

Webinaire : l'Enfant agité

29 juin 2022

EPE 34 – FNEPE Textes des interventions

Conseil Scientifique EPE 34

www.epe34.com



Webinaire FNEPE du 29 juin 2022 sur l'enfant agité

Conseil scientifique de l'EPE 34

Intervenants : Jérôme Bons, psychologue de l'Education Nationale, Typhaine Baconnier, psychomotricienne Typhaine BACONNIER, psychomotricienne CMPP et SESSAD Marcel Foucault - Montpellier, Françoise Carteau, directrice école élémentaire Diderot (Montpellier), Charles Foxonet, psychologue, enseignant-chercheur, Monique Laurent-Vauclare, pédiatre, Françoise Peskine, pédiatre, Blandine Sagot, directrice EPE 34, Fabienne Talagrand et Sophie Torelle, psychologues EPE34.

PLAN DES INTERVENTIONS

Introduction : Blandine Sagot
Pourquoi ce sujet : Fabienne Talagrand et Sophie Torelle
Présentation de la méthodologie : Charles Foxonet

1 L'agitation de l'enfant : description et pistes de lecture

- 1.1 Vignettes cliniques : Fabienne Talagrand – Sophie Torelle
- 1.2 Description du symptôme : Monique Laurent Vauclare
- 1.3 Les facteurs associés :
 - 1.3.1 L'influence du contexte de vie : Françoise Peskine
 - 1.3.2 Les troubles de l'attachement, les vécus traumatiques : cas 1 Sophie Torelle Cas 2 Fabienne Talagrand
 - 1.3.3 Les troubles sensoriels et somatiques : Françoise 3 mn
 - 1.3.4 Les fonctions exécutoires et les troubles neuro-développementaux : Monique Laurent Vauclare

2 Quel accompagnement ?

- 2.1 A l'école : Jérôme Bons et Françoise Carteau
- 2.2 L'apport de la psychomotricité : Typhaine Baconnier
- 2.3 A l'EPE : Fabienne Talagrand
- 2.4 L'accompagnement médical : Monique Laurent Vauclare

3 Conclusion :

L'importance de la coordination : Sophie Torelle
Le cas de J.

4 Bibliographie

Webinaire FNEPE du 29 juin 2022 sur l'enfant agité – Textes des interventions

Introduction *Blandine Sagot*

Bonsoir et merci à vous tous d'avoir choisi de partager ce temps d'exposé et de réflexion avec nous ce soir.

Merci également à la FNEPE qui a accepté de consacrer l'un de ses webinaires aux résultats des travaux menés depuis 3 ans par le Conseil Scientifique de l'EPE de l'Hérault.

Un mot sur ce Conseil : il se constitue tous les deux à trois ans autour d'une thématique remontée par l'équipe de l'EPE et d'un groupe pluridisciplinaire de personnes issues à la fois de la recherche et du terrain. Nous achevons ainsi avec vous ce soir un cycle consacré au thème de « **l'enfant agité** ». Un thème riche et complexe, voire passionnel, qui a généré beaucoup de débats, d'hypothèses, de pistes de réflexion et d'action tout au long des travaux de notre Conseil.

Afin de rester fidèle à la croisée des regards qui nous est chère, nous vous proposons ce soir de vous présenter les résultats de nos travaux à plusieurs voix. Les textes de ces interventions sont regroupés dans un Livret qui est à votre disposition à la FNEPE.

Ainsi se succéderont (par ordre alphabétique) :

Jérôme Bons, psychologue de l'Education Nationale, Typhaine Baconnier, psychomotricienne, Françoise Carteau, directrice école élémentaire, Charles Foxonet, psychologue, enseignant-chercheur, Monique Laurent-Vauclare, pédiatre, Françoise Peskine, pédiatre, Blandine Sagot, directrice EPE 34, Fabienne Talagrand, psychologue EPE, Sophie Torelle, psychologue EPE.

Notre exposé suivra le plan suivant :

Méthodologie

- 1 L'enfant agité : Description et pistes de lecture
- 2 Quels accompagnements ?
- 3 Conclusion

Comme de coutume lors des webinaires de la FNEPE, nous terminerons par un temps d'échange avec vous.

Pourquoi ce thème ?

Sophie Torelle

Au fil des rencontres avec les familles, les psychologues de l'équipe se sont retrouvés en proie à de multiples situations effervescentes et remuantes où l'agitation des enfants venait percuter, troubler, gêner, énerver : comment accompagner les enfants et leurs familles au milieu de ces turbulences ! En ligne de mire, comment préserver notre pratique clinique qui tend parfois à s'effacer sous la gomme du diagnostic à en oublier l'enfant, sa famille, leur histoire, leur culture ?

L'enfant agité – Séminaire EPE34 – FNEPE 29 juin 2022 - Textes des interventions

Un mot sur l'approche méthodologique **Charles Foxonet-Psychologue, enseignant chercheur**

Nous nous sommes basés sur deux principes que la Fédération dans ses orientations 2022-2027 a énoncés parmi les 12 spécificités garantes de l'unicité du réseau des EPE :

- Des fondements théoriques fondés sur des approches non dogmatiques.
- Une prédominance des approches systémiques.

L'approche de cette problématique a été trop souvent l'expression d'une pensée simplifiante et disjonctive alors qu'elle doit être abordée à partir d'une pensée complexe (Morin, 1990) qui ne peut être que pluridisciplinaire et multi référentielle.

Il s'agira alors dans la question étudiée, de distinguer (qui n'est pas isoler) les éléments constitutifs en présence, mais aussi de comprendre tout ce qui les relie en tenant compte des interactions qui composent l'ensemble.

Cette approche du comportement centrée sur l'interdépendance peut être illustrée par le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (2004) susceptible d'être un référentiel particulièrement opérationnel pour les professionnels du secteur médical, médico-social ou éducatif (Absil et al., 2012 ; Foxonet et al.2017).

L'« enfant agité » sera donc abordé ici en considérant les caractéristiques propres à l'enfant (neurodéveloppementales, psychiques, somatiques...) et leur interaction avec :

- 1- ses milieux de vie (microsystèmes formant un mesosystème)
- 2- les organisations et institutions sociales impliquées (exosystème)
- 3- les valeurs sociales et représentations culturelles influentes (macrosystème).

C'est donc aussi une approche holistique des accompagnements souhaitables et des prises en charge dont l'enfant est acteur impliqué qui sera privilégiée.

1. L'agitation de l'enfant : description et pistes de lecture

1.1 Vignettes cliniques

Ylies et Edouardo - Sophie Torelle –psychologue

Des histoires qui font peur autant aux adultes qu'aux enfants.

Ilyes a 4 ans, il a été témoin de violences conjugales depuis sa naissance, elles s'achèvent par un drame familial : sa mère se sauve avec les enfants chez son père, son mari la suit et la menace avec un couteau, son père s'interpose et le tue. Il perd consécutivement son père assassiné et son grand-père maternel incarcéré. La première année, la mère décrit un enfant plutôt posé et calme comme si rien ne s'était passé.

L'année suivante, il est secoué par des colères clastiques surtout à l'école. Le personnel désarmé n'arrivant pas à le calmer appelle les pompiers. Il fait peur, il a peur et il a peur de faire peur. En entretien avec sa mère il est parfois tourmenté visage fermé et ne dit aucun mot et d'autres fois il pleure beaucoup tout en criant qu'il ne pleure pas mais qu'il est en colère de ne plus avoir de papa.

Invitée à une équipe éducative pour décider du maintien de sa scolarité, je rencontre une équipe si sidérée par cette histoire tragique qu'elle l'a oubliée et n'arrive plus à voir Ilyes comme un enfant victime d'un traumatisme.

L'enfance ici et ailleurs Eduardo 6 ans est un enfant vif et curieux, il parle beaucoup et il est fan d'expériences scientifiques. A la maison, les parents décrivent une vie de famille mouvementée en triple C : cris, colères caprices en alternance entre Eduardo et sa sœur Lucia 4 ans. Le RV est demandé par l'institutrice qui n'en peut plus et souhaiterait orienter Eduardo pour un bilan TDAH sur l'hôpital.

En attente du rendez-vous ils se retrouvent sur le point écoute. Sa mère brésilienne et son père tunisien, expliquent que dans leur culture l'enfance est turbulente par essence. L'hyperactivité motrice et intellectuelle d'Eduardo est plutôt vue comme un signe positif mais difficilement adaptable au système scolaire. L'enfant a finalement passé un bilan qui n'a pas révélé de TDAH.

Les situations « corona confinées »

Fabienne Talagrand – psychologue

L'EPE dans ces moments troubles a proposé de maintenir le suivi des familles par téléphone. Ce n'était pas un suivi classique mais un point qui relie, un lien maintenu face à la solitude due au confinement.

La quasi-totalité des familles a accueilli favorablement d'être ainsi reliée.

Les psychologues EPE téléphonaient régulièrement, prenaient des nouvelles, parfois conseillaient ou réorientaient sur d'autres types d'aide.

A notre étonnement et dans la première période de confinement, les familles ont apprécié cette suspension de leur vie trépidante. Les enfants n'avaient plus de suivis orthophoniques, médicaux, de soutien scolaire, d'activités ... Tout était en arrêt et le temps suspendu a favorisé les échanges familiaux, un apaisement généralisé, les conflits entre enfants ont diminué.

Un petit garçon de 5 ans, orienté à l'EPE par l'école où il se bagarre, ne se pose pas dans le temps scolaire. Sa maman le décrit comme un enfant tyrannique, difficile à gérer. Or dans le confinement, il se pose, écoute et avoue à sa maman qu'il est heureux, il est content de se réveiller chez lui, d'avoir sa maman pour les 3 repas, de ne plus courir entre l'école et les cabinets de soins...

Globalement, les familles ont organisé un cadre, mis en place des rituels, les cours en ligne gérés en plusieurs temps en matinée, en après-midi, des activités sportives, du yoga, des activités artistiques, des jeux de société, des petites promenades sur les temps autorisés, tout cela en famille, ensemble.

Cette organisation temporelle a eu des effets d'apaisement très net, les familles que l'on a guidées pour mettre en place les rituels ont vu très vite le calme revenir.

Les parents séparés ont utilisé l'alternance pour se reposer ou relancer leur activité professionnelle mis à mal par le télétravail avec enfants. Ils ont équilibré leur temps, se consacrant qu'à leurs enfants ou qu'à leur travail.

En cas de conflit majeur, certains enfants n'ont plus eu accès à l'un des 2 parents, soit par choix du parent soit par impossibilité de déplacement, ce qui a diminué les conflits des passages de bras, leur clivage intérieur ayant été momentanément suspendu.

En tous les cas, les conflits n'étant plus vécus en direct, les enfants s'apaisaient.

Par contre beaucoup de familles se sont plaintes de la charge de travail scolaire, trop lourde, trop difficile à gérer avec des enfants d'âge et de niveaux différents.

La reprise des cours après les vacances scolaires de printemps a été très compliquée. Les enfants ne comprenaient pas, ce passage dans un même lieu de temps scolarisés puis d'un relâchement et d'un retour aux devoirs, une cohérence difficile à trouver, dans un climat d'attente et d'incertitude.

Les parents ont fait preuve de patience, d'ingéniosité, et d'un certain épuisement face à l'incertitude de l'avenir, mettre les enfants à l'école ou non, écouter le désir des enfants (pas toujours pressés de retrouver leur école), l'obligation de protéger par les gestes barrières et de faire confiance dans l'extérieur, de reprendre les emplois, organiser la vie familiale avec une école à temps partiel et peu d'aide de l'entourage.

Mais certaines situations se sont dégradées, elles ne sont pas nombreuses mais très inquiétantes.

La reprise des cours a été le siège du retour des conflits parentaux et de l'enjeu que représente l'enfant.

M... a 8 ans, ses parents sont séparés depuis 15 mois. Le papa a gardé la maison de famille et a une nouvelle compagne venue s'installer avec ses enfants. La maman habite Montpellier, elle a maintenu son activité d'infirmière libérale.

Au début du confinement, M. a vécu chez son père, celui avait imposé cette solution à madame. Le 2^e mois, madame récupère son fils. La suspicion est de mise, madame est infirmière et le père tient des propos inquiétants, l'accusant avec son métier de mettre en danger son fils. La reprise de l'école a plongé M. dans une grande confusion, Madame est prioritaire et préfère la solution scolaire pour son fils. Elle n'a pas avoué au papa que son fils était à nouveau scolarisé.

M.. est pris dans ce discours parental aliénant, alors il bricole ses solutions pour que son papa et sa maman restent dans sa tête et créent une cohérence. Il a redéfini les gestes barrières chez lui, dessine sur le sol un trajet, que sa mère doit suivre, il la teste sur son respect des consignes, valide ses actes; Son père a raison mais sa mère et l'école sont responsables et protègent les enfants, lui en l'occurrence.

M.. est en grande souffrance, cherche la vérité, comment se rassurer, comment croire l'adulte.... Il explose de colère à la maison, rend la vie insupportable, s'épuise à contrôler une maman infirmière, dans un climat où le mensonge est roi, l'incertitude est à son paroxysme. Comment écouter alors cet enfant ? comment l'aider à comprendre et prendre confiance en l'autre ?

Une nouvelle façon de travailler, de mettre en lien, est réfléchi aujourd'hui à l'EPE, à nous de nous appuyer sur les éléments de la théorie de l'attachement, à les réinterpréter dans ces temps de distanciation humaine, difficilement conciliable avec les besoins de l'enfant amis aussi de la psychologue.

1.2 Description du symptôme

Monique Laurent Vauclare-Pédiatre

Qu'entend-on par enfant agité ?

Deux éléments sont à prendre en compte:

- le Symptôme
- Sa Tolérance

Le symptôme

C'est un enfant qui :

- Ne tient pas en place
- Remue ses mains: touche les objets, le voisin
Manipule, laisse tomber, ramasse, laisse à nouveau tomber
- Remue ses pieds, jamais au calme
- Se tortille sur son siège
- Se lève à des moments inopportuns (pendant le repas, en classe)
- Court et grimpe excessivement
- Incapable de se tenir tranquille dans une activité de groupe, lorsqu'on doit attendre son tour, lorsqu'on écoute une consigne
- Parle souvent, coupe la parole, ne respecte pas le temps de parole
Ce symptôme est bien sûr à prendre en compte en fonction de l'âge, il ne concerne pas les tous petits, moins de trois ans, avant le langage...même si déjà certains interpellent par leur comportement.
Il est aussi à nuancer en fonction
- De son intensité: gêne la vie familiale, la vie scolaire
- De sa durée, pendant des mois, même pendant les périodes de vacances
- De sa manifestation dans un ou plusieurs lieux de vie, famille, école, activités de loisir

Il peut être ou a pu être qualifié différemment :

Enfant présentant une instabilité motrice, une hypercinésie (au XIX^{es})

Enfant bruyant, turbulent, difficile, mal élevé (dénomination jugeante pour lui ou l'éducation donnée par ses parents.

Enfant hyperactif et là on sent poindre la pathologie, le TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité). Au sein de notre conseil scientifique, il a fallu un long temps de travail, très animé, pour se mettre d'accord sur le fait que **l'agitation ne se confond pas avec le TDAH mais le TDAH qui ne se réduit pas à l'agitation existe !**

Sa tolérance est diverse

- Certainement fonction de son **intensité**
- Mais aussi de la **tolérance des personnes** avec lesquelles l'enfant est en lien: famille, professionnels.
- D'une **culture**: l'éducation des enfants Turcs, n'a rien à voir avec celle des enfants de la communauté Gitane.
- **D'une société et d'une époque** : soumis à l'autorité des adultes avant 1968, il peut devenir l'enfant roi au XX^e et XXI^e s

En conclusion on peut dire que:

Lorsque l'importance de l'agitation est telle que.

L'enfant agité – Séminaire EPE34 – FNEPE 29 juin 2022 - Textes des interventions

- l'enfant se fatigue, entre dans le conflit.
- que parents et professionnels s'épuisent.

Il y a lieu de se poser, de dialoguer avec d'autres professionnels et de chercher à comprendre. Je terminerai volontiers avec une parole de Philippe Jeammet, pédopsychiatre:

« Un enfant agité est un enfant en souffrance; l'agitation est une conséquence dont il faut rechercher la cause ».

Les facteurs associés nous y aident bien.

1.3 Les facteurs associés

L'influence du contexte de vie
 Les troubles de l'attachement, les vécus traumatiques
 Les troubles sensoriels et somatiques
 Les fonctions exécutives et les troubles neuro-développementaux

1.3.1 Les facteurs associés : l'influence du contexte de vie ***Françoise Peskine***

L'avis du pédiatre : Pour nous professionnels de santé, il paraît particulièrement important d'analyser le contexte de vie et de tenir compte des besoins de l'enfant

La rencontre de l'enfant et de sa famille nous permet :

De connaître :

L'histoire de la famille (antécédents familiaux).

L'histoire de l'enfant (grossesse, naissance, période néonatale, développement de l'enfant, moteur, sensoriel, émotionnel, cognitif, langage, modes de garde, scolarité,)

D'observer les symptômes en particulier l'agitation,

Quand l'agitation est-elle apparue ?

Dans quels lieux et dans quel contexte socio-économique ?

Quelle est son intensité, sa durée ?

Ce qui apaise ou déclenche l'agitation

D'observer également comment les parents et la fratrie se comportent face à cette agitation

D'examiner l'enfant :

De prendre connaissance du carnet de santé, des bilans et des prises en charge.

De tenir compte des besoins de l'enfants : une priorité pas toujours respectée.

Besoins physiques : rythme de vie, sommeil, alimentation, soins. Il n'y a parfois aucun rythme, repas, sommeil, sorties, jeux, écrans, pas de vrais repas, tout bouge, tout est anarchique et imprévisible

Besoin d'être protégé des dangers :

Parfois tout est inquiétant : hébergement, précarité socio-économique, séparations, parcours de migration, changements itératifs de modes d'accueil, d'écoles, absence de réseau, de lien social, ambiance sonore, facteurs de stress, lieu de vie, plan de l'appartement, voisins...

Besoins cognitifs : jouer, explorer, recommencer

Jeux, sorties, loisirs, activités partagées, sports, contact avec la nature, musique, chant, danse, lectures.

Besoins affectifs : milieu affectueux stimulant, encouragement, besoins d'attachement sécurisant.

Besoins de sommeil : de l'enfant, de l'ado, de la fratrie, des parents...à la maison, à l'école ...

Les écrans : place, nombre, temps d'écrans, écrans en self-service, écrans accompagnés, écrans de la fratrie, des parents

La place des écrans et du sommeil dans la vie de la famille et de l'enfant nous paraît fondamentale.

Le bébé a besoin du réel, d'interactions prévisibles et cohérentes. Les écrans sont bien souvent du temps volé sur la relation. Ils peuvent entraîner des troubles tels que l'agitation auxquels s'ajoutent bien souvent des difficultés de sommeil, des retards de développement en particulier langagiers...

Les écrans utilisés de façon excessive ne permettent pas un développement harmonieux.

C'est particulièrement inquiétant lorsqu'un tout petit enfant de quelques mois ou de moins d'un an est surexposé aux écrans : l'agitation est alors intense, permanente associée à un centrage exclusif sur les écrans, l'enfant est alors isolé dans sa bulle. Son développement est très retardé.

Chez l'enfant plus grand, l'utilisation excessive des écrans peut également déclencher une agitation intense. Ainsi lors d'un groupe de paroles de l'EPE, une mère nous a raconté l'histoire de son petit garçon de 7 ans qui avait reçu une tablette en cadeau, au mois de juin, car il était le meilleur élève de sa classe de CP.

A la fin du mois de septembre, l'enseignante et la psychologue scolaire rencontrent les parents. L'enfant est agité, instable, agressif avec ses pairs. Sans parvenir à être attentif, il perturbe le climat de la classe. L'école s'inquiète. On recherche un événement familial, un traumatisme, une explication à ces changements de comportement. Pour les parents, le seul changement est en rapport avec l'utilisation constante de cette tablette.

Afin de diminuer l'agitation et les difficultés de comportement, les parents remplacent la tablette par des jeux de société et des activités sportives. Petit à petit, en quelques mois l'agitation disparaît. L'enfant redevient calme et attentif à la maison et en classe.

En Conclusion :

Tenir compte des besoins de l'enfant, améliorer le contexte de vie, sevrer des écrans permettent souvent de diminuer l'agitation voire de la faire disparaître.

Cela demande d'expliquer, de soutenir, d'aider sans imposer au rythme de la famille, de l'enfant, de l'adolescent, de sa famille et de la société et ce n'est pas toujours facile.

1.3.2 Les facteurs associés : troubles des attachements et vécus traumatiques-1

Ethan la face cachée de la fureur : l'angoisse Sophie Torelle

L'adolescence est agitation. Elle est définie comme un bouillonnement intérieur qui se voit encore mieux de l'extérieur !

Un jeune humoriste de 9 ans que je recevais en point écoute avec ses parents appelait son frère et ses copains adolescents : « les excitados ».

En cette période l'agitation ne nous interpelle pas de la même façon et pourtant certains adolescents ayant connu des situations insécures au cours de l'enfance tentent parfois des remaniements lors des premiers attachements amoureux.

Ethan a aujourd'hui 20 ans et il est déjà père d'une enfant de 18 mois Eva. J'accompagne principalement sa mère depuis plusieurs années par intermittences au gré des inquiétudes liées aux vicissitudes d'Ethan.

Trois garçons, Ethan étant le plus jeune. Séparation violente et douloureuse avec le père qui part du jour au lendemain en volant l'ensemble du mobilier de la maison familiale. Ethan a à peine 6 ans, son père disparaît comme un voleur.

Il ne prend plus de nouvelles des enfants et ne demande aucune visite. Ethan débute une scolarité chaotique : difficultés à entrer dans la lecture, écrire et compter restent encore complexes aujourd'hui. Il est décrit comme un enfant qui oublie tout, désordonné. Nerveux, il se bagarre souvent.

En 3ème, il entre dans la délinquance : vols de scooters et dans des magasins la nuit. Il a également tendance à boire beaucoup d'alcool.

Une nuit arrêtée par une brigade de gendarmerie, il subit des actes de violence et d'humiliation de la part d'un GAV. Sa mère porte plainte mais l'affaire sera classée sans suite. Cette expérience constitue un traumatisme encore actif chez lui.

A cette époque une amie de sa mère lui parle du TDAH et c'est comme une révélation : une solution. En systémie : la solution est le problème ! En attente d'un rendez-vous à l'hôpital, il débute un CAP de boucher en alternance. Il supporte mal, la vie en internat durant sa semaine de cours.

Il manque alors certaines des sessions. Il passe un bilan qui le diagnostique TDAH et un traitement est prescrit. Il le prend régulièrement puis au bout d'un an de façon plus irrégulière en raison du poids pris au cours du traitement mais également pour pouvoir faire des fêtes alcoolisées. Il termine son CAP sans obtenir le diplôme.

En revanche, il réussit son permis de conduire. Il enchaîne des petits boulots de manutention. Il décrit en entretien un monde extérieur qui l'angoisse : il a constamment peur de se tromper et d'être trompé. Il éprouve des difficultés à décoder les relations, suivre parfois des discussions, il se trouve et se sent stupide. Il développe une forme de phobie sociale : il ne sort que dans des endroits qu'il connaît et fuit la ville.

Il se met en couple à 16 ans avec Maya une jeune fille décrite comme effacée et angoissée. Ils vivent ensemble chez les parents de sa compagne. Leur relation est sous l'emprise de

l'angoisse : il contrôle sa vie de ses tenues à ses sorties. La violence s'invite dans leur quotidien : insultes, objets cassés.

Enceinte après deux ans de vie de couple, ils deviennent parents à 19 ans. Etre père ne l'a pas apaisé bien au contraire, ses angoisses poursuivent leur chemin et constituent un véritable frein à l'intérieur et à l'extérieur.

Troubles de l'attachement consécutifs à l'abandon de son père et les traumatismes liés à ses conduites à risques le désorientent et entravent sa vie de couple et de père. Il ne vient plus en entretien mais je poursuis un travail de soutien en indirecte auprès de sa mère son *unique pilier* comme il l'a définie.

1.3.2 Les facteurs associés : troubles des attachements et vécus traumatiques-2

**Cas de Julien
Fabienne Talagrand**

Julien a 7 ans. A l'école, tout est compliqué, il est content d'y retrouver ses camarades de classe même si parfois les relations sont tendues.

La plupart du temps, il ne sait pas qui va venir le chercher à la fin de la journée.

Lui et sa mère sont arrivés d'une autre ville, ils fuyaient les colères alcooliques du père. Ils se sont rapprochés du grand père, le père de madame, elle ne le connaissait pas vraiment. Dans l'autre ville, ils ont laissé la grand-mère, trop invasive, des cousins, des oncles et tantes. Julien a grandi dans une grande famille en voyant de temps en temps son père et ses autres grands parents ; le père s'est depuis remarié et a eu d'autres enfants.

Un jour, les relations étaient idylliques avec la grand-mère et la parentèle, puis un jour, ils sont partis, Julien ne sait pas trop pourquoi, depuis sa mère lui dit que l'on ne peut plus faire confiance.

Sa mère lui a raconté qu'avant lui, il y avait un autre bébé mais décédé un peu avant de naître. Sa mère lui dit qu'elle était triste et lui aussi, mais qu'il ne faut rien dire car cela la rend encore plus triste et lui aussi. Julien se tait.

Madame a un nouvel amoureux, lui aussi il l'aime, dit que c'est son papa, mais celui-ci est accusé d'avoir violé une enfant et risque la prison, et un jour il est incarcéré, il disparaît.

D'une accusation d'injustice, madame passe à une accusation de violence faite sur elle, de harcèlement et de l'interdiction qu'elle a posé à l'école sur les droits concernant ce monsieur. Il n'a plus le droit d'en parler cela fait trop de peine à sa maman. Julien se tait.

Sa grand-mère maternelle est revenue et les liens avec sa fille et son petit-fils vivent une nouvelle embellie, il va peut-être revoir ses cousins, il ne pouvait plus voir son père par contre.

Il apprend de toute façon que celui-ci est mort, un suicide...
Julien et sa mère sont allés à son enterrement.

Julien ne sait plus, qui aimer, qui ne pas aimer ; qui voir ; qui éviter ; qui est aimable, qui ne l'est plus ; Sa mère lui dit mais après tout change radicalement. Elle aime où elle hait. Il est aimé par elle, ou hait ???

Julien est un exemple du monde chaotique des enfants témoins de violence. Tout se mélange, l'enfant ne sait plus ce qu'il ressent, il n'a pas le droit de ressentir, de penser, il est en survivance.

Julien est un exemple de comportements que l'on retrouve souvent. Les histoires de vie, la toxicomanie des uns, des autres, l'alcoolisme perturbent le peu qui se construit, rendant hermétique, un monde menaçant.

L'EPE propose un temps d'écoute ou l'enfant apprend à exister dans la parole et dans le regard du psychologue, un travail de mise en sens, s'élabore.

L'EPE propose aussi des ateliers de créativité. Ils sont difficiles à mettre en place, mais ils sont complémentaires au travail individuel.

Le travail dans le groupe est la naissance de soi, dans sa créativité, l'utilisation des 5 sens, la centration sur soi qui permet la rencontre avec l'autre, avec ses pairs. Se connaître pour aller vers.

1.3.3 Les facteurs associés : Les troubles sensoriels et somatiques

Françoise Peskine

Pour le professionnel de santé, l'agitation est parfois en lien avec des troubles sensoriels et ou somatiques qu'un bilan médical permet de dépister.

Ce bilan médical comprend l'étude des antécédents familiaux et personnels, la lecture du carnet de santé, l'étude de la courbe de développement Poids, taille, PC, IMC, TA.

La réalisation d'un examen clinique complet associé à des bilans sensoriels (audition, vision) l'étude du comportement de l'enfant, la réalisation de bilan neuro développemental aident à la compréhension de certains troubles.

Ce bilan est parfois complété par la demande d'examens complémentaires.

Certaines anomalies somatiques ou sensorielles peuvent entraîner un état d'agitation :

Les pathologies infectieuses souvent fébriles et algiques peuvent déclencher des états d'agitation liés à l'infection et à l'hyperthermie. Septicémies, méningites, infections diverses chez l'enfant peuvent entraîner agitation, troubles de la conscience et parfois convulsions.

Lorsqu'il s'agit d'un petit enfant, pleurs, agitation sont souvent associés à des troubles digestifs (reflux gastro-œsophagien, œsophagite, hernie inguinale, intolérance au lait de vache, au gluten...)

Les pathologies ORL sont très fréquemment associées à un tableau d'agitation.

La survenue d'une otite aigüe est souvent associée à un état d'agitation.

Les otites séreuses entraînent des otalgies, des acouphènes et une hypoacousie. Leur survenue chez un petit enfant déclenche pleurs, agitation et retard des acquisitions langagières. Il importe de les dépister et de les prendre en charge.

Les troubles visuels (strabisme, amblyopie) parfois associés à de l'agitation doivent être dépistés et traités.

Céphalées et migraines dont le diagnostic est parfois difficile chez le jeune enfant peuvent entraîner des tableaux d'agitation.

Le prurit, l'eczéma, l'asthme, les parasitoses, sont très souvent associées à des troubles du sommeil et des états d'agitation diurne et nocturne.

En conclusion la survenue d'un état d'agitation justifie un bilan médical qui recherche une cause somatique et ou sensorielle. Le traitement de cette cause permet de diminuer l'agitation et parfois de la faire disparaître.

1.3.4 Les facteurs associés : TDA/H: Un trouble Neuro-développemental et des Fonctions Exécutives

Monique Laurent-Vauclare

Comme j'ai déjà pu le dire, lorsqu'on qualifie un enfant agité d'hyperactif, on laisse présager avant toute exploration, d'une pathologie, d'un TDA/H.

Or le TDA/H ne se réduit pas à l'hyperactivité. Il existe même des formes sans.

La symptomatologie est beaucoup plus complexe.

La qualification de ce syndrome a pris du temps.

Les recherches se poursuivent concernant origine, mécanismes d'action et prise en charge.

Initialement centré sur le comportement, il s'inscrit en fait dans un ensemble syndromique plus large, avec un accent particulier porté sur le déficit d'attention/ concentration et ses conséquences.

Il est maintenant classé dans les troubles neuro - développementaux.

Les étapes de sa qualification

- Repéré au XIX^e comme hyperkinésie
- Étiqueté TDAH dans le DSM3 en 1980
- Gêne fonctionnelle avant 7ans, pendant plus de six mois, dans au moins deux lieux de vie sont précisés dans le DSM4 qui définit 3 sous -types (inattention prédominante, hyperactivité/ impulsivité prédominante, mixte) 1994
- Classé dans la catégorie des troubles neuro- développementaux: dans le DSM5 2013

Qu'est-ce qu'un tb neuro-développemental?

Trois critères pour cette définition.

- **Apparition précoce** des troubles : Dans l'enfance, lors des premiers stades de développement
- **Altération de plusieurs fonctions**: motrices, exécutives (processus cérébral dynamique qui permet de mener à bien une tâche), cognitives (langage, mémoire, attention, planification...)
- **Limitation fonctionnelle** des activités personnelles, scolaires, professionnelles, sociales qui en résulte.

A l'origine de ce trouble, des **facteurs génétiques (plusieurs cas familiaux)** et **environnementaux** intriqués (notamment des incidents dans la période pré ou périnatale) ou aggravant le trouble lorsqu'ils sont à l'origine de stress (violence conjugale, séparation des parents...)

Ce qui est observé: au niveau cérébral :

- **Un déficit en neurotransmetteur**, la dopamine notamment (qui favorise la transmission synaptique, la conduction de l'influx nerveux d'une cellule nerveuse à l'autre): mis en évidence mais -pas dosable pour le diagnostic

L'enfant agité – Séminaire EPE34 – FNEPE 29 juin 2022 - Textes des interventions

- **Un retard de maturation cérébrale :**

- concernant des zones corticales (notamment cortex frontal, fondamental dans la cognition) et zones sous corticales (comme le striatum qui contrôle mouvements involontaires, motivation.)
- **anomalies de certains réseaux neuronaux** impliqués dans le contrôle moteur et la mobilisation des ressources attentionnelles.
- L'imagerie médicale qui a apporté ces connaissances ne peut encore être utilisée comme moyen de diagnostic.
- Ce sont ces anomalies qui sont à l'origine du trouble déficitaire des fonctions exécutives.

Qu'est-ce que ce Trouble Déficitaire des fonctions exécutives?

Les fonctions exécutives sont des compétences cérébrales permettant d'effectuer une tâche, à partir d'une information reçue: il peut s'agir de la capacité à s'habiller tout seul, de la planification de sa journée, de la capacité à préparer son cartable pour pouvoir faire les devoirs à la maison, de la réalisation d'un devoir scolaire...

Cela nécessite :

- **Activation de la tâche**, s'organiser, prioriser, initier
- **Concentration** sur celle-ci avec maintien de l'attention
- **Maintien de l'effort**, avec une certaine vitesse du traitement de l'action
- **Gestion des émotions** qui peuvent parasiter la réalisation de la tâche
- **Mobilisation de la mémoire de travail** qui fait retrouver les connaissances
- **Autorégulation de l'action**, prendre le temps d'une réflexion, d'une vérification

Ces différentes phases s'enchaînent grâce à des réseaux neuronaux connectés qui s'associent, se regroupent en ensemble fonctionnel, de façon instantanée, automatique, communiquent entre eux et avec d'autres zones cérébrales corticales et sous corticales: ils représentent les fonctions exécutives qui permettent la réalisation d'une tâche.

Ainsi l'immaturation de certaines zones cérébrales, l'anomalie de certains réseaux neuronaux représentant les fonctions exécutives du cerveau et le déficit en neurotransmetteur sont à l'origine de troubles fonctionnels, centraux dans le TDA/H; cela inciterait certains même à rebaptiser **TDFE (trouble déficitaire des fonctions exécutives) ce TDA/H**.

Ce syndrome qui affecte environ 3 à 5% des enfants (plus de garçons avec un effet « Protecteur » des œstrogènes qui favorisent la libération de dopamine) qui peut persister ou être découvert à l'âge adulte notamment chez les filles, représente une des causes de l'agitation de l'enfant associé alors à d'autres symptômes, comme nous venons de le voir.

Ce syndrome qui affecte environ 3 à 5% des enfants (plus de garçons avec un effet « Protecteur » des œstrogènes qui favorisent la libération de dopamine) qui peut persister ou être découvert à l'âge adulte notamment chez les filles, représente une des causes de l'agitation de l'enfant associé alors à d'autres symptômes, comme nous venons de le voir.

PS : éléments recueillis à partir de rencontres avec le Dr Julie Leydet, Neuro-pédiatre au CHU de Montpellier et de lectures des documents cités en annexe.

2 - Quel accompagnement ?

2.1 A l'école

2.1.1 Le rôle du psychologue de l'Education nationale

Jérôme Bons-Psychologue de l'Education nationale

Importance de croiser les regards sur l'agitation de l'enfant en question et de procéder en plusieurs étapes

Rôle du psychologue de l'Education Nationale : veiller au bien-être de l'enfant à l'école et par cela favoriser les apprentissages scolaires

Ne pas hésiter à solliciter le psy EN : permettre à chacun de garder sa place : enfant, parent, enseignant, psychologue pour éviter les confusions et débordements

1- Entretien avec l'équipe + observation en classe

Agitation : lors de quels temps et dans quels espaces ?

Quelles sont les formes de l'agitation ?

- enfant « absent »
- enfant qui ne peut pas se poser physiquement
- enfant qui décroche très vite
- enfant au prise avec l'angoisse de la prise de risque : inhibition langagière ou impulsivité cognitive
- méthodologie de l'apprentissage : organisation matérielle, mise en place de stratégies, planification, curiosité
- place de l'anxiété lié aux apprentissages : prise de risque, SIA, stratégies d'évitement
- années antérieures : comment s'exprimait cette agitation ?
- question de l'opposition, de la provocation ou de la recherche effrénée d'attention de l'adulte ou de validation
- répercussions de l'agitation sur la gestion de classe
- capacité de contenance de l'équipe ou énervement, mise à l'écart, stigmatisation

2- Historique de l'enfant (anamnèse familiale):

- histoire antérieure des parents
- trajectoire de vie : migration, incidents, deuils
- autour de la naissance : pré-natal et post-natal, situation du couple parental, place des éventuels soutiens de la « grande famille »
- dans la petite enfance : émergence du langage, condition séparation initiale, disponibilité parentale
- place de l'enfant dans la fratrie, question du deuil initial d'un enfant (fausse couche, enfant mort-né etc.).
- rapport de la famille avec le savoir académique et l'école
- signes d'agitation relevés dans les AVQ de la famille : instabilité motrice, verbale, émotionnelle, impulsivité, cauchemars, énurésie, sommeil, alimentation
- évacuer les dimensions sensorielles : audition, vue

3- Rencontrer l'enfant :

- qu'a-t 'il à dire de son vécu à l'école ?
- quelle place au sein du collectif a-t 'il trouvé ?
- rapport au savoir et au langage de scolarisation : conflit de loyauté
- angoisse de séparation réactivée

4- Restituer orienter

Rassurer

- si agitation envahissante malgré aménagements scolaire
 - si agitation présente également à la maison et dans les autres temps/espaces de vie
 - si agitation présente depuis la toute petite enfance
 - si dégradation de la place d'élève dans le collectif
 - si tensions entre l'institution et la famille
- = alors proposer évaluation neuro-pédiatrique et éventuelle compensation MDA (AESH, temps aménagé, supports différenciés, décloisonnement

2.1.2 L'accompagnement à l'école

Françoise Carteau-Directrice d'école

Mon propos vient illustrer et compléter celui de mon collègue psychologue de l'Éducation Nationale, car il est systématiquement appelé à la rescousse dès qu'un élève est agité, son éclairage et son soutien sont essentiels, tout comme l'expertise du médecin scolaire.

Face à un enfant agité, les 1ers échanges se font évidemment avec la famille, on y aborde l'histoire familiale (fratrie, naissance, séparation...), les conditions de vie (logement, partage de la chambre...), le temps de sommeil et l'usage des écrans... en somme on se soucie de cet enfant qui est notre élève.

Si le diagnostic n'est pas de notre fait, la qualité de l'accueil de l'enfant à l'école et son accompagnement dans les apprentissages relèvent pleinement de notre mission.

On a pu garder l'image de l'exclusion assortie de punition pour l'élève agité, le gamin errant dans le couloir... par chance on est loin de ce vieux cliché ! Les équipes enseignante et d'animation vont chercher comment gérer l'agitation de cet élève, comment lui offrir une école qui soit un cadre rassurant et apaisé pour lui comme pour ses pairs, un lieu de vie où chacun, agité ou pas, trouve sa place.

Outre le recours au réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED) composé du psychologue scolaire et de deux enseignants spécialisés (aide G pour le comportement, aide E pour le versant pédagogique), on met en place dans les écoles un accompagnement pédagogique spécifique pour les élèves présentant des besoins éducatifs particuliers, liés notamment à des capacités singulières, une difficulté scolaire importante, une situation de handicap ou toute autre situation faisant sérieusement obstacle aux apprentissages: le Plan d'accompagnement personnalisé (PAP) établi après avis du médecin de l'Éducation Nationale, l'accompagnement pédagogique des élèves intellectuellement précoces (EIP), le dispositif d'accueil et de scolarisation des élèves allophones nouvellement arrivés en France (EANA) et enfin tout ce qui a trait avec la scolarité des élèves en situation de handicap.

Tout ceci est abordé, discuté, coordonné et acté en réunion d'équipe éducative à laquelle sont conviés dès que possible les partenaires extérieurs (services de soin, orthophonistes et autres).

Pour mettre en images tout ce qui précède, je présente un inventaire de ce qui est proposé dans mon école de REP, ce sont des pistes, des idées...

1) Le corps

- donner à l'élève agité la possibilité de bouger en classe : rituels d'étirements, exercices d'évacuation des tensions, balles antistress, élastique aux pieds de la chaise (l'enfant pose ses pieds dessus et le fait bouger, ou coussin qui bouge, marchepied) pour stabiliser la posture, colliers à mâchouiller, jouets spécifiques...
- pratiquer le yoga en classe pour l'enfant agité mais aussi ses pairs

2) Les émotions

- on reste à l'écoute et on lui permet d'écrire ou dessiner ses colères, ses frustrations, ses peines ou même ses joies intenses
- il existe des lieux-refuges en classe ou dans l'école :
→ le coin des émotions où il est à l'abri des regards et peut laisser ses émotions s'exprimer (coussins, papier à bulles, doudous...)

→ le bureau de la directrice, toujours ouvert, comme un sas... l'élève peut y entrer sans avoir besoin de parler, il y est accueilli au calme... on parle quand et s'il le souhaite...

3) Le travail scolaire

- il est adapté, en quantité ou dans l'aide apportée
- il s'appuie sur des activités ritualisées qui rassurent
- le temps de classe est structuré à l'aide de sabliers, horloge, emploi du temps
- on fait le choix d'activités qui vont valoriser l'élève au sein du groupe classe, par exemple des activités artistiques ou physiques

4) Le comportement

- on peut mettre en place des contrats de comportement avec des objectifs accessibles, c'est très intéressant car ça associe l'élève qui se trouve responsabilisé, l'enseignant et les parents
- on veille à valoriser et encourager l'élève agité dès lors que son comportement est approprié, on lui donne des responsabilités, tout ceci peut l'aider à prendre confiance en lui
- en cas de conflit entre pairs, on a recours aux messages clairs, dispositif qui permet très souvent de régler de façon autonome les petits conflits en mettant des mots sur ses émotions et ressentis.

En résumé, en tant qu'enseignante, je dirais qu'il est bon de :

- montrer l'exemple en étant calme soi-même
 - cultiver un climat de classe apaisé, en chuchotant...
 - ouvrir les espaces : couloir, classe voisine, extérieur (cour, jardin)
 - donner du temps, de l'attention à cet élève
- => enfin 3 mots-clés : patience, empathie et bienveillance.

2.2 « L'apport de la psychomotricité » Typhaine Baconnier, psychomotricienne

L'agitation, quelle qu'en soit son « origine » ou sa forme, est bien souvent un facteur d'indication de suivi en psychomotricité. En 20 ans de pratique en CMPP, j'ai appris avec eux à accueillir ces enfants qui dérangent, qui interrompent, qui sortent du cadre. Ces enfants un peu ailleurs, et partout à la fois ! Ces enfants qui courent et se cognent contre les murs, qui bondissent et se font mal, que l'on retrouve souvent au sol, à la recherche d'appuis. Ces enfants parfois maladroits sur le plan moteur, mais aussi sur le plan social. Ces enfants « inconfortables », tendus sur le plan corporel et psychique. Ces enfants frustrés, souvent fatigués de se sur-adapter aux cadres scolaires et sociaux bien exigeants et inadaptés pour eux...

La psychomotricité, que l'on se situe sur le plan de la rééducation ou de la thérapie psychomotrice, permet bien des abords pour ces enfants « diagnostiqués TDAH », ou tout simplement agités, quel qu'en soit le diagnostic. Car au-delà des termes, il s'agit avant tout selon moi de rencontrer, d'accompagner et de prendre soin d'un enfant traversé par de nombreuses perturbations sur le plan corporel, tonique, sensoriel et psychique.

Il me semble important de bien garder en tête que chaque enfant « agité » possède ses propres caractéristiques, sa propre façon d'être au monde, qui, bien qu'elle le représente, ne le définit en rien.

Associés au TDAH, on retrouve souvent de nombreux troubles psychomoteurs associés. Ces troubles se manifestent à la fois dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui.

Les troubles toniques, avec hypertonie ou hypotonie (Bergès distingue 2 types d'instabilités)

Les troubles praxiques qui rendent compte de la maladresse chez ces enfants. Cette maladresse traduit le manque d'élaboration de plan moteur mais plus finement l'intégration corporelle à l'adaptation gestuelle.

Les troubles spatio-temporels : les troubles de la latéralité, qui demeurent présents dans les troubles de l'orientation spatiale. La structuration spatiale est elle aussi déficitaire. L'enfant ne parvenant pas à structurer un ordre séquentiel d'espace pour parvenir à un but.

Les troubles temporels sont constants et massifs. Ils atteignent à la fois le déroulement d'une activité, mais aussi la localisation temporelle de l'enfant.

Les troubles de la représentation du corps : ces troubles témoignent du manque de représentativité du corps chez ces enfants, concernant à la fois le schéma corporel et l'image du corps chez ces enfants qui ont souvent tendance à anticiper l'échec et à se dévaloriser.

Il est à noter que bon nombre d'enfants présentant une forme d'agitation (beaucoup d'études sur le TDAH en particulier) présentent également des troubles du traitement de l'information sensorielle, rendant le vécu corporel encore un peu plus particulier.

Ils ont également des symptômes et retentissements communs (anxiété, agitation, émotivité...) Ce qui peut les rendre difficiles à distinguer l'un de l'autre, d'autant qu'il existe aussi une difficulté de filtrage des informations dans le TDAH.

Le suivi en psychomotricité (toujours réfléchi en équipe au soin d'une prise en charge pluridisciplinaire) peut être individuel ou de groupe, en fonction de la problématique et de l'intensité des troubles.

En fonction de l'origine (agitation anxieuse, troubles sensoriel, TDAH...) et de la forme de l'agitation observée, le travail peut porter sur différents axes :

Travail sur les capacités à prendre conscience de soi, de ses émotions, de ses sensations, de son état psychique et corporel. Accueil bienveillant et contenant de l'agitation de l'enfant, constat de son état.

Contenance par la médiation corporelle : travail autour des ressentis, des sensations, renforcement de la contenance par stimulation des enveloppes peau, muscle, os. Utilisation de la relaxation, du toucher thérapeutique...

Travail autour de la socialisation (groupes thérapeutiques d'expression et de socialisation, utilisant l'expression corporelle, l'expression primitive...)

Travail d'adaptation autour de la scolarité et des particularités sensorielles (aménagement scolaires)

Travail autour de l'estime de soi et de l'image du corps

Travail autour du défaut de contrôle moteur, verbal et cognitif, qui peut se traduire par une incapacité à respecter les règles, à inhiber un comportement en cours ou à persévérer dans une tâche nécessitant sociale de s'adapter un minimum. L'idée est de viser à l'intégration et l'appropriation d'un système interne d'auto-régulation, le système externe réalisé par le milieu étant inopérant. Vont intervenir ici le renforcement positif, les systèmes de récompense, le découpage, la planification et l'organisation spatio-temporelle des tâches, la verbalisation renforcée des consignes et des actions.

Le travail au sein d'un groupe thérapeutique en psychomotricité

Le travail en groupe thérapeutique peut, par sa forme et les médias qu'il utilise s'avérer particulièrement intéressant pour travailler avec ces enfants.

Voici le déroulé « type » d'une séance du groupe que nous proposons, avec une collègue psychologue clinicienne, au CMPP.

- Temps d'accueil et de parole
- Rituel de début de séance
- Temps de réveil corporel et de mise en mouvement
- Propositions en expression primitive
- Temps de verbalisation
- Retour au calme
- Clôture de la séance

Les médias utilisés sont l'expression corporelle, la danse, l'expression primitive, le travail du rythme et de la voix

En inscrivant son corps dans la relation à l'autre, les enfants expérimentent différents modes relationnels, travaillent la notion de place dans l'espace, dans le rôle, développent leur capacité à s'ajuster au groupe, quel que soit le mode de communication.

Le groupe permet également d'ouvrir le champ de son expressivité. A travers le travail de la voix, du rythme et du corps, l'enfant canalise, transforme ses émotions en favorisant le lien entre la tension, la sensation, l'affect et la représentation.

Ce travail psychocorporel permet également d'enrichir son vécu corporel, de nourrir ses ressentis en travaillant sur les différentes qualités de mouvement, les sensations proprioceptives, la découverte des sensations à travers différents modes toniques...

L'enfant agité – Séminaire EPE34 – FNEPE 29 juin 2022 - Textes des interventions

Il inscrit le corps dans la relation au temps, à travers le travail du rythme (capacité à se contenir, structuration du temps, travail sur le vide et l'absence, mais aussi à l'espace, en travaillant sur l'occupation, l'adaptation et la structuration de l'espace réel, les différents plans du corps : frontal (distingue l'avant et l'arrière), horizontal (distingue le haut et le bas), sagittal (distingue la droite et la gauche), les formes géométriques collectives et leur fonction groupale : le cercle, la ligne, la file indienne, le face à face, les 4 directions, l'ordre et le désordre...

A travers les expériences corporelles et sociales qu'elles offrent aux enfants, les séances permettent un vécu différent du cadre, des limites, de la contenance, une expérimentation valorisée de leur corps, enfin libre et non jugé.

2.3 L'Accompagnement médical

Monique Laurent-Vauclare-Pédiatre

Nous avons balayé un grand nombre de causes possibles à l'origine de l'agitation de l'enfant. De chacune d'elles découle une prise en charge spécifique.

Je vais parler maintenant de celle qui s'envisage lorsque l'agitation s'intègre dans un diagnostic de TDA/H tel que nous l'avons décrit précédemment.

Ce qui caractérise ce syndrome est sa complexité, sa diversité de forme et d'intensité et son retentissement sur les activités fonctionnelles personnelles, scolaires, sociales.

Le diagnostic est posé souvent après beaucoup d'errance, de prises en charge diverses, de culpabilisation des parents.

Les symptômes et leur retentissent clairement identifiés, s'élabore une prise charge. Elle est forcément multimodale et prend en compte les gênes, besoins, exprimés par l'enfant et sa famille.

Elle fait appel selon les cas à

- Psychologue
- orthophoniste
- Psychomotricien

Des groupes de soutien sont proposés aux parents: **programmes d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley** qui visent à fournir à ces derniers des clés de compréhension de la pathologie et des savoirs faire pour mieux gérer les symptômes notamment colère, troubles oppositionnels, refus des règles, apprendre à donner une consigne, à récompenser, à valoriser les moments positifs, à gérer les devoirs, et la fréquentation des lieux publics...S'agissant de groupes fermés, ils apportent un soutien grâce aux partages entre parents et avec le thérapeute.

Dans le même temps, l'enfant peut bénéficier de prise en charge individuelle ou de groupe : travail sur la gestion des conflits, l'estime de soi... (thérapie cognitivo-comportementale)

L'attention est aussi portée sur ce qui se passe en classe, les difficultés de l'enseignant, des petits moyens proposés pour favoriser la concentration, le besoin de parfois bouger, les effets particulièrement bénéfiques de l'encouragement, parfois l'aménagement du temps scolaire, la présence d'une AVS...

Classé dans la catégorie des troubles neuro - développementaux, cette pathologie implique une chronicité et un retentissent fonctionnel qui a motivé une équipe pluridisciplinaire d'un des services de pédopsychiatrie de Montpellier à construire un **programme d'éducation thérapeutique du patient et de sa famille « Mieux vivre avec un TDAH »**. Ce programme a été validé par l'ARS Occitanie en 2019 et est expérimenté depuis 2020.

Il repose sur une équipe pluridisciplinaire.

Après la réalisation d'un bilan éducatif partagé une proposition d'ateliers est faite à l'enfant et à sa famille.

Des groupes d'enfants et de parents se réunissent en même temps mais dans des espaces différents, autour d'une même thématique:

- Mieux connaître le TDAH

L'enfant agité – Séminaire EPE34 – FNEPE 29 juin 2022 - Textes des interventions

- gérer et améliorer l'organisation du quotidien
- gérer les troubles du comportement en classe et lors des devoirs
- comprendre et gérer la colère
- utiliser de manière raisonnée les écrans
- améliorer la communication intrafamiliale
- décider de façon éclairée de la prise du traitement médicamenteux

Entretien de fin de programme

Le traitement médicamenteux intervient en dernier recours, dans les formes sévères qui mettent à mal, l'enfant, sa famille, la vie scolaire...IL s'impose alors.

Conformément aux recommandations Françaises (HAS) et Internationales telles qu'énoncées dans la dernière déclaration de consensus international de 2021, en matière de TDA/H:

- La prise en charge multimodale doit précéder toute prescription médicamenteuse,
- Elle est conditionnée par l'âge de l'enfant (+ de six ans)
- Et proposée aux formes sévères

En France la molécule utilisée est le Méthylphénidate (Ritaline, Quasym, concerta), psychostimulant qui paradoxalement freine l'agitation et aide à focaliser l'attention (action proche de la Dopamine: évite la recapture et intensifie le flux donc la transmission de l'influx nerveux)

Initialement réservée à l'hôpital, la prescription peut maintenant se faire par pédiatres, pédopsychiatres, neuro-pédiatres depuis **septembre 2021**. Actuellement ces professionnels souhaitent d'abord se former avant de commencer à prescrire.

Celle-ci est précédée d'un bilan médical éliminant les contre-indication (notamment cardiovasculaire, mais aussi allergie, hyperthyroïdie, pathologie psychiatrique non stabilisée...)

Le médicament est prescrit pour 28 jours puis renouvelé tous les mois si nécessaires avec bilan de surveillance tous les six mois (TA, pouls, poids, taille, tolérance, efficacité et éventuels effets secondaires)

La prise en charge d'un TDA/H nécessite concertation, coordination d'un ensemble de professionnels à l'écoute des besoins de l'enfant, de sa famille et des autres adultes en charge de celui-ci.

TDAH n'égal pas traitement médicamenteux, à fortiori l'agitation non plus !

3. Conclusion

**L'importance de la coordination :
En pleine mer quand elle est agitée on perd facilement le
cap.
Sophie Torelle-Psychologue**

En miroir l'agitation agite, il faut faire vite, bien et tout mettre en œuvre pour que cela se calme. Certains enfants ont des semaines si surbookées par des temps de rééducations qu'ils en suffoquent.

Se coordonner, se concerter pour : alléger, interrompre, alterner, laisser respirer.

L'agitation agite et se faisant comme le soulignait Jérôme lors d'un de nos conseils scientifiques : *il faut encourager le fait de penser plutôt que de régler trop rapidement le problème.*

Et c'est ce que peut permettre la coordination : rassembler ce qui a tendance s'éparpiller entre tous les professionnels qui détiennent un bout de solution

Penser ensemble pour s'adapter aux besoins de l'enfant et de sa famille. Les entendre, écouter leur cheminement, leur angoisse, leur histoire, leurs freins...

Vignette clinique : le cas de José

Fabienne Talagrand-Psychologue

José a 7 ans. Il est arrivé du Congo il y a 4 ans. Adopté avec son frère d'un an son ainé par une famille de Montpellier.

La maman a pris très à cœur son état de maman, pas vraiment légitime... très attentive à ses fils. Le père est plus en retrait, délègue à Madame l'essentiel éducatif. Accepte mal d'être dérangé dans ses habitudes.

Madame sollicite ses enfants, les fait jouer, les amène à droite, à gauche... Un lien s'est créé entre elle et ses enfants. Elle passe par une phase de dépression, se sentant incapable.

Les enfants ont été scolarisés en 1ère année de maternelle très vite après leur arrivée. La collectivité ne paraissait pas compliquée pour eux mais très vite la plus jeune rencontre des difficultés en classe. Il ne peut se poser sur une activité, bouge beaucoup, perturbe le groupe.

Un premier travail est réfléchi autour de ce qui peut apaiser cet enfant. On définit un lieu en retrait où il a le droit d'aller quand il le souhaite. Des puzzles qu'il réalise assez vite. L'équipe éducative souhaitait apporter le plus possible à cet enfant mais il bougeait beaucoup. Des tensions étaient perceptibles avec les autres.

José dort peu, se réveille dans la nuit fouille la maison, trafique, regarde la télévision puis réveille tout le monde à 6h00. Au fur et à mesure les comportements hyperactifs ont augmenté.

Il a des compétences mais parfois il « vrille » et bouge dans tous les sens, du coup il a peu de copains.

Dans les premiers temps nous avons axé notre travail sur les moments d'apaisement à trouver:

- le lieu sûr,
- le rythme de vie à remettre en question - très difficile pour la famille,
- un lien avec les équipes enseignantes,
- un accompagnement des parents - de la mère surtout dans la reconnaissance de cette maternité.

Lorsque j'arrive en CP, les choses sont plus difficiles. La famille a déménagé pour une maison avec jardin, mais c'est aussi une nouvelle école, autant d'éléments perturbants.

José bouge plus, dort de moins en moins, et rester assis en classe s'avère très difficile. Le pédopsychiatre consulté lui propose la Ritaline, diagnostique une hyperactivité. Madame hésite. L'école menace de ne pouvoir garder José sans médicament.

José commence la prise du traitement, avec une période d'ajustement des doses. Il n'y a toujours pas de sommeil et José mange de moins en moins, mais il s'apaise en classe. Dès que Madame oublie de lui donner son traitement, son état empire.

Malgré cela, une orientation en IME est proposée. Les enfants y sont moins nombreux en classe, la pédagogie est plus ludique, plus manuelle. José se sent mieux et fait des progrès scolaires. Il apprend rapidement à lire, écrire, il se pose, mais reste sous traitement avec de la Ritaline.

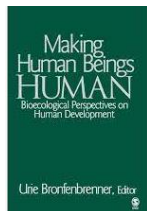
Désormais l'IME le trouve trop compétent et envisage une réorientation vers une scolarité « normale » ...

4. Bibliographie

Absil, G., Vandoome, C. et Demarteau, M. (2012). *Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la Promotion de la santé*. École de Santé Publique. Université de Liège.



Baghdadli, A., Majorel, J. et Boudou, H. (2022). *Mettre en œuvre un programme d'ETP pour mieux vivre avec un TDAH. Pour l'enfant, l'adolescent et ses parents*. Dunod.



Bronfenbrenner, U. (2004). *Making human being human. Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA. Sage Publications.



Brown, T. E. (2019). *Trouble déficit de l'attention-hyperactivité chez l'enfant et l'adulte. Guide d'une approche contemporaine du TDAH*. Elsevier Masson.

Foxonet, C., Pulidori, S., Trouillet, R. et Brunel, L. (2017). Anxiété maternelle de séparation et qualité de l'accueil du jeune enfant en accueil collectif et en accueil individuel. *Revue internationale de l'éducation familiale*, 42, 113-134.



Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Ed du Seuil.



Vigo, S. et Franc, N. (2012). *Mon enfant est hyperactif (TDAH). Regards croisés d'une maman et d'une pédopsychiatre*. De Boeck.