



Centre Médical Kousmine de Vevey

Rue de la Madeleine 39
1800 Vevey
Tél: 021/922 49 55
www.kousmine.ch

L'enfant hyperactif

Un enfant hyperactif est impulsif, éprouve beaucoup de difficultés à rester assis calmement à la même place, même si ce n'est que pour quelques secondes. Il est constamment en mouvement, gigote, se tortille, balance ses jambes, ne cesse de chipoter, de toucher à tout ce qu'il voit. Si on lui impose de rester longtemps assis, il éprouve ensuite le besoin irrésistible de se défouler en courant, en hurlant, en s'agitant comme un pantin. Il est déchaîné. Même quand ses éducateurs lui demandent de rester calme, il n'arrive pas à se contrôler plus que quelques instants. Il lui est impossible de fixer son attention, et les réactions agressives ne sont pas rares. L'hyperactivité est donc un problème très apparent.

Décrite depuis le début du siècle, en particulier par les auteurs anglo-saxons, l'instabilité psychomotrice de l'enfant a porté plusieurs dénominations en fonction des descriptions et des hypothèses étiologiques. On l'a appelé tour à tour : syndrome hyperkinétique, instabilité psychomotrice, désordre cérébral mineur (DCM), syndrome psycho-organique (SPO). La définition actuelle qui figure à la 4^e édition du Diagnostic and Statistic Manual (D.S.M. IV) est : troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Si le tableau clinique est maintenant bien défini et repose sur des critères extrêmement précis, sa pathogénie reste obscure et continue à diviser les auteurs. Alors que les auteurs anglo-saxons veulent faire de ce syndrome une entité clinique spécifique, secondaire à une atteinte organique, la grande majorité des auteurs francophones considèrent l'instabilité psychomotrice comme le résultat d'un dysfonctionnement affectif, associé à un déséquilibre des neurotransmetteurs, en écartant pas l'hypothèse génétique du trouble.

L'hyperactivité se rencontre partout dans le monde, et touche toutes les classes sociales. On estime aujourd'hui qu'elle touche 3 à 6 % des enfants en âge scolaire, et ce taux serait en constante augmentation. La prépondérance des garçons est nette : 4 à 9 garçons pour une fille. Bien le syndrome puisse s'améliorer et disparaître avec l'âge, la grande majorité des enfants atteints (70 %) en garderont les symptômes l'âge adulte.

Quelles en seraient les causes ? Il s'agit d'un trouble neurologique. Le dysfonctionnement cérébral résulte d'un trouble biochimique quantitatif qui concerne les neurotransmetteurs : manque de sérotonine et excès de dopamine. La relaxmétrie T2, un procédé d'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique permet d'en identifier l'origine : ces anomalies proviendraient d'une dysfonction du putamen, structure cérébrale impliquée dans la régulation du comportement moteur. Quant aux épreuves d'imagerie dynamique, le Spect, elles montrent une

diminution du débit sanguin cérébral au niveau des aires préfrontales et du striatum. Enfin le Pet-Scan rapporte une diminution de métabolisme du glucose au niveau des aires frontales.

L'association fréquente de troubles anxieux et dépressifs (prévalence de 27 %, versus 3,5 % de la population générale) a soulevé la piste familiale. La dysfonction cérébrale pouvant être la résultante d'un déséquilibre familial allant de cause d'abus de substances illicites de la mère pendant la gestation, jusqu'à l'absence de structure familiale stable et adaptée à l'évolution de l'enfant.

Actuellement, les études se penchent sur le rôle des gènes. Dans le syndrome hyperkinétique. Il semble en effet qu'il puisse exister une prédisposition génétique à ce syndrome d'hyperactivité.

En fait, il paraît vraisemblable que ce symptôme n'est que la manifestation d'une vulnérabilité neurobiologique préexistante (terrain prédisposé) sur lequel viennent résonner des événements de déstabilisation plus ou moins intriqués. Cette origine multifactorielle rend compte d'une approche thérapeutique adaptée et plurimodale.

Ce que l'on a tendance à oublier, c'est qu'un hyperactif souffre de son mal. L'enfant présente des difficultés à s'insérer dans le monde à cause de son handicap. Peu à peu, les contraintes que lui impose l'environnement familial et scolaire aggravent son comportement. Ceci provoque hostilité et incompréhension. Or, contrairement à la croyance populaire, les hyperactifs sont des êtres particulièrement intelligents. (leur QI est statistiquement supérieur à la moyenne) Même si leur activité cérébrale semble erronée, et qu'ils présentent des troubles de l'attention marqués, ils sont pourvus de plus d'imagination et de créativité que la moyenne. Néanmoins, l'inattention relative à cette pathologie et le manque fréquent de dépistage précoce, et d'encadrement approprié provoque des lacunes et des retards sur le plan éducatif. L'enfant se trouve ainsi rapidement décalé par rapport à ses camarades du même âge, et en devient d'autant plus dissipé et impulsif.

Le traitement chimique le plus généralement proposé actuellement est le méthylphénidate plus connu sous le nom de Ritaline®. Cette substance, réservée aux enfants de plus de 6ans, est un psycho-stimulant qui vise à rééquilibrer la sérotonine (initialement absente ou présente en faible quantité) et à diminuer la dopamine présente en excès. Ce traitement améliore l'attention et les performances intellectuelles des enfants hyperactifs. La prise en charge psychothérapeutique comportementale viendra compléter la prescription médicamenteuse.

Il est important d'établir suffisamment tôt un diagnostic correct de l'affection, et le différencier les authentiques troubles déficitaires de l'attention d'autres formes symptomatiques. En particulier la turbulence normale qui accompagne fréquemment certains périodes du développement infantile. L'instabilité psychomotrice peut également être secondaire à des conditions environnementales défectueuses, à certains traitements, ou à un retard mental vrai et doit être identifiée. A l'opposé les surdoués peuvent présenter des symptômes de manque d'attention scolaire par ennui ou lassitude. Il faut savoir qu'un tiers des enfants hyperactifs commenceront à avoir des problèmes de comportement dès leur première année de vie. Dans l'aide au diagnostic précoce ou différentiel, le dosage des neurotransmetteurs pourra venir en aide à la procédure diagnostique codifiée, comprenant un examen physique, l'anamnèse de la famille et de l'enfant, l'examen des capacités auditives et visuelles, l'examen des capacités intellectuelles et psychomotrices, des tests psychodiagnostiques (échelle de Conners, questionnaire

d'Achenbach ou C.B.C.L.), un électroencéphalogramme et un scanner ou une IRM cérébral.

Mais la mise en place de traitements au long cours, faisant intervenir la prise de psychotropes, de neuroleptiques, d'antidépresseurs ou de psycho stimulants devrait être faite avec beaucoup de circonspection, d'autant qu'il s'agit d'individus jeunes. La prise de Ritaline n'est pas anodine, et ses inconvénients ont été largement documentés. Les médecins sont donc placés devant une situation où ils doivent évaluer soigneusement la balance bénéfices/risques. Et même si les traitements par ces substances donne des résultats réels et incontestables, la prise de drogues neurotropes à long terme a, in fine, des effets délétères sur les fonctions cognitives, la mémoire, et le comportement, et déclenchent une dépendance marquée.

Mais, existe-t-il une alternative ? En 1976 paraît une brochure intitulée « La drogue cachée : les phosphates alimentaires, cause de troubles du comportement, de difficultés scolaires et de délinquance juvénile », écrite par Madame Herta Hafer, Cette pharmacienne allemande s'est trouvée confrontée au problème comportemental de son fils, qui présentait les symptômes de DTAH. Ce livre a été traduit par Madame Luce Peclard en 1978 et en est à sa 6° édition. Son propre fils présentait également les mêmes symptômes. Madame Herta Hafer est partie de l'hypothèse que les troubles psycho comportementaux des enfant qualifiés d'hyperactifs proviennent d'une trop grande consommation de phosphates alimentaires, sur des organismes qui présentent une réactivité particulière à ces produits.

« Entendons-nous bien, les phosphates en tant que tels sont nécessaires à la croissance et au bon fonctionnement de l'individu, mais c'est leur excès dans notre nourriture qui est préjudiciable à certains enfants, en moyenne deux à trois sur dix, et surtout des garçons, pour continuer à influencer ensuite leur comportement d'adolescent et d'adulte. Les effets de cette intolérance physique aux phosphates commencent à se manifester au moment où l'enfant quitte le stade de nourrisson pour une alimentation plus variée, donc dès l'âge de 2 ou 3 ans, pour atteindre un point culminant vers 12 à 13 ans, et se manifester encore durant l'adolescence.... L'intoxication aux phosphates alimentaires se manifeste par l'apparition des troubles caractéristiques de DTAH »

Pour étayer son hypothèse, Madame Hafer se base sur les travaux de deux spécialistes américains des neurosciences : Ben F. Feingold et Paul D. Mc Lean, sur l'hyperactivité et les dérèglements du cerveau. Ses déductions l'amènent à découvrir que les additifs phosphorés excessifs de la nourriture pouvaient être à l'origine des troubles psycho comportementaux chez certains enfants, et qu'un régime d'exclusion des phosphates devait faire disparaître les troubles. L'expérience est concluante et une alimentation appropriée fait rapidement disparaître les symptômes, chez certains sujets, tandis qu'un écart de régime les fait réapparaître en une demi-heure à une heure. L'éviction totale des phosphates alimentaires (E322, E338 à 341, E450 a, b, et c, E1410 à E1414, E1442) de la levure chimique pour gâteaux, des boissons contenant de l'acide citrique et de l'acide phosphorique, pendant une durée de 4 jours consécutifs permet de faire un test probatoire. En fait, cette diète qui date des années 1980 n'a fait ses preuves que dans 15 à 20 % des garçons et seulement 5 % des filles. Il est d'ailleurs possible de dépister la sensibilité aux phosphates alimentaires par la mesure du pH salivaire.

Sur le plan alimentaire, d'autres facteurs peuvent être à l'origine de troubles comportementaux chez certains enfants. Parmi ceux-ci, il faut citer la surconsommation de sucre et d'hydrates de carbone raffinés, qui est souvent

associée à une alimentation pauvre en sucres lents et riche en graisses saturées. Le Dr L.M. Pelsser du Centre de Recherche sur l'hyperactivité et le TDAH à Middleburg (NL) a découvert que le comportement de 62% des enfants diagnostiqués comme souffrant du syndrome étaient grandement améliorés après une correction de l'alimentation pendant une durée de 3 semaines. Cette alimentation visant à stabiliser la glycémie est associée à la prise de vitamine B1 et de magnésium.

Dans une étude réalisée par le sociologue Stephen Schoentaler chez plusieurs centaines d'adolescents incarcérés, et soumis à ce régime, on a vu se réduire de 82% le nombre d'agressions physiques, de 77% le nombre de vols, et de 65% le refus d'obéir.

Actuellement, une approche nutritionnelle globale et plus individualisée consiste à rechercher les intolérances alimentaires ciblées par un test de mobilisation des lymphocytes (test d'hypersensibilité retardée in vitro), ou par un test de dosage des IgG spécifiques des aliments (diagnostic biologique des intolérances ou hypersensibilités alimentaires par la mesure des anticorps anti-aliments (Immunoglobuline G) dans le plasma). Ce bilan, conjoint au dosage des amines cérébrales, permet une correction individualisée de l'alimentation, qui sera associée à la prise d'oméga-3 (précurseur de l'acide cérébronique) et d'acides aminés visant à rééquilibrer la synthèse des neurotransmetteurs (L-glutamine, L-Théanine).

Le syndrome de déficit d'attention avec hyperactivité est donc un trouble relativement fréquent, extrêmement gênant pour l'enfant et pour son entourage. Le traitement psycho stimulant doit être réservé aux formes les plus sévères, en particulier lorsqu'il existe un retentissement important sur l'apprentissage et la vie sociale. En dehors de ces cas extrêmes, la prise en charge thérapeutique devrait associer à la fois des mesures éducatives, psychothérapeutiques, et nutritionnelles.

L'ASPEDAH regroupe en Suisse les parents, les familles, les amis ainsi que toutes personnes intéressées par la problématique du TDAH.