



**A**gitation, distraction, impulsivité... chez l'enfant sont devenues en quelques années les motifs de consultation les plus fréquents en pédopsychiatrie. Ces difficultés entravent leur parcours scolaire, leur vie sociale, épuisent leur entourage et le corps enseignant. Nombre d'entre eux sont alors étiquetés « TDA-H » et se voient prescrire trop fréquemment des médicaments comme unique solution. Ceci interpelle sur la manière dont on prend soin des enfants aujourd'hui.

## **Le TDA-H n'est pas une maladie**

En effet, le TDA-H n'est pas une maladie mais une dénomination qui regroupe un ensemble de signes comportementaux : distraction, impulsivité, hyperactivité. Ces caractéristiques sont présentes chez tous les enfants à des degrés divers. Il n'est pas possible de fixer une limite objective entre le normal et le pathologique, celle-ci variera selon la tolérance individuelle, les époques, les contextes...

Certains voient une maladie causée par des déséquilibres biologiques ; ce qui n'a jamais été scientifiquement démontré. Cette thèse d'une maladie neuro-développementale innée nie la complexité de l'être humain. En effet, on sait aujourd'hui que le cerveau se développe en fonction des expériences vécues, de l'environnement social, scolaire,

familial... Les spécialistes parlent de la « plasticité cérébrale ».

## **Une prise en charge et une aide personnalisées**

Réfuter la thèse de la maladie ne signifie en aucun cas minimiser la souffrance de l'enfant et de son entourage. Au contraire, cela oblige à accueillir chaque enfant et ses proches sans idées préconçues ni diagnostic prêt à porter.

En évitant d'enfermer l'enfant dans un diagnostic, on lui fait sentir qu'il a des prises sur lesquelles agir, on ouvre la porte à d'autres possibles. Il devient alors partie prenante de son évolution.

Ecouter son histoire et celle de sa famille, comprendre ce que l'enfant exprime par ses comportements, explorer toutes ses facettes : profil social, scolaire, cognitif, langagier... est indispensable et permet de chercher avec lui et ses proches les moyens les plus adaptés pour qu'il s'apaise, s'exprime autrement.

Quels changements apporter à la vie quotidienne : rythme de vie, temps d'écrans, sommeil, jeux...? Quelles pistes de prises en charge explorer : sport, art, psychothérapie individuelle, de groupe, familiale, psychomotricité relationnelle, groupe de paroles, soutien à la parentalité...? A l'inverse du médicament, ces solutions ne se contentent pas de faire taire les symptômes; elles per-

mettent de véritablement prendre soin des souffrances.

## **Une surmédicalisation inquiétante?**

Les médicaments à base de méthylphénidate tels la Rilatine, le Concerta... constituent une solution uniquement dans les rares cas où les différentes pistes ont déjà été explorées et que l'enfant a besoin d'être apaisé pour bénéficier des autres prises en charge.

Ces médicaments appartiennent à la famille des psychotropes, ils agissent et modifient la chimie du cerveau. Leur utilité et l'absence de danger à long terme n'ayant jamais été démontrés, les effets secondaires étant nombreux, le principe de précaution doit prévaloir.

Cette médication à réévaluer très régulièrement (tous les six mois maximum) doit toujours s'accompagner d'autres prises en charge, et être stoppée dès que l'enfant reprend pied dans sa vie.

## **Mais pourquoi s'agitent-ils?**

Une multitude de facteurs peut perturber de façon transitoire ou plus durable un enfant : histoire anté/périnatale, familiale, difficultés scolaires, événements de vie (séparation, naissance, décès...). Les difficultés peuvent également résulter de la rencontre