dans la journée.

- **L'espace :**

il y a chez eux une discontinuité au niveau de l'espace. Ils ont subi des changements. Ce sont des enfants déracinés. Ils n'ont pas de stabilité au niveau spatial. Ils ne se sont pas enracinés.

- **La dimension affective :**

Peu investie ou trop investie, avec des adultes insécures. Ils n'ont pas d'empathie : identifier ce que l'autre peut penser ou ressentir. Ils ont intégré quelque chose d'insécure ou quelque chose d'idéal, une mère mythique. Ce sont des « anthropomorphages de l'amour », jamais satisfaits.

C'est une question d'investissement : ou trop ou pas assez, souvent trop. Ils mettent en place des stratégies pour reproduire des situations de rejet, ils déclenchent du trop chez l'adulte, ce qui entraîne un rejet. Ces enfants mettent en place des mécanismes de brisure. Très vite ils se sentent en insécurité interne. Au bout d'un moment les fonctions cognitives peuvent être troublées : fragilité de concentration, d'attention. Le contexte scolaire leur devient insupportable, ils « pètent les plombs » (passages à l'acte).

Chez les adolescents, l'adulte n'est jamais à la bonne place, les passages à l'acte viennent après une rapprochée préalable.

Comment aménager le contexte scolaire pour le rendre favorable à l'apprentissage ? Que faire pour que l'enfant ne ressente pas cette dépendance à l'environnement ?

Si on n'aménage pas le milieu ordinaire, ça va crescendo. Il y a passage à l'acte ou rupture de la pensée ;

L'aménagement du contexte est important.

Exemples :

- aménager l'espace de la classe : un « coin des énervés » : « quand tu sens que ça monte, tu viens dans ce coin » (avec une tâche à faire selon la créativité de l'enseignant). Il faut que l'enfant prenne conscience de « quand ça monte chez lui ». C'est l'autonomie. Il prend propriété de lui. On s'appuie sur l'externe.
- Aménager le temps : faire deux récréations

- Il faut mettre du protocole, verbaliser. On explique. C'est un repère organisé, un repère externe. L'enfant se l'approprié. Expliciter au maximum ce qu'on va faire, être dans une posture d'enseignant très forte. Il faut mettre un échancier, une limite.

La sécurité interne de l'enseignant est mise en cause. Ces enfants amènent le déséquilibre et l'urgence. L'adulte ne doit pas être détruit.

La question est : comment rassurer le contexte scolaire sur ces crises ?

Exemple : donner un téléphone portable à l'enseignant qu'il pourra utiliser en période crise pour appeler le SESSAD. C'est pour lui sécurisant et il l'utilise de moins en moins.

Dans la façon d'appréhender la scolarisation de ces enfants à besoins particuliers, on est dans une logique de besoins (et non de problème). Comment identifier ces besoins ?

Cela amène une réflexion au niveau des besoins. De quoi parle-t-on ? Quelle est la mission de l'éducation nationale ? L'école est partenaire d'une co-éducation avec les parents et autres partenaires.

Dans toute situation scolaire (humaine), on est confronté à trois rencontres :

1. la rencontre avec le doute, l'incertitude.

C'est la quête du sens (la dimension cognitive)

Je dois assumer cette confrontation au doute, à l'incertitude, assumer ce déséquilibre qui est le propre de l'apprentissage. Cela fait appel à la dimension cognitive : la question du sens. Si ça a du sens, je vais mieux appréhender le doute. Ce sens s'appuie sur des besoins : la connaissance

La stimulation

La stabilité (besoin d'être renforcée)

L'expérimentation (notion de causalité, besoin de permanence dans cette causalité structurante pour l'autonomie). Si l'enfant est dans l'aléatoire, il ne peut pas mettre en place cette causalité.

Ces besoins participent au sens : donner du sens à son monde. Cette confrontation au doute est impossible pour ces enfants. Il y a évitement de la pensée.

Bien souvent il y a une hypo ou une hyperstimulation. La difficulté est de trouver le juste milieu.

2. la rencontre avec le manque, l'impuissance

C'est la quête du lien (dimension affective)

Pour me construire, je dois être lié. Ce lien m'aide à accepter le manque. Je suis mortel. Je peux le supporter si je suis suffisamment investi, protégé, sécurisé, attaché. La difficulté là encore est le trop ou pas assez. Arriver à un « suffisamment »

3. la subordination à la loi

C'est la quête du pouvoir (dimension sociale)

Pour accepter d'être subordonné à la loi,

J'ai besoin de repères. Qui fait quoi ?

J'ai besoin de repères temporels : après la CLIS, après l'UPI...

J'ai besoin d'être considéré socialement. Suis-je considéré comme un élève ?

J'ai besoin de communication. Comment on parle de l'élève en sa présence ?

4. la dimension idéologique

C'est la quête de valeurs.

J'ai besoin d'être au clair avec les valeurs morales, éthiques, esthétiques (bien/mal, beau/laid, vrai/faux...). Le conflit de valeurs peut être intolérable.

Comment l'institution peut répondre à ces besoins ou les amplifier ?

Il vaut mieux écouter les personnes qui sont près de lui (parents, enseignants). Les enseignants racontent ce que l'enfant donne à voir. Il faut écouter la subjectivité de cet adulte car c'est lui qui est actif avec l'enfant. Il est intéressant de savoir ce qui lui pose problème avec cet enfant, ce qu'il met en avant, savoir où se situe la difficulté, dans quelle dimension on est : plutôt du côté du manque, de l'impuissance, du lien, hypo ou hyper investi, hypo ou hyper attaché. Il faut observer si on est du côté du sens et travailler l'expérimentation, la connaissance, du côté de la dimension sociale et

travailler les repères, ou du côté de la communication ente pairs, ou du côté de la considération. Est-il considéré comme un élève ? (lui dire « tu es là pour apprendre »).

Il faut voir quelle est l'entrée la plus dominante. Les aménagements du contexte vont dépendre de cette dimension.

Cet enfant amène une crise, un déséquilibre dans le système. Il faut pouvoir accompagner cette crise et non l'arrêter. Il faut travailler la crise sur deux niveaux :

- Analyser la situation scolaire, aménager le contexte, travailler en équipe
- Analyser la situation de l'enfant, la problématique

Quelques fois, il y a des situations d'urgence. Ces enfants déséquilibrent l'institution. On s'en prend à la situation de l'enfant, quand ce n'est pas à l'enfant lui-même.

Il y a une mise à l'épreuve de l'institution elle-même.

L'urgence arrive quand la situation de l'enfant entre en résonance avec la situation de l'institution au même moment (effet miroir, caisse de résonance). L'institution se trouve alors débordée. La situation de l'enfant est révélatrice d'un autre problème. On va se dégager de l'enfant pour agir sur l'institution. La résonance est du côté affectif de l'institution (institution vulnérable, beaucoup de non-dits, pas de sens, pas de cohérence...)

HYPERACTIVITE ET INSTABILITE

SEMILOGIE ET ORGANISATION DES TROUBLES

Paul FERNANDEZ

Dimitri AFGOUSTIDIS- enseignant au INSHEA- psychologue clinicien cognitiviste.

Tentative de compréhension des troubles de l'attention.

De quel type d'enfant on parle ? Comment on les caractérise ?

Ces enfants posent un réel problème aux enseignants et à l'école. On va tenter de dégager les signes cliniques, les caractéristiques de l'enfant instable à travers des cas d'enfant et de proposer une synthèse des différentes manifestations et signes, le but étant d'avoir des éléments de compréhension.

Qu'est-ce que ces enfants provoquent au niveau relationnel ?

Comment donner autant à des enfants qui ne nous renvoient rien, qui n'accusent pas réception ?

Il n'y a pas de retour sur le plan de la relation pédagogique, il n'y a pas d'accroche, on ne peut les atteindre. C'est une position insoutenable pour l'enseignant.

Dans tous les cas exposés, on note une réelle difficulté à construire la relation : on est soit dans l'excès, soit dans le manque.

SYNTHESE DU PREMIER GROUPE DE TRAVAIL / Dimitri AFGOUSTIDIS

Il en ressort 5 grandes rubriques au niveau des caractéristiques de ces enfants :

1 - *Difficultés d'attention* : attention variable en fonction des activités, rapport difficile à la réalisation des tâches (l'activité n'est pas cohérente et continue), la représentation de la tâche est problématique.

2 - *Difficultés émotionnelles* : grande sensibilité émotionnelle débordante avec une faible estime de soi.

3 - *Difficultés au niveau du comportement* : agitation physique et verbale à chaque changement d'état : agressivité, violence, comportement dangereux envers lui-même et les autres, tics

4 - *Comportement et attitudes inadaptés* par rapport aux adultes, refus de l'autorité et du cadre, mise en cause du fonctionnement de la classe

5- *Modalités relationnelles complexes et problématiques* de l'enfant envers l'adulte et de l'adulte envers l'enfant, l'enfant « phagocyte » l'autre, ne regarde pas l'interlocuteur en face, il se sent persécuté. On remarque des particularités en fonction de l'âge et du lieu :

les adolescents insultent, les enfants d'hôpital de jour manifestent une angoisse massive, les enfants d'âge scolaire montrent une inadaptation scolaire.

Remarques :

Toutes ces difficultés sont à cheval sur les troubles hyperactifs et les troubles de la conduite. Toutes ces difficultés débordent du descriptif du DSM IV, par exemple les difficultés relationnelles qui ne sont pas prises en compte.

SYNTHESE DU DEUXIEME GROUPE DE TRAVAIL / Paul FERNANDEZ.

On retrouve toujours la question d'une estime de soi, d'une confiance en soi fragilisée. Ils sont dans une insécurité sur le plan personnel. Ils ne se pensent pas aimables, ont des difficultés sur le plan de la relation et sont dans une demande excessive. Ils reproduisent la relation familiale à l'école. Ils investissent la relation de manière paradoxale (ils ont à la fois une demande impérieuse de la relation et en même temps, ils veulent l'éviter. Cela les met dans une position difficile et angoissante.)

Etre un avec les autres et parmi les autres relève de l'impossible.

Ils sont dans la destruction, ne veulent pas laisser de traces, refusent le cadre, cherchent les limites, sont en état d'angoisse permanent et d'hyper tension intérieure (intérieur bouillonnant), dans la réactivité. On retrouve la question du doute et des compétences.

Ils montrent une incapacité à entrer dans l'écrit, leur histoire est souvent compliquée au niveau familial (rupture dans le couple, rejets, changements). Apparaît souvent la dimension du danger par rapport à soi et à l'extérieur.

La question du corporel revient souvent : respiration bloquée, voix cassée, difficultés dans la manière de se tenir ... Les enfants instables, n'habitent pas leur espace corporel, ils sont dans une hyperactivité corporelle qui marque d'autres difficultés. Ils sont dans l'isolement et communiquent peu, ou alors de façon violente : difficultés à être ensemble, à rencontrer l'autre, à faire avec l'autre, donc à organiser la distance (papillonnage, jamais d'accrochage).

Ils échappent à la relation et à la contrainte, ne peuvent être dans un contrat pédagogique. Ils mettent l'enseignant dans une relation d'impuissance car il n'y a pas de retour : on a envie de les éjecter, de les voir ailleurs que dans sa classe.

Certains enfants semblent brillants mais que ponctuellement ou suivant l'activité proposée. Ils peuvent dysfonctionner dans certains domaines.

Souvent le contexte fait écho sur le pathologique.

QUESTIONS A DEBATTRE

- Malgré le fait qu'ils renvoient à l'école une certaine impuissance, il faut éviter de rajouter des phénomènes d'exclusion.

- Est-ce que les réponses sont adéquates par rapport au fonctionnement de cet enfant ?
L'institution réagit bien souvent par l'agitation.

- Question du collectif, de la tolérance du groupe classe ?

Paradoxe : on a une idéologie d'inclusion et en même temps une crispation de l'institution par rapport à ce trouble, car le trouble du comportement est ce qui gêne le plus actuellement, on a du mal à le gérer.

- Problèmes des repères institutionnels non explicites, le cadre ne semble pas avoir assez d'assise, le contenant que l'adulte est sensé être est trop mouvant. Ces enfants nous renvoient à du chaos.

CONCLUSION

Que l'approche soit corporelle, cognitive, relationnelle ou neurologique, on observe qu'il y a toujours une réponse excessive par rapport à un manque. On répond à l'excès par un excès.

C'est la question de l'enfant débordé par l'affect, dans une grande difficulté d'être.

L'HYPERACTIVITE CHEZ L'ENFANT

CRITERES D'EVALUATION ET MODALITE DE PRISE EN CHARGE.

*Marie-France LE HEUZEY – psychiatre pour enfants et adolescents à l'hôpital R.DEBRE – PARIS –
Service de psychopathologie : thérapie cognitivo-comportementaliste.*

C'est le déficit attentionnel qui est mis en avant. Seulement deux types de spécialiste sont à même de diagnostiquer le TDAH : le pédopsychiatre et le neuropédiatre.

Ce trouble est à l'intersection des troubles neuropsychologique et pédiatrique.

Les différents aspects de l'évaluation, après prescription médicale par le médecin de famille :

Entretien avec les parents

Motif de la consultation

Comportement en famille, à l'école, au sport

Ancienneté et évolution du trouble

Difficultés scolaires

Plutôt rêveur ou plutôt turbulent

Gêne, handicap, accident

On ne devient pas hyperactif, on naît avec.

Histoire familiale

Antécédents personnels médicaux de l'enfant

Antécédents médicaux et psychologiques de la famille

Contexte familial

Place de l'enfant

On est TDAH, dans un certain contexte. L'enfant est dans une trajectoire familiale qu'on ne peut nier.

Regrouper les symptômes recueillis (voir questionnaires en annexes)

Auprès des parents

Auprès de l'enfant avec sa souffrance

Si possible, auprès d'autres personnes de l'entourage.

L'enfant est le premier capable de décrire sa souffrance. Pour toute première concertation, on donne le questionnaire (échelle d'évaluation de Conners - Annexe 3a et 3b) aux familles et aux enseignants.

La première tâche des spécialistes est de réunir les critères diagnostiques (les symptômes) en référence au DSM IV. Les symptômes doivent apparaître dans au moins deux lieux de vie.

Ce qui est pathologique c'est ce qui fait souffrir et qui a un retentissement sur la vie.

Critères d'inattention

Fait des fautes d'étourderie

A du mal à maintenir son attention

Semble ne pas écouter

Ne se conforme pas aux consignes ou ne termine pas

A du mal s'organiser

Perd ses objets

Distractable par tout stimulus externe.

Critères d'hyperactivité / impulsivité

Remue, se tortille

Se lève sans à propos

Court, grimpe

Sur la brèche

Interrompt les autres

N'attend pas son tour

Laisse échapper les réponses

Souvent, on dit que ces enfants sont « mal élevés » et comme leur impulsivité est liée à l'aspect moteur, on parle souvent d'agressivité et de violence.

Evaluation par échelle et questionnaire	Evaluation neuropsychologique
<ul style="list-style-type: none">• questionnaire CBCL (existe en France)• échelle de Connors (pour parents et enseignants)• ADHD Rating Scales (pas validé en France)	<ul style="list-style-type: none">• échelle de Weschler (WISC IV)• efficacité (vitesse de traitement, mémoire de travail)• autres tests spécifiques• test de STROOP• CPT• test de barrage

Ces tests peuvent se faire sur un ou plusieurs jours, soit en hospitalisation, soit en hôpital de jour.

Autres évaluations :

Bilan psychomoteur

Bilan orthophonique

Recherche des comorbidités psychiatriques. On ne s'arrête pas au diagnostic de l'hyperactivité du DSM IV, on voit s'il y a des comorbidités anxio-dépressif

Bilan médical et sensoriel

L'évaluation varie selon l'âge ou le sexe.

A l'âge pré scolaire : diagnostic difficile avant 6 ans. A cet âge, tous les enfants bougent.

Chez l'adolescent :

Persistance du syndrome partiel ou total.

Baisse de l'hyperactivité motrice.

Impulsivité et inattention.

Seulement 20% de ces adolescents ont une scolarité normale.

Chez les filles, on note moins de troubles externalisés et plus de troubles internalisés, mais au total, peu de différences symptomatiques.

Diagnostic différentiel (à éliminer)

Turbulence normale

Précocité (QI>130)

Pathologie somatique (sensorielle, auditive, visuelle)

Pathologie neurologique (épilepsie, syndrome génétique, endocrinologique)

Causes médicamenteuses ou toxiques

Autres pathologies psychiatriques (manies, dépression, troubles anxieux)

Causes psycho sociales.

Hyperactivité atypique mais qui peut être traitée de la même façon que le TDAH.

Retard mental

Autisme

Certains syndromes génétiques

Comorbidités et complications

Trouble oppositionnel et trouble des conduites

Comportement à risque (tabac, alcool, sport et conduite à risque, substances autres)

On parle de syndrome car c'est un trouble multifactoriel (biologique et psychologique) Les conditions de vie de l'enfant sont importantes, mais il faut examiner l'enfant lui-même et rester raisonnable dans l'interprétation.

LES PRISES EN CHARGE.

Comme c'est un trouble multifactoriel, c'est un traitement multimodal.

1 - Traitement non médicamenteux :

- Annonce du diagnostic,
- Orientation des parents vers des associations
- Information sur le trouble (lecture, DVD ...)

Cela fait baisser la culpabilité des parents, ils ont un regard différent sur leur enfant : nommer les choses permet de les affronter.

Comment aider la famille :

- Guidance par le médecin de famille, le psychiatre ou les différents partenaires
- Groupes de parents type BARKCLEY (comportementaliste)
- Thérapie cognitivo comportementaliste individuelle (TCC)
- Thérapie familiale

Comment aider l'enfant :

- Rééducation orthophonique
- Rééducation psychomotricité
- Soutien (accompagnement)
- TCC en groupe ou en individuel
- Thérapie psychodynamique

La psychothérapie analytique est difficile.

Comment aider les enseignants :

- Information à l'enseignant, qui est donné par l'intermédiaire de la famille
(secret médical)

Aménagement du temps et de l'espace

Signature du PPS

Eviter l'exclusion du milieu normal.

Moyens pédagogiques :

Enfant près du bureau, devant

Tolérer un peu d'agitation

Tolérer les oublis de matériel

Permettre de se lever

Travail en petit groupe

Solliciter l'attention visuelle

Pas de double consigne

Pas de double tâche

Favoriser l'auto correction

Enseigner la relecture fractionner (majuscule, ponctuation, orthographe)

Expliquer, réexpliquer

Organiser les liens avec les parents

Donner des documents photocopiés

Contrôler les cahiers de texte

Positiver et encourager

2 - Traitements médicamenteux

Ils sont prescrits après 6ans. D'après le Docteur LE HEUZEY, prescrire un autre médicament que les Méthylphénidates (Ritaline et Concerta) est criminel.

Attention : chez certains enfants, la Ritaline est dépressogène (rend dépressif et fatigue).

Le médicament ne résout pas tous les problèmes, il aide en plus du reste.

DEFICIT ATTENTIONNEL

TROUBLES DE LA PENSEE ET DIFFICULTE D'APPRENTISSAGE

Dimitri AFGOUSTIDIS et Paul FERNANDEZ.

Le TDAH est un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité. C'est un trouble du processus attentionnel.

Développement de Dimitri AFGOUSTIDIS

Postulat : « les troubles de l'attention n'existent pas ».

Qu'est-ce que l'attention ? « la fonction de l'attention n'existe pas ».

On appréhende l'attention par la phénoménologie (observation de signes extérieurs), mais on ne sait pas comment ça fonctionne. Il faut dissocier le comportement du cognitif (un enfant statique qui n'est pas attentif ou un enfant agité qui peut être attentif)

Sur quoi porte l'attention ?

On ne sait pas ce que c'est mais on est en droit de savoir sur quoi elle porte : elle porte toujours sur quelque chose.

En termes généraux, elle ne porte que sur une représentation cognitive.

Définition de la représentation cognitive :

« un ensemble organisé d'éléments cognitifs qui correspond sur le plan fonctionnel à une connaissance durable à propos de la quelle il est possible de prendre une position en vue de préparer une action (pas forcément effective à l'extérieur : ce peut être une action de penser) »

Les représentations cognitives ne sont pas simplement verbales ou imagées, elles peuvent être motrices. Une représentation peut être automatique (inconsciente) ou contrôlée (consciente). Quand elle est automatique, il n'y a pas de processus de traitement attentionnel (exemple : quand on conduit)

Les représentations cognitives sont :

- perceptives (au niveau des sens)
- conceptuelles (organisation abstraite comme le langage)
- motrices.

L'attention est-elle cause ou effet du fonctionnement cognitif ?

Est-elle autonome ou hétéronome ?

Processus du traitement de l'information :

Entrée de l'information

Choix sélectif

Mobilisation des ressources cognitives

Contrôle de la réponse

Sortie

Il y a deux aspects dans la sélection de l'information

- le cerveau ne fonctionne pas si on ne délimite pas le champ de l'activité psychique pour faciliter le traitement. (on retient, on focalise)
- on dégage ce qui parasite

Cet aspect facilitateur est le rehaussement : d'un côté on cible et en même temps, on dégage les distracteurs.

Où se situe le processus attentionnel ? En périphérie (proche des sens) ou central ?

Le processus est plutôt centralisé mais chez les enfants avec trouble attentionnel il n'y a pas de traitement cognitif centralisé.

La sélection de l'information est toujours facilitatrice car elle met en relief, rehausse la représentation (gain pour l'exécution). La focalisation peut être brève ou maintenue (concentration), c'est à ce stade qu'apparaîtrait le trouble de l'attention.

Il faut parvenir à tenir au dehors ce qui n'est pas important au traitement cognitif.

Il existe 5 modèles de mise à l'écart de ce qui n'est pas pertinent :

- **blocage** (périphérique) : c'est le modèle du filtre entre sensation (brute) et perception (traitée). Le filtre ne laisse passer que l'attendu (expérience : un chat qui focalise sur une souris n'entendra pas le stimulus auditif qu'on lui envoie). Des informations seraient donc bloquées avant la perception
- **atténuation** (sélection tardive) : le message distracteur n'est pas d'emblée éliminé, il peut être repris s'il est intéressant pour l'action : le filtre est plus central
- **rejet** du distracteur : il y a un processus qui prépare les informations et rejette celles qui ne sont pas pertinentes (processus plus central)
- **suppression** : l'opération de suppression se fait après les représentations, après le traitement (on identifie, on choisit)
- **inhibition** du distracteur (ALLPORT) : au niveau décisionnel, il y a deux représentations en compétition, dont une sera inhibée activement. Pour fonctionner, il faut davantage inhiber qu'activer, sinon, on devient incontrôlable (ex : la prudence = il faut être sûr à 100%)

Les enfants TDHA ont plus de difficultés à inhiber : les hyperactifs sont en fait des hypopassifs. On leur donne des excitants pour stimuler l'inhibition et se calmer. L'inhibition est positive pour le fonctionnement psychique et essentielle dans tout développement de l'intelligence.

Les représentations cognitives et leur rapport avec les processus attentionnels :

Il n'y a pas de fonction d'attention mais des mécanismes attentionnels avec des processus d'inhibition.

Sur le plan pratique, il faudrait travailler sur le distractif, sur ce qui n'est pas inhibé. Il faut travailler sur les modalités de la représentation cognitive. L'apprentissage est un travail sur le fonctionnement des représentations cognitives.

Peut-on parler de réservoir attentionnel ?

La métaphore n'est pas pertinente car elle entraîne une notion de quantité. Une meilleure métaphore serait celle du faisceau (comme celui de la torche) qui réduit ou élargit son champ (plus instrumental qu'énergétique).

Peut-il y avoir développement des capacités attentionnelles, est-ce qu'un enfant peut être déficitaire sur ce plan, est-ce que ça s'éduque ?

Non, par rapport à ce qui vient d'être développé.

Il faut parvenir à automatiser les opérations mentales. Plus elles sont automatisées et plus je suis libre de passer à autre chose, sinon, mon processus mental est perturbé. L'automatisation doit être le B.A.BA de la pédagogie.

Apprendre, c'est passer à autre chose.

Chez les enfants avec trouble attentionnel, on n'observe pas d'automatisation positive, ils ont des automatismes compulsifs. C'est par la métacognition qu'on peut les amener à prendre conscience de leur propres processus d'apprentissage.

Chez les enfants précoces, les processus sont automatisés mais ils sont incapables de faire un travail métacognitif.

Le travail ne doit pas porter sur l'attention mais sur les mécanismes attentionnels.

Les difficultés d'inhibition peuvent générer des comportements inadaptés au point de vue moral (mauvaises automatisations) : il faut travailler le **replacement** des choses pour rendre possible autre chose.

L'attention est un concept de la psychologie naïve, basée sur des observations.

Le trouble peut venir d'une difficulté affective => aide G ou thérapie

Si l'enfant ne reste pas sur la tâche => aide E

Constat :

Les méthodes pédagogiques, la transmission des connaissances peuvent générer la « bougeotte » l'hyperactivité, la difficulté à gérer la concentration. Il faudrait réfléchir à d'autres modalités de transmission des connaissances.

L'hyperactivité est un phénomène de société. Dans quelle société vit-on ?

ORIENTATIONS DES PRATIQUES ET AIDES SPECIALISEES AUPRES DES ENFANTS INSTABLES ET HYPERACTIFS

Travail de groupe

Dimitri AFGOUSTIDIS – Paul FERNANDEZ – Cécile LESTOCQUOY

Il n'existe pas de domaine isolable de l'attention. C'est une question de comorbidité, l'installation d'un syndrome ou trouble associé issu d'une problématique plus complexe. Le contexte joue dans la manifestation de l'hyperactivité et dépend du seuil de tolérance de chacun. Certains enfants réussissent mieux en bougeant, la question est de savoir jusqu'à quel degré on tolère la bougeotte.

La motricité va en sens inverse de la conceptualisation. Plus on va vers la pensée, moins on bouge, cependant la motricité en est quand même à l'origine. Les processus corporels sont toujours sous-jacents à la pensée, ils ne disparaissent pas. L'instabilité est toujours branchée sur le milieu : l'environnement est déterminant en termes de stabilité et de restabilisation.

Comment penser l'interaction adaptée aux besoins de l'enfant ?

Le cadre : la notion de cadre est variable en fonction de la situation (groupe classe, petit groupe, individuel) et n'a pas le même sens (on parle de cadre temporel, spatial, qualifié par l'activité qu'on y fait). Il faut différencier ce qui est négociable (les règles de vie de la classe) et ce qui est non négociable (la Loi à laquelle on est tous soumis). Arrive la question de l'autorité qui semble déficiente aujourd'hui. Il faut donner des repères clairs : ce l'on fait, à quel moment, à quel endroit.

Porter une attention à l'arrivée en classe qui doit être ritualisée : moment entre l'extérieur et l'intérieur de la classe, sas de décompression ...

L'organisation du temps et de la journée de classe : à partir de la chronobiologie, on organise la journée en mettant en place des ateliers en rotation organisée (présence de l'enseignant/ atelier autonome / atelier de groupe). Il faut organiser l'espace sur l'idée de reconnaissance de son propre espace. Eviter les tables collées, préférer l'espace différencié (espace privé au sein de la classe), l'espace de communication en U, les boîtes à secret ...

Concilier l'individuel et le collectif : comment reconnaître chaque enfant pour qu'il s'inscrive dans le groupe. C'est l'accueil de l'enfant en tant que personne.

Il faut prendre appui sur le groupe, respecter les rythmes personnels (c'est pas tout le monde au même moment, respecter les capacités d'apprentissage sur des temps ajustés), tout en gardant le groupe comme référent. Il faut pouvoir accepter les rythmes individuels dans l'organisation collective. Responsabiliser les enfants : tutorat, conseil de coopérative ...

La gestion des situations de crise : il s'agit de protéger l'enfant et le groupe. Isoler l'enfant et différer avec lui la reprise dans un entretien. Elaborer après coup, avec l'enfant ce qu'on peut mettre en place ensemble pour que ça n'arrive plus. Importance d'être reconnu personnellement. Ne pas être dans une position de contrôle, mais d'écoute. Avec les enfants qui sont dans des conduites d'autodestruction ou destructifs, il faut savoir garder l'empathie et la distance.

Le partenariat et la synergie entre les intervenants. Le travail en collaboration est indispensable pour permettre de faire du lien.

Question de l'activité duelle ou en classe : ces enfants ont besoin de repasser par une relation privilégiée avec l'adulte dans un cadre rééducatif, voire thérapeutique.

On peut envisager également un accompagnement de cet enfant par un adulte au sein de la classe afin qu'il puisse faire la transition vers le grand groupe.

CONCLUSION : on est dans le domaine de la prévention généraliste. Il y a de plus en plus d'enfants agités et le problème s'élargit au niveau de toutes les classes. Il ressort un manque probant de temps de parole, au sein de l'institution, pour les enseignants démunis.

APPROCHE PSYCHOMOTRICE DE L'INSTABILITE/HYPERACTIVITE PERSPECTIVE THERAPEUTIQUE

Catherine POTEL BARANES – psychomotricienne –thérapie psychomotrice

Paul FERNANDEZ.

L'hyperactivité doit être prise dans la structure globale de la personne. Ces enfants sont dans une hyperactivité qui endommage leur relation avec eux-mêmes, avec les autres et dans l'espace. Ils investissent l'espace d'une manière particulière.

Avant, on parlait d'instabilité motrice, d'état maniaque, d'agitation, de dyslexie, de dyspraxie. Aujourd'hui, on pointe l'hyperactivité (qu'on connaît depuis toujours), on est phagocyté par des idées cognitivistes et comportementalistes.

Déroulement de l'intervention :

Qu'est-ce que l'activité dans le développement de l'enfant ?

- L'énergie dans l'activité.
- L'activité et la création d'un espace transitionnel
- L'hyperactivité chez des enfants non hyperactifs (ponctuellement)
- L'hyperactivité plus pathologique.

On parle d'hyperactivité en tant que symptôme et on pas de structure psychique, mais ce symptôme dit nous dit quelque chose de la structure psychique de l'enfant (versant névrotique ou psychotique).

L'activité :

Définition du Robert : « *faculté d'agir et de produire un effet. Qualité d'une personne active, dynamisme, énergie. Ensemble des actes coordonnés et des travaux de l'être humain. Caractéristique du vivant. Tout organisme vivant témoigne d'une activité. La non activité est associée à la mort. Activité psychique qui a pour but de faire le lien, d'assurer une cohérence pour toutes les autres activités, en parallèle avec le sentiment d'exister. Ensemble des phénomènes psychiques et physiologiques* »

L'activité chez l'enfant est spécifique car fondamentalement liée à son développement et à sa maturité.

Il y a une progression constante de son activité motrice.

Le bébé est soumis à des micro événements (besoins biologiques) qui font éveiller ses sens et nourrir son appétence à la curiosité.

La perception entraîne des réponses motrices qui amènent le bébé à devenir de plus en plus actif en terme de métabolisation des perceptions et il devient de plus en plus acteur. Au départ, il a des réponses motrices « gratuites ». A partir du sensori-moteur, il intègre son schéma corporel et le corps se dégage pour être dans un épanouissement psychomoteur, c'est-à-dire le plaisir de bouger et d'agir. Il maîtrise quelque chose de l'univers, découvre l'espace, nourrit sa curiosité, reproduit mille fois les gestes pour accéder à des nouveaux schèmes moteurs.

Par des expériences concrètes, il crée un espace intermédiaire entre sa mère et lui qui va s'élargir (phénomènes transitionnels)

La créativité :

Le jeu est consécutif du développement de l'enfant et de la maturité. C'est dans le concret des choses que ça se passe. C'est la symbolisation primaire qui se passe au niveau du corps. On a besoin de temps pour aller de la différenciation, à l'individuation puis à l'autonomie. Quand on parvient au « travail du jouer », c'est faire dans la réalité. (On ne joue pas dans sa tête).

Le jeu est le moyen de connaissance de soi et du monde. Il y a éveil, perception et sensation.

L'activité intense alterne avec des phases de repos. C'est cette alternance activité/repos qui est essentielle au niveau du corps et du psychisme.

Le repos est le moment d'intégration de l'activité (dormir, ça fait grandir). Chez le jeune enfant, le repos peut être la sieste, chez les enfants plus âgés, c'est l'arrêt, l'interruption de l'activité (« je m'ennuie ») L'ennui est le moment de dépression physique et psychique. Pour que ça remonte, il faut une idée, une émergence de la pensée. Ce temps d'arrêt est un temps de ressource. La scansion inscrit l'enfant dans la temporalité.

L'hyperactivité chez des enfants non hyperactifs.

Tous les enfants ont, par ailleurs, des moments d'hyperactivité qui sont des signes de fatigue observables au moment du coucher (moment de séparation. Il faut un moment de transition entre l'activité et la non activité (angoisse, mort). L'enfant hyperactif ne connaît pas ce passage car il s'écroule.

Exemple d'activité d'apprentissage chez tout enfant :

La situation d'apprentissage est une charge anxiogène pour l'enfant qui doit garder la tête froide, mais dont le corps est en mouvement. Par cette agitation, il s'auto calme (dissociation pensée/mouvement pour éviter l'angoisse) La présence de l'adulte est rassurante : l'enfant se tranquillise et n'a plus recourt à l'auto sensorialité. Il est contenu dans la relation à l'adulte.

L'hyperactivité pathologique

Le comportement hyperactif constant relève du TDAH. Il faut être prudent dans le diagnostic, car l'hyperactivité est un symptôme. On est dans le trop, le non contenu, le débordé, le non bordé, ça dépasse.

Perspective du travail en psychomotricité

- Contenir la débauche du mouvement et du geste
- Protéger l'enfant de ses gestes sans limites
- Instaurer des limites étanches et souples (notion de dedans/dehors et rapport corps/espace)
- Transformer en jeu ce qui n'est qu'explosion et expulsion (qui ne sont qu'une forme apparente du jeu)
- Relier l'expérience concrète de la situation vécue avec des mots. L'impulsivité traduit des états émotionnels non digérés par du travail psychique.

« Bouger toujours pour se sentir exister »

APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE DE L'HYPERACTIVITE

Jean-Yves CHAGNON – psychologue clinicien – psychanalyste formé par R. DIATKINE – Maître de conférence Université Paris V.

Approche psycho dynamique psychanalytique.

Conditions psychosociales actuelles

1 - L'autorité :

Actuellement, les parents ont d'importantes difficultés à instaurer l'autorité (à ne pas confondre avec autoritarisme). L'autorité, c'est limiter, c'est dire non. Elle est au service de la maturation de l'enfant pour que l'enfant aille ailleurs.

Eduquer c'est le contraire de séduire.

Eduquer : *educere* = conduire à l'extérieur

Séduire : *seducere* = conduire à soi

Les parents ne veulent pas limiter de peur que l'enfant ne les aime plus. Autrefois, c'est la tradition, l'héritage et les institutions qui protégeaient l'enfant. Aujourd'hui les parents sont seuls face à leur enfant.

2 - La narcissisation :

Par la libération des mœurs, on assiste à une grande fragilité narcissique contemporaine par la valorisation de l'ego, la mise en avant de la performance. Les institutions volent en éclat et les parents sont démunis. Autrefois le message parental était prohibant, aujourd'hui ce message dit « fais ce que tu veux mais fais le bien » : le narcissisme de l'enfant est au devant de la scène.

3 - Importance des médias et de l'image :

Avant, la transmission était orale et/ou écrite. Aujourd'hui, elle se fait par l'image, l'ordinateur. On est dans l'immédiateté.

De plus, l'information est peu filtrée (images agressives, pornographiques).

Les modifications psychosociales influent sur le développement de l'enfant qui est bombardé d'informations (d'excitations externes). Les parents demandent à leur enfant de les combler (demande narcissique) : ils sont dans un message séducteur et non éducateur (« Ne pars pas, reste auprès de moi ! » cf Tanguy)

Cela peut expliquer l'agitation des enfants.

« Le monde densifie le bombardement d'excitations »

André Lazartigue.

LA CONDUITE INSTABLE

Paul FERNADEZ

L'instabilité touche tous les versants de la conduite humaine :

Relationnel et social

Fonctionnel (le corps)

Emotionnel - pulsionnel

Activité de la pensée et de la cognition

1 - Le versant relationnel et social :

La première dimension fondamentale est l'enjeu des interactions précoces. C'est le vécu de la relation lors de la première année, période de dépendance absolue dans un rapport de moi, non moi où l'on pense l'autre à l'intérieur.

L'enfant a besoin de relation et d'affects vécus par rapport à l'extérieur (la fonction maternelle, l'environnement, tonicité, sensation, regard, mots, pensée). C'est le holding, dialogue tonique, toucher, manipulations.

L'enjeu est la question de la **permanence** de l'environnement qui est à la base d'un **sentiment d'invariance** (réunion entre soi et l'autre). Se construisent alors l'identité et l'autonomie et un sentiment de sécurité de base indispensable. L'enfant a l'impression de créer l'objet, de créer l'environnement, c'est l'omnipotence.

Quand cette fonction primaire est défaillante, l'enfant va se soustraire à ses angoisses en s'immobilisant ou en se mettant en état de mouvements perpétuels.

Pourquoi cet environnement est insécure ?

L'environnement insécure peut être dû à une relation insuffisamment vivante et affectée (hospitalisme de Spitz, soins donnés sans langage) ou à des situations incohérentes, des situations de forçage dues à l'imposition d'un mode d'interactions qui ne permet pas à l'enfant d'avoir l'illusion.

La fin de la première année est normalement le moment où l'enfant sait que l'autre est différencié.

Quand il n'y a pas assez d'accordage dans la relation, l'enfant vit en terme de discontinu et le sentiment d'existence est en rupture. Ces angoisses premières sont très fortes car tout s'écroule autour de lui (état d'envahissement de la tension, de la douleur dans le corps). La présence maternelle ne peut plus rétablir le lien.

Les quatre éléments essentiels de la préoccupation maternelle primaire sont :

- Attachement précoce
- Accordage
- Sécurité de base
- Besoin d'omnipotence (besoin de se sentir complétant et complété par l'autre)

Les difficultés de séparation

La séparation procure des angoisses. L'enfant est dans la fixation vis-à-vis de l'environnement. Cela crée une dépendance, une menace. L'enfant qui a mal traversé la phase primaire ne va pas pouvoir penser cette phase mentalement (fantasmer) et sera donc envahi par les traces corporelles de la présence de l'autre. Il ressent l'objet comme un objet menaçant (dans le trop là (intrusif) ou trop absent) qui risque de lâcher. L'enfant est envahi, occupé par des états incontrôlables, irréprésentés.

Le corps se construit sur l'autre. Ce qui est inscrit dans le corps c'est le rapport de l'autre maternel. Prendre soin de soi, c'est auto- materner. Il faut être une mère suffisamment bonne pour notre propre corps.

Etre malade pour prendre soin de soi (enfant qui psychosomatise) ou être en demande maternelle (l'hypocondriaque)

L'emprise relationnelle.

L'enfant tyrannique est dans une demande paradoxale de la relation : besoin de présence et en même temps il est dans **l'impossibilité de nouer la relation d'objet différencié** (on peut parler d'une relation « d'objet tordu », l'autre comme différent est tordu). Dans le transfert, ces enfants

répètent avec l'enseignant ou avec tout adulte quelque chose d'une relation d'emprise avec l'autre.

Il y a un cercle infernal dans la relation, l'enfant neutralise l'adulte, impose une emprise physique et celui-ci ne peut organiser une situation rassurante. L'enfant ne peut s'appuyer sur l'autre. (cf : Albert CICCONE - « Les enfants qui poussent à bout »- En annexe)

Les enfants qui poussent à bout cherche à rencontrer un autre, fiable qui tiendra, quelqu'un qui les investisse vraiment. Winnicott parle d'une « tendance antisociale » (ils répètent quelque chose d'une expérience relationnelle traumatique).

2 - Le versant fonctionnel

Le versant corporel est la dimension de la fonction tonico-sensorielle. Le premier signe précurseur de l'instabilité est l'hyper tonicité. Ces enfants n'organisent pas leur états de tension corporelle : dualité des états toniques et des états de détente. (Ils ne font pas l'articulation entre excitation/tension et satisfaction/détente).

Très précocement, ils ne peuvent organiser ces passages entre ces états hypertoniques et hypotoniques. Ils restent en hypertansion et résistent à l'apaisement.

Ces enfants évitent le passage actif/non actif : ils sont hypertoniques et tombent. Ils sont dans le tout ou rien, sans ajustement de la fonction motrice (tout tension ou tout lâché).

Leur corps n'est pas unifié dans ses sensations, l'organisation tonique n'est pas en place. Leur activité n'est pas organisée : ils s'agitent mais sans activité organisée, c'est une activité extrêmement pauvre. Ils ne font pas d'association entre les sensations internes et externes. Ils sont en recherche permanente de limites par rapport à leur corps. Ils construisent une paroi tonique, ils sont dans l'agi au détriment du ressenti, pour se protéger. C'est une action désorganisée, sans coordination, sans adaptation de l'action, massive, répétitive qui se fait d'un seul bloc. Ils agissent sur des actions de jeter, lancer, taper.

Leurs repères espace-temps sont déficitaires. L'orientation se fait en 3 dimensions dans l'espace, par rapport à l'axialité du corps (haut/bas, droite/gauche, avant/arrière).

La quatrième dimension est celle de la profondeur, du temps : le temps du déplacement du corps.

Ils ont très peu d'élaboration du schéma corporel. Leur corps est non unifié et reste dans un corps animal. Ce sont les bases du ressenti qui sont fragilisées. Le jeu tonique n'est pas organisé.

3 - Le versant pulsionnel émotionnel.

Ils sont dans la mise en danger et non dans la prise de risque. Ils nient la limite, sont dans la toute puissance.

Leur système pare excitation est défaillant. Ils ne peuvent se protéger de l'excitation et ils sont débordés. Ils recherchent un état de sur-excitation permanente. Le mouvement, l'agi, réalise un tourbillon qui constitue une enveloppe d'excitations qui maintient l'autre à l'extérieur. C'est à la fois une protection et une défense par rapport au corps de l'autre. Ils recherchent le calme grâce à l'excitation permanente, mais il n'y a pas de décharge, pas d'arrêt, donc pas de ressenti. C'est l'échec du **processus auto contenant**.

Par l'absence de contenance émotionnelle, ils sont toujours dans la crise, le passage à l'acte, bolides (projetés à l'extérieur). A travers ce vécu, il y a la question de l'angoisse permanente. L'enfant n'arrive pas à réguler ses angoisses : il est dans un état de déséquilibre permanent. Il a un vécu en discontinuité et une **motricité toxique**.

Ils sont dans la « **Crainte de l'effondrement** », ils se saoulent dans leur propre motricité (comme dans l'addiction) Ne pas les mettre en EPS, cela les excite encore plus.

Question de la destructivité – Ils sont toujours dans la destruction, ils projettent le mauvais sur l'extérieur (tendance anti sociale). Ils luttent contre leur identité négative pour survivre à l'échec de la toute puissance première. C'est un faux narcissisme, effondré de l'intérieur : c'est l'échec de l'omnipotence première. L'estime de soi est déficitaire : « Je suis tout parce que je suis rien », « je suis capable de tout » = mise en danger.

4 - Le versant de la pensée et de la cognition

Ils sont dans l'incapacité à jouer. Ils sont fixés dans leur corps. Il n'y a pas de mise à distance, pas d'élaboration de l'objet. Ils sont dans l'actuel, le factuel, le banal. Ils ne mentalisent pas, ne dessinent pas. Il n'y a pas d'élaboration de l'imaginaire qui organise le vécu corporel ou, paradoxalement, leur imaginaire est destructif (comme dans les jeux vidéos, ou les jeux très brutaux). Il envahit leur réalité. Ils ont un vécu corporel très primaire.

L'activité représentative et cognitive est perturbée, la pensée est instable. On est dans le registre de l'action au détriment de la pensée. Ils restent fixés à leur corps. Mettre en place une attention soutenue, avoir une réflexivité sur la pensée, organiser sa pensée est compliqué et angoissant. Comment faire avec de l'inconnu, avec l'autre ? Ils ne peuvent pas surseoir la pensée car ils sont dans l'immédiateté (pas de place pour le doute). Ils sont en mal d'une pensée secondarisée et entrent difficilement dans le langage et l'abstraction.

Ces quatre registres nous donnent des critères d'évaluation sur le type de l'instabilité.

CONCLUSION

Hyperactivité ou instabilité.

Il faut se dégager des mauvaises questions :

Celle de *l'étiologie* : elle est indécidable et hypothétique. En neurobiologie, il n'existe pas de marqueur de l'hyperactivité, il n'y a pas d'objectivité. Il n'existe pas de diagnostic fiable : les évaluations du DSM IV sont les mêmes outils que ceux utilisés à l'école (WISC IV, bilan de langage, bilan moteur ...)

Il nous faut penser l'instabilité comme un processus de la conduite. C'est la question des causes premières : ce qui amène l'instabilité et ce qui pourra la restabiliser. Il faut travailler dans une dynamique.

Celle de la médicalisation : elle est nécessaire pour certains enfants lorsqu'ils sont en danger. Il n'y a pas à écarter la médication au nom du respect du symptôme. Ne pas diaboliser même si le médicament ne guérit pas : la question reste entière.

Cependant, l'alliance entre médication et approche cognitivo-comportementaliste est inconcevable.

Principes de précaution :

Il faut trouver des centres de consultations pluridisciplinaires, afin que l'école ne soit pas inféodée ni à une médicalisation, ni à une psychologisation abusive des difficultés scolaires, qu'elle ne soit pas réduite à appliquer des remèdes ou des principes comportementalistes et adaptatifs.

« Une pensée réductrice conduit à des actions mutilantes »

Edgar Morin.