

L'hyperactivité infantile

**Par le docteur Claude Jolicoeur, pédopsychiatre,
Montréal – 1994-2000**

DÉFINITION GÉNÉRALE

Condition difficile de la maturation neuropsychique avec conséquence variable sur le caractère, le comportement, l'apprentissage scolaire et la vie psychique. Son origine génétique ou neurobiologique fait peu de doute pour les cliniciens experts et se confirme dans les grandes recherches nord-américaines. Le diagnostic principal n'exige plus d'atteintes motrices spécifiques, s'agissant d'un problème plus fonctionnel que déficitaire la plupart du temps, si l'on exclut les souffrances cérébrales aiguës. Il tend à se normaliser avec les années, au gré de la maturation naturelle de l'enfant, mais exige une compréhension spécifique et un encadrement particulier, tant au niveau médical, psychologique qu'affectif et pédagogique.

Plus l'enfant vieillit, plus l'agitation motrice diminue et parfois se déplace vers l'opposition. Il arrive toutefois que la difficulté se continue à l'âge adulte sous une forme atténuée, surtout en regard du déficit de l'attention ou de l'impulsivité. La conscience de soi permet alors un meilleur contrôle de l'impulsion. Il s'agit d'un malaise à large spectre dont plusieurs aspects peuvent paraître bénéfiques autant que d'autres pénibles à vivre, tout dépendant de la morbidité de la condition.

« Tous les enfants bougent », dirons-nous, mais non pas avec la même intensité, ni du levée du jour à la nuit avancée, et sans ressentir la moindre fatigue. Il

y a mille degrés à cette condition et mille façons de la regarder mais toujours un peu la même, variant selon l'éclairage de l'heure. En raison du faible estime de soi, des découragements successifs, l'on a souvent évacué le problème de l'hyperactivité au profit d'hypothèses à la mode comme la carence affective, la dépression latente ou masquée, les conflits inconscients, l'incompétence parentale, qui somme toute rendent les parents encore plus responsables et coupables.

Ce qui n'arrange rien, c'est la géométrie variable du problème qui, comme un caméléon, se dissimule sous plusieurs déguisements. L'enfant timide, par exemple, craindra l'étranger, sera surtout rêveur à l'école, mais agité à la maison ; l'autre surdoué excelle dans ses matières académiques et se pénalise au niveau du comportement. La concentration augmente spontanément avec le défi, diminue dans les routines ou les tâches. Il y a rarement une bonne notion de temps qui permet l'anticipation ; tout se vit à l'instant présent.

Comme le disait si bien une jeune adolescente, à sa copine de classe, « ça me tente pas de rester debout, mais je n'ai pas le goût de m'asseoir », ce qui prouve qu'il y a tellement de *stimuli* intéressants qu'il devient difficile de faire un choix. Le cerveau semble en survitesse et n'arrive à ralentir son rythme.

MANIFESTATIONS

Manifestations usuelles

1. Un déficit de l'attention et de la concentration plus sévère dans les tâches académiques (ou fastidieuses), à mesure qu'elles deviennent plus abstraites, souvent à l'exception des activités physiques (sports), manuelles/visuelles (dessin, bricolage, informatique), qui captent facilement l'esprit chez cet enfant.

2. Un besoin excessif mais très variable de toujours bouger dans certaines activités et selon le contexte social.

3. L'incapacité de terminer un jeu, une tâche, en dehors de ses intérêts propres.

4. Une intolérance marquée à la frustration et une incapacité relative à reconnaître ses propres limites dans son rapport avec l'autorité, les consignes, les demandes d'attention.

5. Une stimulation excessive par la fratrie, la vie de groupe et la rivalité des pairs.

6. Un besoin de contrôler son entourage, de monopoliser la règle, la discussion et d'être toujours le seul gagnant.

7. Un besoin impulsif de libérer son agressivité, lors d'une contrainte.

Manifestations occasionnelles

1. Un manque fréquent d'estime de soi, apparent lors des frustrations mais entretenu par les attentes irréalistes, les échecs, les punitions, et la tendance à sur-valoriser voire dramatiser le négatif.

2. Une tendance à mélanger le monde réel et imaginaire (fabulation) ou encore à se perdre dans le monde imaginaire (surtout pour la prédominance lunatique).

3. Une assez mauvaise organisation des notions d'espace (le territoire, l'ordre) et de temps comme les horaires.

4. Une évaluation inconstante du danger et grande témérité dans l'inconnu;

5. Une alternance parfois rapide entre l'inhibition, surtout avec l'étranger, parfois aussi le père et la dés-

inhibition, avant tout à la maison, de préférence avec la mère ou les très familiers.

Nota bene. la description de l'hyperactivité, telle que décrite dans les manifestations, provient de l'observation clinique et n'a pas la prétention d'un précis scientifique. Elle n'est pas validée par le corps médical, mais représente une certaine synthèse des symptômes courants, en vue de mieux sensibiliser les intervenants à définir cette condition à géométrie variable. D'ailleurs la classification officielle américaine comme le *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (Dsm)* se modifie souvent (1952-66-80-87-94). Dans la quatrième et dernière version, le Dsm IV, le déficit de l'attention se démarque dorénavant de l'hyperactivité, en pleine correspondance avec l'observation clinique de longue date.

PRÉVALENCE

Environ 5 % des enfants souffriraient de cette condition morbide, comme quatre fois plus de garçons que de filles, dont le fils aîné de la famille, laissant présumer une origine de type immunogénétique. Il est fréquent que l'un des parents, surtout le père, présente le même profil de tempérament.

La transmission génétique ne se poursuit pas en ligne droite passant du parent à l'enfant, comme

d'un relais d'une main à l'autre. Au sens large, les lois de la génétique semblent en action dès le moment de la conception soit pour favoriser et permettre la fertilité du couple soit pour soutenir l'implantation de l'embryon fécondé dont le rejet n'est pas le moindre danger, s'agissant d'une semi-greffe.

COMMENTAIRES

La maturation se poursuit pendant au moins 20 ans sinon davantage. À un niveau purement neurophysiologique, le cerveau terminera sa maturation réelle, par des phénomènes d'émondage et d'enrichissement de ses réseaux nerveux vers à la fin de

l'adolescence. Le cerveau qui partage la même origine que la peau subit les marques de son environnement, par exposition sensorielle répétitive aux divers *stimuli*.

QUELQUES COMPLICATIONS

Souvent l'enfant paraît faussement solitaire ou asociale, parce qu'il se retire au lieu de partager avec le groupe. Incapable de contenir son envie de toujours gagner, d'avoir la première place, de changer les règles à son avantage, il quitte et joue seul. La faiblesse de l'estime de soi semble endémique ; il y a les échecs réels, mais aussi cette hypersensibilité aux aspects négatifs de la vie. Les attentes souvent irréa-

listes subissent un dur revers face à la réalité. La fabulation qui se confond avec le mensonge s'explique également par le manque de réflexion approfondie, quand il y a crainte de la punition ou le désir effréné d'un besoin. L'imprudence ou l'insouciance au danger provoque l'inquiétude comme la mauvaise notion de temps et d'espace.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les troubles psychoaffectifs peuvent accompagner l'hyperactivité, mais ils en sont souvent la conséquence plus que la cause, surtout si le diagnostic et le traitement tardent à se faire. L'agitation ou l'anxiété de situation ne dure pas des semaines et des mois. Pour évacuer le diagnostic, l'on a longtemps banalisé certains comportements et fait des trouvailles sémantiques, comme le trouble

d'adaptation, la dépression, la carence affective.

Mais l'opposition restera le plus difficile à vivre. Ce refus systématique d'obéir, de respecter la consigne ou d'exiger et harceler sans relâche devient assez exaspérant. Toute personne qui subit cette provocation perdra un jour son contrôle et son équilibre naturel.

TRAITEMENT

Un grand nombre de situations vont nettement s'améliorer avec une meilleure psychologie d'encadrement qui devra se soucier de facteurs spécifiques au fonctionnement cognitif. Cette nécessité n'a pas toujours besoin de s'orienter vers la punition, écueil le plus courant. Elle devra s'ingénier à valoriser les talents et soutenir les points faibles comme la notion de temps et d'espace. L'affrontement ne réussit qu'avec les plus timides, mais enduret tous les autres. Lorsque la situation d'échec paraît inévitable, que la qualité de vie devient intenable, la médication dopaminergique (ritalin, dexedrine) peut devenir nécessaire. Elle a prouvé son efficacité, dans un milieu sans préjugé initial. Le titrage ou dosage doit progresser lentement, couvrir même les jours d'école ou les congés, au besoin, et se limiter en deçà des effets secondaires. Elle favorise les capacités réalistes d'anticipation et d'organisation, aussi utiles dans les loisirs que les apprentissages académiques.

La guidance parentale, facteur le plus essentiel, doit aborder tous les domaines de la psychologie générale. Il arrive rarement que seules la concentration, l'agitation ou l'opposition soient difficiles, mais le plus souvent la maturité générale prend du retard ou s'organise différemment; elle mérite une attention soignée et personnelle. Il faudra se fixer des priorités objectives, à l'abri de la culpabilité ou de fausses comparaisons, car les attentes irréalistes conduisent aussi certainement à l'échec.

Il serait prudent d'aborder la question de la thérapie individuelle de l'enfant en dehors de celle de la médication ou de la guidance parentale, compte tenu des multiples approches ou écoles de pensée à cet égard ou encore de la grande diversité des conditions qui se présentent.