

Revue générale

Les étiologies de l'instabilité psychomotrice en clinique pédiatrique... autres que le TDAH

RÉSUMÉ : L'instabilité psychomotrice est une situation clinique fréquente en clinique infanto-juvénile. Cette entité a été longtemps liée à un seul diagnostic, celui du trouble d'attention avec hyperactivité (TDAH). Cependant, il s'agit d'un concept trans nosographique relatif à un ensemble large d'étiologies organiques, environnementales et psychiatriques. L'évaluation clinique minutieuse s'impose afin d'éviter les errances diagnostiques, les prescriptions abusives et les circuits de soin non adaptés aux besoins de l'enfant.



**B. AABBASSI^{1,2}, S. MOUDAFFAR¹,
M. ARRAJI¹, F. MANOUDI¹**

¹ Équipe universitaire de pédopsychiatrie, CHU Mohamed VI, faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, MAROC.

² Laboratoire de recherche "Enfance, Santé, Développement", faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, MAROC.

L'instabilité psychomotrice est un concept trans nosographique. Il s'agit bien d'enfants étiquetés comme turbulents, hyperactifs ou hyperkinétiques. C'est un état psychomoteur caractérisé par une incapacité à soutenir l'attention, à garder une attitude, à persévérer dans une action entreprise et réagir de façon constante. Entre l'âge de 2 à 5 ans, l'instabilité est développementale, souvent caractérisée par la labilité attentionnelle et la motricité explosive, faisant suite au développement des compétences intellectuelles et motrices et dont le but est l'exploration du monde extérieur. L'instabilité devient pathologique par son intensité, sa chronicité et ses répercussions sur le fonctionnement de l'enfant et/ou de son entourage. C'est l'un des motifs de consultation les plus fréquents en pédiatrie et en pédopsychiatrie. Cette entité, pourtant sémiologique, est largement liée au Trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) alors qu'il est un diagnostic d'élimination devant un ensemble de troubles psychopathologiques plus fréquents et facilement repérables. À travers trois vignettes cliniques, nous allons étayer cette diversité clinique d'étiologies.

La première vignette clinique : "Adam l'enfant symptôme"

Nous recevons en consultation ambulatoire de pédopsychiatrie, à la demande de ses parents, Adam, garçon de 8 ans, concernant la prescription du méthylphénidate, dans le cadre d'un diagnostic de TDAH posé par un collègue pédopsychiatre. Nous optons pour une réévaluation diagnostique. Adam est scolarisé en 3^e année primaire. Il est le cadet d'une fratrie de quatre.

La maman le décrit comme turbulent et instable à la maison. En classe, les enseignants se plaignent d'un enfant hyperactif, parfois impulsif et qui se lasse rapidement, ce qui contraste avec de bons rendements scolaires. Le garçon est épanoui dans les activités parascolaires (aïkido, natation, football...). Il consulte un pédopsychiatre pour la première fois à l'âge de 7 ans, pour le même motif. Le diagnostic de trouble anxieux de l'enfant est posé, concomitant à la dépression de la mère. Madame était suivie pour un trouble anxiodépressif avec une mauvaise observance thérapeutique. Le pédopsychiatre a proposé une

I Revues générales

psychothérapie individuelle à Adam avec des réaménagements scolaires. Devant une recherche de réponse rapide face aux symptômes de leur enfant, les parents ont multiplié les consultations spécialisées. À ce stade, le diagnostic de TDAH est annoncé avec proposition de prescription du méthylphénidate. Nous recevons dans notre établissement l'enfant pour un énième avis. Au moment de l'entretien, nous soulignons des contradictions entre les parents concernant la perception du trouble de l'enfant et leurs attitudes éducationnelles respectives. La mère est surprotectrice et anxieuse à l'idée de perdre le contrôle sur son enfant. Elle monopolise la parole, dégageant un sentiment de culpabilité vis-à-vis de son histoire personnelle. Nous relevons de multiples fausses couches avant la naissance d'Adam. Durant le temps de l'entretien avec ses parents, Adam est instable, déambule dans le bureau, touche à tout, se met sur le pèse personne et envahit le périmètre du clinicien. Lorsque la mère est émue, Adam reste souvent collé à elle ! Le père semble exclu de cette scène familiale. Il se limite à des hochements de tête. Adam est ensuite reçu seul en entretien. Il ne manifeste pas de difficultés à se séparer de sa mère et accepte volontiers de rester seul avec le pédopsychiatre. Il paraît plus calme, son discours est cohérent, il est attentif au temps de l'évaluation. Par ailleurs, il rapporte une notion de cauchemars répétitifs à thématique unique : il s'agit d'une sorcière qui "le rétrécit et l'écrase" ! Sur le dessin libre, il dessine une forme géante occupant toute la feuille, qu'il nomme "un gentil dinosaure géant".

Au retour des parents, l'enfant change à nouveau de comportement, il redevient turbulent. Il cache son dessin, et attire constamment l'attention sur lui. Au terme de cet entretien, nous proposons des séances de psychothérapie individuelle visant à renforcer l'autonomie, à accepter les limites éducatives et à gérer le plaisir immédiat. Quant aux dysfonctionnements éducatifs, une guidance

parentale est proposée afin de repositionner le père dans sa fonction d'autorité et de protection, de repositionner la mère dans sa fonction de contenance mais avec des distances relationnelles structurantes. Nous proposons à la mère de reprendre son suivi psychiatrique longtemps interrompu. Nous recevons Adam et ses parents régulièrement en séances avec une amélioration du symptôme principal : l'instabilité. Cette résolution clinique est en faveur du caractère fonctionnel du symptôme d'Adam face à la souffrance de la mère.

La deuxième vignette clinique : "Rayan est instable face à ses déficits développementaux"

Nous recevons l'enfant Rayan, âgé de 10 ans, pour une instabilité psychomotrice avec des difficultés scolaires. Il se présente avec sa mère seule. Nous relevons dans son histoire développementale, une naissance prématurée à 34 semaines d'aménorrhée, un ictère néonatal avec un séjour en néonatalogie, une épilepsie depuis l'âge de 2 ans traitée par le valproate de sodium à la dose de 16 mg/kg/j mais avec une mauvaise observance et un retard manifeste des acquisitions psychomotrices (la marche à 5 ans, les premiers mots à 4 ans et l'énurésie nocturne primaire). Rayan est instable en classe comme à la maison. Il rencontre des difficultés nettes à se concentrer dans une activité, il est impatient et s'arrête sans finir les tâches qui lui sont demandées. Il redouble ses classes. Au quotidien, il dépend totalement de sa mère. En entretien, Rayan est un garçon jovial, attachant et ayant un bon contact. Il déambule sans arrêt et paraît en urgence de bouger et de se tortiller. Il ne peut pas maintenir une conversation, ni finir un récit. Il semble ne pas comprendre les consignes simples. Son dessin est réduit à des gribouillis avec des troubles graphiques à l'écriture de son prénom.

Devant sa biographie médicale lourde et ses capacités intellectuelles réduites,

nous suspectons une déficience intellectuelle. Un bilan neurocognitif et développemental (orthophonique et psychomoteur) est demandé et a permis d'asseoir le diagnostic. Nous avons réadressé Adam à son pédiatre pour l'ajustement thérapeutique des doses de l'anticonvulsivant. Il se plaint également de céphalées avec une vision floue, un avis ophtalmologique est alors demandé. Le médecin a prescrit des verres correcteurs pour corriger la baisse profonde de l'acuité visuelle jamais bilantée auparavant. L'annonce diagnostique aux parents a permis un certain apaisement face aux symptômes de leur fils. La guidance parentale a permis d'asseoir un travail d'autonomisation et de séparation individuation. Nous avons contacté l'école pour proposer un parcours scolaire adapté aux capacités d'Adam. Le suivi pédopsychiatrique est régulier. Dans cette situation clinique, l'enjeu étiologique de l'instabilité est triple. Il est relatif à la crise épileptique non correctement traitée, le déficit sensoriel jamais diagnostiqué et la déficience intellectuelle récemment reconnue.

La troisième vignette clinique : "Laila sous l'emprise de sa glande thyroïde..."

Laila est une fille âgée de 11 ans, d'allure maigre et fatiguée. Nous la recevons avec un courrier scolaire pour une instabilité motrice avec difficultés d'attention qui mettent en péril ses apprentissages en classe. Les deux parents sont présents au premier rendez-vous. Ils s'inquiètent pour leur fille qui ne cesse de bouger et qui a du mal à s'endormir. "*Ses journées sont plus longues que ses nuits*", dit le père. Elle est franchement irritable, spécialement devant des tâches nécessitant de l'attention et la concentration. La mère est suivie pour la maladie de Basedow. Nous pensons à demander un bilan thyroïdien chez Laila. La valeur de TSH-us est inférieure à 0,02 mUI/L, le dosage de la T4 libre est à 40 pmol/L. Ce bilan

conclut à une hyperthyroïdie de l'enfant et raccourcit le parcours de Laila en soins de santé mentale. Nous l'adressons en service d'endocrinologie pédiatrique pour une prise en charge spécialisée.

■ Discussion

L'instabilité psychomotrice ou l'hyperkinésie est l'un des motifs de consultation les plus fréquents en clinique infanto-juvénile. Ce signe fonctionnel concerne souvent les garçons avec un sexe ratio de trois garçons pour une fille et touchant essentiellement les enfants d'âge scolaire à partir de 6 ans.

Cette entité sémiologique regroupe un ensemble de difficultés : un comportement agité, décousu, désorganisé, une fragilité émotionnelle, une instabilité de l'humeur, une impulsivité, une intolérance à la frustration, avec des difficultés d'attention et de concentration.

C'est un concept qui a évolué à travers l'histoire, en passant de l'instabilité psychomotrice relative à la débilité mentale rapportée par Bourneville en 1897, à une dysfonction cérébrale mineure décrite par George Still en 1906, puis à une réaction sous-tendue par une souffrance affective selon les courants psychoaffectifs francophones, vers le regroupement syndromique chez les anglo-saxons, sous la forme descriptive pure, nommée trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) [1]. Ce dernier diagnostic, fascinant pour certain, interpellant pour d'autres, a occupé les esprits cliniques et les pratiques jusqu'à en devenir le seul sous-tendant psychopathologique de toutes formes d'instabilité psychomotrice en âge pédiatrique.

Cette vision réductrice est la principale cause d'errance diagnostique, d'usage abusif des traitements psychostimulants notamment la méthylphénidate, avec toutes les conséquences délétères d'une médicalisation à outrance chez un être en développement.

Force est de constater que l'approche diagnostique de ces enfants dits turbulents et difficiles doit être rigoureuse et menée avec un sens clinique avéré. Répondre à l'urgence de supprimer le symptôme par une approche diagnostique uniciste est un leurre.

Les praticiens de première ligne sont invités à enquêter soigneusement autour de ce symptôme relevant de plusieurs pathologies aussi organiques,

développementales que psychiatriques (**tableau I**). En passant par la recherche soigneuse d'antécédents familiaux et personnels comme les pathologies mentales familiales (dépression, trouble anxieux, psychose), les prises médicamenteuses et toxiques (corticothérapie, anti-asthmiques, anticonvulsivants...).

Le temps de l'examen somatique est capital, il est à réaliser avec exactitude, notamment morphologique, neurolo-

Pathologie avec atteinte neurologique	● Anomalie chromosomique (X fragile, Trisomie 21, Williams Beuren...) ● Épilepsie ● Traumatisme crânien ● Neurofibromatose ● Syndrome Gilles de la Tourette
Troubles sensoriels	● Troubles auditifs (central et périphérique) ● Troubles visuels
Troubles psychiatriques (DSM-V)	● Troubles anxieux, troubles de l'humeur (dépression, bipolarité juvénile, dysrégulation émotionnelle) ● Troubles oppositionnels ● Troubles des conduites ● Troubles de l'attachement ● Toxicomanie/alcoolisme ● Troubles du spectre de l'autisme ● Psychoses ● Troubles neurodéveloppementaux
Difficultés d'apprentissage	● Troubles du langage oral ● Troubles spécifiques des apprentissages ● Haut potentiel intellectuel ● Déficience intellectuelle
Pathologie somatique	● Troubles du sommeil ● Troubles thyroïdiens ● Troubles hormonaux ● Hypoglycémie/hyperglycémie ● Anémie (ferriprive) ● Carence en fer sans anémie ● Effets secondaires d'une médication (bronchodilatateurs, antiépileptiques, benzodiazépine)
Problèmes psychosociaux	● Abus physique, sexuel ● Négligence de soins ● Maltraitance psychologique ● Famille dysfonctionnelle et/ou carence éducative ● Environnement ou orientation inadaptes pour l'apprentissage ● Pathologie mentale parentale ● Consommation de toxiques

Tableau I : Les principales étiologies de l'instabilité psychomotrice chez l'enfant.

Revue générale

POINTS FORTS

- Entre l'âge de 2 à 5 ans, l'instabilité est développementale. Souvent caractérisée par une labilité attentionnelle et une motricité explosive, faisant suite au développement des compétences intellectuelles et motrices et dont le but est l'exploration du monde extérieur.
- L'instabilité devient pathologique par son intensité, sa chronicité et ses répercussions sur le fonctionnement de l'enfant et ou de son entourage.
- L'instabilité psychomotrice pathologique est un concept transnosographique relatif à un ensemble de troubles organiques, environnementaux et psychiatriques. Le TDAH est un diagnostic d'élimination.
- Répondre à l'urgence de supprimer le symptôme par une approche diagnostique uniciste est un leurre. L'approche diagnostique de ces enfants doit être rigoureuse et menée avec un sens clinique avéré.
- La réponse thérapeutique dépend principalement de l'étiologie. Elle s'inscrit dans un arsenal thérapeutique autour du symptôme, de l'enfant et son environnement familial et scolaire.

gique et neurosensoriel. Certains bilans complémentaires biologiques et radiologiques sont parfois nécessaires pour asseoir le diagnostic étiologique.

L'évaluation pédopsychiatrique est faite généralement sur plusieurs temps, car ces enfants se conforment souvent à la première séance. L'observation de l'enfant, l'entretien avec les deux parents, l'évaluation du fonctionnement scolaire, relationnel et comportemental sont les principales étapes de cette évaluation. Nous individualisons deux catégories d'instabilité constitutionnelle et secondaire [2, 3].

L'instabilité constitutionnelle est définie par la présence constante des symptômes, en toute situation quotidienne. Elle s'observe dans les affections organiques telles que les pathologies neurologiques, les pathologies endocriniennes, la déficience intellectuelle, les déficits sensoriels auditifs et visuels, des affections génétiques, trouble du spectre

autistique et le TDAH. L'association à d'autres signes physiques, le caractère stable dans le temps et l'âge doivent généralement orienter les investigations.

Pour nos deux patients Rayan et Laila il s'agissait d'une instabilité constitutionnelle. Par ailleurs, l'instabilité secondaire est à évoquer devant des symptômes intermittents, d'apparition récente, ou situationnels comme dans le cas de la dépression de l'enfant, les troubles anxieux et les troubles liés à l'environnement (échec scolaire, enfant précoce, maltraitance...) et des prises médicamenteuses.

Pour Adam, l'hyperactivité est situationnelle. Elle signifie une lutte contre les tensions relationnelles mère-enfant. Lutter contre l'angoisse de mort qui submerge la mère confrontée auparavant à des décès fœtaux, est ce qu'a trouvé de mieux l'enfant pour "rester et survivre". Selon Jean Bergès, "*c'est pour lutter contre la pulsion de mort et la perte*

éventuelle, et les souhaits de mort, que l'enfant s'agite ainsi : tant qu'il bouge, il n'est pas mort" [4]. Le symptôme moteur serait ici une réaction de vérification de sa vie face aux angoisses mortifères d'une mère déprimée, et fragilisée par sa propre histoire.

Bien évidemment, la présence d'une pathologie organique, psychiatrique ou environnementale n'exclut pas la possibilité de comorbidités avec le diagnostic de TDAH. Mais nous rappelons qu'il s'agit bien d'un diagnostic d'élimination et que son évaluation et sa prise en charge initiale se font en milieu spécialisé pédopsychiatrique. La prise en charge de l'instabilité psychomotrice doit être précoce, multimodale et transdisciplinaire, centrée sur l'enfant mais incluant aussi son entourage familial et scolaire. Cet entourage qui porte souvent la souffrance et en est épuisé. Donner du sens à ce symptôme tant sur le plan personnel que familial permet de débloquer la situation et d'éviter d'hypothéquer le développement scolaire, psycho-affectif et relationnel [5, 6]. La réponse thérapeutique dépend de l'étiologie mais suit généralement le même schéma :

>>> La psychoéducation de l'enfant, des parents et des enseignants, en leur expliquant l'origine de ce mal-être et en les informant sur les possibilités de prise en charge.

>>> L'aide aux parents est cruciale. Il s'agit bien de parents désemparés devant un enfant qui leur semble difficile et épuisant. Redonner confiance aux parents en leurs compétences parentales, repositionner chaque parent dans sa juste fonction, comprendre l'enfant, le rassurer, permettrait de réduire le stress familial et aider à instaurer des liens parents-enfant de qualité.

>>> Le traitement de l'étiologie, à savoir correction des déficits sensoriels, ajustement de la médication dans les cas d'épilepsie, correction des troubles endocriniens, par exemple.

>>> Les thérapies analytiques et psychodynamiques visant à inscrire le symptôme dans l'histoire développementale et familiale de l'enfant, à retravailler la notion de contenance affective et corporelle, à exprimer la souffrance en s'appuyant sur les émotions, à redonner parole à cet enfant qui exprime son mal être psychique à travers un symptôme comportemental souvent moteur et retravailler les liens puisque ce symptôme est une valeur relationnelle adressée à l'autre.

>>> La thérapie cognitivo-comportementale, peut être utilisée pour viser les pathologies psychiatriques en cause, mais également à modifier les comportements problématiques du sujet en renforçant positivement les comportements adaptés et négativement les comportements inadaptés, la régulation des émotions, le renforcement de l'estime de soi.

>>> La rééducation psychomotrice constitue un point d'appui important dans la remédiation des troubles du contrôle moteur (impulsivité), des difficultés praxiques et, plus globalement, des troubles des représentations corporelles.

>>> Les aménagements scolaires sont utiles pour élaborer un plan d'accompagnement personnalisé de l'enfant.

>>> La prescription de psychotrope est toujours en deuxième intention. Ce temps de prescription est un moment de réflexion avec les parents et l'enfant.

Elle sera indiquée en cas de présence d'inefficacité ou insuffisance des autres méthodes proposées, devant une instabilité intense qui retentit significativement sur l'enfant ou son entourage ou en présence d'une pathologie psychiatrique d'intensité moyenne à sévère. Que cette prescription soit de fond ou à valeur symptomatique, elle sera toujours combinée à un arsenal thérapeutique et rééducatif.

L'évolution de l'instabilité psychomotrice dépend de l'évolution de son étiologie. Par ailleurs, grâce à la dynamique des processus développementaux de l'enfant, ce symptôme tend à s'estomper spontanément ou du moins diminuer d'intensité. En l'absence de prise en charge de qualité, les conséquences délétères à redouter sont : la maltraitance, le décrochage scolaire, la baisse de l'estime de soi, les difficultés relationnelles, les troubles anxiodépressifs, l'abus de toxiques et les conduites dangereuses chez l'adolescent, la suicidalité et la violence.

■ Conclusion

Nos réflexions cliniques visent à éclaircir l'approche actuelle assez linéaire entre l'instabilité psychomotrice et le diagnostic de TDAH. Par cet article, nous soulignons que l'instabilité psychomotrice est un terme trans nosographique relatif à plusieurs diagnostics cliniques, aussi bien organiques que psychiatriques. D'où l'importance d'une évaluation glo-

bale et minutieuse de l'enfant, aussi bien sur le plan somatique, psychiatrique et environnemental.

Le cas échéant, le praticien encourt un risque considérable d'errance diagnostique qui peut être à l'origine de complications développementales, relationnelles, psychoaffectives et scolaires.

Dans cette situation, l'enfant se retrouve dans des circuits de soins non adaptés et avec des prescriptions médicamenteuses et rééducatives souvent iatrogènes.

BIBLIOGRAPHIE

1. CLAUDON P. L'instabilité psychomotrice de l'enfant. Réflexions cliniques et thérapeutiques. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2000;13:473-477.
2. BOIRO D, DIÉDHIU D, NIANG B *et al.* L'hyperthyroïdie de l'enfant au centre hospitalier universitaire de Dakar (Sénégal). *Pan Afr Med J*, 2017;28:10.
3. REVOL O, FOURNERET P. Approche diagnostique d'un enfant instable. *Revue du praticien*, 2002;52:1988-1993.
4. FORGET JM. L'hyperactivité et l'enfant comme objet. *La revue lacanienne*, 2009;3:90-94.
5. DE BECKER E. Quelques points d'attention sur le trouble déficitaire attentionnel avec ou sans hyperactivité chez l'enfant. *Université catholique de Louvain*.
6. BENHAMOU H. Hyperactivité chez l'enfant. *Perspectives Psy*, 2021;60:268-272.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.