

DE L'INSTABILITÉ PSYCHOMOTRICE AU TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION/ HYPERACTIVITÉ

Pr C Mille

20 mai 2015

Historique

- L'instabilité psychomotrice
 - décrite dès la fin du 18ème siècle par M.D BOURNEVILLE
 - d'abord considérée comme l'un des symptômes de la débilité mentale légère,
 - et justifiant d'une pédagogie adaptée.
- L'enfant turbulent
 - Les travaux d'H. WALLON affinent l'approche clinique,
 - mais sont sous-tendus par les conceptions pathogéniques directement inspirées des modèles neurophysiologiques s'appliquant aux affections neurologiques.
- la personnalité de l'enfant instable
 - Ce n'est que secondairement que les auteurs s'y intéressent ;
 - des oppositions sont introduites entre
 - instabilité acquise et constitutionnelle,
 - formes purement motrices et formes caractérielles.

Les classifications

- La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)
 - L'instabilité psychomotrice est résolument comprise comme une expression symptomatique s'inscrivant le plus souvent dans une des organisations psychopathologiques des quatre catégories principales.
- La classification américaine (DSMIV) puis DSMV
 - Le trouble de l'attention avec hyperactivité
 - Ce syndrome est individualisé dans l'axe I
 - valorisant l'instabilité psychique (l'inattention) s'accompagnant ou non d'une hyperactivité motrice.
- La prévalence de l'Hyperactivité de l'enfant en population générale, est de fait appréciée par des études s'appuyant sur les critères du DSMIV :
 - elle est généralement estimée entre 3 et 5 % chez les enfants d'âge scolaire.
 - Les garçons sont très majoritairement concernés (sex ratio:6 à 9).

DESCRIPTION CLINIQUE.

- Il arrive que le comportement moteur exubérant d'un enfant
 - épuise les parents dès l'acquisition de la marche
 - gêne les enseignants dès les premiers essais de scolarisation
- Le plus souvent, c'est l'impossibilité pour un garçon de se plier aux exigences et à la discipline de la grande section de maternelle ou du cours préparatoire
 - qui incite les parents à consulter
- Plus tardivement, la plainte de l'entourage se centre davantage sur le dispersion de l'attention,
 - rendue responsable des résultats scolaires médiocres.

- Par son instabilité l'enfant
 - se met parfois en danger
 - expose son corps
 - à des plaies et contusions multiples,
 - voire à des fractures dont la répétition interroge les médecins.
- Rarement conscient
 - de son effervescence motrice,
 - de la précipitation de ses réponses
 - ou de la dispersion de son attention,
 - il n'exprime sa souffrance
 - que lorsqu'il est trop durement confronté
 - aux sanctions
 - ou aux réactions agressives de son entourage.

Instabilité motrice

- Les expressions spontanément utilisées pour la dépeindre témoignent d'abord de l'impact relationnel de ce comportement moteur qui ne peut être contenu dans des limites acceptables.
 - Or ces limites sont très fluctuantes selon les attentes et la tolérance de chacun.
- Le comportement de l'enfant se modifie en fonction des circonstances
 - sa fébrilité est généralement plus marquée
 - dans une situation de groupe que dans une relation individuelle,
 - dans l'exécution d'une tâche scolaire que dans une activité de plein air.
- L'enfant semble garder la motricité explosive et brouillonne, habituelle dans les mois qui suivent l'acquisition de la marche
 - Il supporte mal de devoir rester immobile, ou assis,
 - saisit toutes les occasions de se déplacer, courir, grimper, sauter, de toucher aux objets, ouvrir les tiroirs et les portes
 - sans jamais investir durablement un centre d'intérêt.

- Ces activités donnent l'impression d'être le fruit du hasard, de ne jamais s'organiser en un jeu ou en fonction d'un but défini.
 - Cette hypermotricité paraît autant inadaptée et désordonnée qu'excessive.
 - Les enfants plus âgés qui se soumettent aux exigences des adultes ne tiennent sur leur siège
 - qu'au prix de diverses contorsions du corps ou de mouvements incessants des mains ou des pieds.
- Cet enfant remuant est aussi maladroit, bavard et bruyant ;
 - par ses mouvements incontrôlés,
 - il bouscule les objets et les personnes,
 - par ses exercices physiques inappropriés, son bavardage incessant, ses bruitages divers,
 - il envahit l'espace physique et sonore d'autrui.

Impulsivité

- Ses interventions intempestives, son travail bâclé, son incapacité de différer
 - traduisent l'impulsivité
 - valent à l'enfant d'incessantes réprimandes;
- négligeant les recommandations et les consignes, n'anticipant jamais les réactions pourtant prévisibles d'autrui, il
 - répond trop vite,
 - interrompt les conversations,
 - s'empare indécemment d'objets ayant suscité sa curiosité,
 - fait irruption dans des situations qui ne le concernent pas.
- Il semble constamment provoquer l'adulte par son indiscipline, ses maladresses ou ses actions irréfléchies,
 - la répétition inexorable de ses conduites impulsives
 - est facilement interprétée comme un refus délibéré des règles
 - et peut occasionner des punitions sévères mais toujours inefficaces.

Instabilité psychique

- L'enfant semble happé par tous les stimuli extérieurs, comme s'il ne pouvait ni les trier, ni les hiérarchiser
 - . L'éparpillement de ses intérêts, la réponse obligée à toutes les sollicitations du milieu
 - gênent la concentration intellectuelle.
 - Il ne peut mobiliser son attention de manière durable,
 - puisque la moindre interférence de l'environnement est propre
 - à le distraire,
 - à lui faire oublier la tâche entreprise ou abandonner le jeu à peine ébauché.
- Il paraît toujours absorbé par d'autres préoccupations et ne pas accorder d'importance
 - aux propos qu'on lui tient ou aux questions qu'on lui pose.
- Il peut difficilement suivre le cheminement d'une pensée logique, incluant des séquences, des enchaînements et des déductions.
 - Il livre précipitamment et sans critique ses réponses intuitives, et "lâche" sans regret une pensée pour une autre

- Il échoue nécessairement dans toute activité qui requière de l'application et du temps:
 - il cherche d'ailleurs à s'y soustraire.
- Sa distraction se manifeste aussi dans la vie quotidienne par
 - de fréquents oublis et autres impairs préjudiciables.
- Livré à lui-même, il parait dans l'incapacité de prendre en compte les conseils que l'on ne manque pourtant pas de lui prodiguer ;
 - peu soucieux de la présentation et des détails,
 - perpétuellement en quête du matériel adéquat,
 - il bâcle ses devoirs, en néglige une partie et multiplie les fautes d'étourderie;
- par contre, il peut s'attacher à un travail qui l'intéresse et le réaliser correctement,
 - quand un adulte disponible se trouve à ses côtés.
- Pris dans un champ relationnel positif,
 - il parvient mieux à laisser au second plan tout ce qui ne concerne pas l'objectif fixé.

Symptômes associés

- L'instabilité psychomotrice est peu isolable d'autres symptômes « corrélés »
- - une **angoisse** généralement diffuse, masquée par la subagitation,
 - transparait à travers les exigences insatiables
 - ou se déclenche dans les moments de séparation ou d'immobilisation forcée.
- -l'**agressivité** déclenchée par les frustrations,
 - s'exprime parfois directement par le biais de colères, de conduites destructrices, d'écarts de langage, de bagarres avec les camarades.
 - sous-tend les conduites de refus, de défi, d'indifférence aux remontrances.
 - se retourne contre le sujet lui-même quand son impulsivité l'expose à des comportements dangereux ou répréhensibles.
 - L'opposition, les provocations et les troubles des conduites, loin d'être toujours secondaires à l'hyperactivité y sont parfois associés d'emblée.

- -la **labilité émotionnelle** et la variabilité de l'humeur sont fréquentes,
 - se traduisent par de brusques passages
 - du rire aux larmes,
 - de l'excitation à la tristesse,
 - de la logorrhée au mutisme,
 - du sentiment de triomphe à l'effondrement dépressif.
- -les **troubles des apprentissages** sont volontiers compris comme la conséquence obligée du manque de concentration:
 - les erreurs en lecture, les défauts de mémorisation y sont en effet directement liés.
 - Cependant la dyslexie ou les troubles cognitifs souvent associés échappent à cette simple causalité linéaire.

EVALUATION CLINIQUE ET PARACLINIQUE.

- Seuls 20 % des enfants décrits comme hyperactifs apparaissent comme tels à la première consultation.
 - Leur instabilité peut s'estomper ou s'aggraver en l'absence des parents ;
 - elle surgit parfois au cours des échanges,
 - à la suite d'une question, dans le déroulement d'un jeu, ou dans la réalisation d'un dessin qui s'en trouvent empêchés :
 - elle révèle alors sa valeur défensive eu égard aux fantasmes mobilisés par la relation
 - et qui ne peuvent être contenus et représentés dans le seul espace psychique.
- L'entretien appréciera naturellement la place qu'occupe l'hyperactivité dans l'économie générale du sujet, et son impact sur ses investissements intellectuels et affectifs.
 - Il fournira aussi l'occasion de mesurer l'implication des parents et la nature des transactions pathogènes autour des symptômes gênants.

Bilan psychomoteur

- Il objective outre la maladresse,
 - une incoordination motrice,
 - la persistance de syncinésies,
 - voire certaines dyspraxies.
- Les troubles de l'organisation spatiale, de la latéralisation, de l'anticipation motrice,
 - = intégration précaire du schéma corporel.
 - = pour la plupart peu spécifiques.
- Les tests perceptivo-moteurs (figure complexe de REY) révèlent souvent
 - diverses perturbations dans la reconnaissance, la mémoire et la reproduction
 - des formes graphiques.

Investigations complémentaires

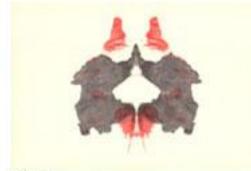
- L'*échelle de Conners* se présente sous forme de questionnaires
 - remis aux parents et aux enseignants, qui doivent coter des items portant notamment sur
 - les troubles des conduites,
 - les problèmes d'apprentissage,
 - les plaintes somatiques,
 - l'impulsivité, l'hyperactivité et l'anxiété.
- Les épreuves de reconnaissance de séries de lettres
 - montrent que les enfants hyperactifs commettent des erreurs non par omission mais par excès de réponse.
 - L'impulsivité serait ainsi plus marquée que le défaut d'attention.

- *Les tests psychométriques (W.I.S.C.)*
 - révèlent une efficacité globale comparable à celle de groupes témoins.
 - Le quotient verbal est généralement plus faible
 - les résultats aux subtests peu homogènes.
- *Les tests projectifs*
 - Permettent de mieux appréhender les troubles de personnalité sous-jacents
 - mettent en évidence certains traits de caractère déjà relevés dans les symptômes associés
 - (à noter au RORSCHARCH la rareté des réponses kinesthésiques qui réapparaîtraient après relaxation.)
- *L'Électroencéphalogramme*
 - en général sans signification.
- *Les potentiels évoqués visuels et auditifs*
 - indiqueraient un abaissement du niveau d'éveil cortical.

Rorscharch



Plaat I



Plaat II



Plaat III



Plaat IV



Plaat V



Plaat VI



Plaat VII



Plaat VIII



Plaat IX



Plaat X

- PLANCHE N° 4 -
 - L'homme veut aller se battre avec l'homme qui ne fait que l'embêter et la femme lui dit "n'y vas pas" "il pourrait te tuer".
.. L'homme dit "je vais y aller quand même ... Il va le blesser à son épaule parce que lui a un fusil et après l'homme va être chassé de son pays et après ils pourront vivre heureux tous les deux.



- PLANCHE N° 6
 - Bonjour maman, je viens te dire une bonne nouvelle, Céline et moi nous allons nous marier; elle veut deux enfants –
 - la maman pleure de joie...
 - Il pense qu'il va quitter un peu sa mère et va vivre heureux et avoir des enfants.



DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

- Elle est relativement simple si elle se limite à reconnaître les signes caractéristiques du trouble: déficit de l'attention/ Hyperactivité.
- Elle est plus délicate quand on conçoit l'instabilité comme un symptôme transnosographique.
- **Trouble déficit de l'attention/ Hyperactivité**
- Un nombre minimum de symptômes présents avant l'âge de 7 ans est requis pour porter le diagnostic.
 - La gêne fonctionnelle doit se manifester dans au moins deux types d'environnements différents.
 - Différencier ce syndrome des troubles des conduites et du trouble oppositionnel avec provocation très souvent associés se révèle difficile.

Hyperactivité symptôme

- Hyperactivité réactionnelle ou névrotique:
 - l'instabilité psychomotrice constitue souvent une réaction défensive immédiate
 - pour un enfant jeune confronté brutalement à des évènements qui bouleversent son monde relationnel.
 - Entrent également dans ce cadre
 - l'hyperactivité de l'enfant déficitaire ou surdoué,
 - celle de l'enfant victime de négligence, de maltraitance ou d'abus sexuel.
 - La participation active des parents au symptôme peut contribuer à le fixer et à l'organiser
 - comme une modalité défensive d'ordre névrotique.

- *Hyperactivité et pathologies graves de la personnalité:*
 - l'instabilité peut être présente dans toutes les formes de psychoses ou de TED
 - Elle peut être au centre du tableau clinique et gêner toute approche relationnelle.
 - L'hyperactivité occupe aussi une place centrale dans les pathologies limites de l'enfance.

HYPOTHESES ETIOPATHOGENIQUES

- **Hypothèses organicistes**
- Elles s'appuient sur
 - l'existence d'antécédents obstétricaux ou néonataux :
 - menaces, d'avortements, prématurité, dysmaturité, hypoxie, troubles métaboliques...
 - la concomitance possible d'un retard de développement du langage ou des fonctions perceptivo-motrices.
- Les *recherches génétiques, biologiques et neurophysiologiques* actuelles fournissent quelques hypothèses prudentes.
 - Une certaine susceptibilité génétique est supposée au niveau des gènes DAT 1 et DRD 2 impliqués dans les mécanismes de transmission dopaminergiques.
- L'imagerie fonctionnelle cérébrale permettrait d'objectiver une hypoperfusion des régions préfrontales ou d'autres zones corticales.

- **Hypothèses psychodynamiques**

- Divers *scénarios inconscients*, infiltrant les interrelations, ont été décrits dans des formes moins archaïques d'organisation de la personnalité.

- Pour J Bergès l'enfant hyperactif serait pris dans la nécessité de désavouer les fantasmes de mort qui pèsent sur lui.
 - Piégé par l'angoisse persistante de son entourage, il se doit de la déjouer en affichant une vivacité de tous les instants.

- Les *études de la relation mère-enfant* hyperactif semblent confirmer le rôle déterminant de l'intrusivité des soins maternels dans le déclenchement de ce comportement moteur.

- L'interruption fréquente des activités engagées par le bébé,
 - la recherche excessive de contacts physiques et sensuels, la surstimulation ludique et verbale pourraient constituer quelques uns des "prédicteurs" en cause.
- Il est aussi établi que le tempérament du bébé infléchit l'attitude de ses parents à son égard.
- Facteurs constitutionnels et environnementaux sont bien à prendre en compte conjointement.

APPROCHES THERAPEUTIQUES

- **Approche familiale**

- Elle est toujours nécessaire, quelle que soit la stratégie thérapeutique adoptée.
 - Une meilleure connaissance de l'enfant, une plus juste appréciation de la "spirale transactionnelle"
 - constituent des préalables nécessaires au réajustement des contre-attitudes des parents.

- **Approches corporelles**

- En favorisant la prise de conscience du corps au repos ou engagé dans l'action,
 - elle restaurent le plaisir tiré de sa décontraction comme de sa maîtrise.

Approches psychothérapeutiques

- *La psychothérapie individuelle*
 - n'est parfois possible qu'après une approche corporelle ou groupale.
 - nécessite toujours un engagement actif du thérapeute pour
 - soutenir la réciprocité des échanges,
 - assurer une fonction de miroir et de contenance psychique
 - propre à restaurer une certaine continuité de la pensée.
- *Les thérapies de groupe* sont parfois indiquées
 - pour un enfant trop menacé par la relation duelle, ou qui trouve bénéfique à s'appuyer sur les capacités d'expression des autres participants.
 - Par le biais des marionnettes ou du psychodrame sont mis en jeu et en récit des fantasmes qui trouvent ainsi droit de cité dans le psychisme du patient.

- **Approches comportementales**

- Elles visent à favoriser l'adoption d'un comportement adéquat et à désapprendre le comportement indésirable par différentes formes d'encouragement.
- Des conseils pratiques sont proposés aux parents pour les aider à structurer la vie quotidienne de l'enfant.
- Un environnement ordonné, des consignes simples, une anticipation des situations problématiques, l'usage de certains slogans, l'aménagement d'espaces différenciés
 - sont quelques unes des mesures préconisées pour obtenir un changement positif.

Approche chimiothérapique

- Elle ne saurait être envisagée en première intention ou de manière isolée.
- L'efficacité démontrée des psychostimulants amphétaminiques dans cette indication ne saurait suffire à en banaliser l'usage.
- Le Methylphénidate (RITALINE *), ne peut être prescrit que chez l'enfant de plus de 6 ans.
 - La dose quotidienne officiellement recommandée est de 0,3mg à 1mg/kg en 2 ou 3 prises quotidiennes.
 - La commercialisation de formes retard en facilite l'observance.
- Même en cas de bonne tolérance et d'amélioration symptomatique appréciable,
 - il convient de vérifier régulièrement que le traitement est encore nécessaire.

Règles de prescription : renouvellement des ordonnances et suivi du traitement

- **Le méthylphénidate est soumis aux règles de prescription des stupéfiants, en conséquence :**
- la prescription des médicaments en contenant est limitée à 28 jours et doit être rédigée sur une ordonnance sécurisée ;
- la posologie, la durée de traitement et les quantités prescrites doivent être indiquées en toutes lettres ;
- le nom du pharmacien désigné par le patient et qui sera chargé de la délivrance doit être inscrit sur l'ordonnance
- la délivrance est exécutée dans sa totalité uniquement si elle est présentée dans les 3 jours suivant sa date d'établissement.
 - Au-delà de ce délai, elle n'est exécutée que pour la durée de traitement restant à courir ;
- le renouvellement de la délivrance de la même prescription est strictement interdit ;

Données de tolérance à prendre en considération

- **les événements indésirables le plus fréquemment rencontrés**
 - une nervosité, une insomnie et des céphalées
- **Les autres événements indésirables fréquents**
- anorexie, diminution de l'appétit, diminution modérée de la prise de poids et de la croissance en cas de traitement prolongé chez l'enfant ;
- vertige, dyskinésie, hyperactivité psychomotrice et somnolence ;
- labilité émotionnelle, agressivité, agitation, anxiété, dépression, irritabilité, comportement anormal ;
- modification de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque (arythmie, palpitations, tachycardie) ;
- troubles gastro-intestinaux tels que douleur abdominale, nausées et vomissements survenant en début de traitement et pouvant être atténués par la prise concomitante de nourriture,

- bouche sèche ; réaction cutanée : alopécie, prurit, rash et urticaire.
- Plus rarement, l'administration de méthylphénidate peut être associée à l'apparition ou l'aggravation de troubles psychiatriques :
 - symptômes psychotiques ou maniaques, ou de tics, moteurs ou verbaux.

CONCLUSION

- Intérêt d'une approche diagnostique approfondie de l'hyperactivité de l'enfant qui peut s'inscrire dans des contextes psychopathologiques très différents.
- La fréquence des symptômes associés au "trouble: déficit de l'attention/hyperactivité" du DSM devrait inciter à la prudence
 - La complexité du dispositif de soins à mettre en œuvre n'est évidemment pas la même pour
 - un enfant se situant dans un registre névrotique
 - et un enfant souffrant d'une pathologie limite.
- Intérêt d'un usage réfléchi et pondéré du recours aux psychostimulants,
 - sans doute encore exagérément décriés en France mais
 - très abusivement prescrits à plusieurs millions d'écoliers américains