

I- Si l'enfant 'hyperactif' nous était conté¹...

Il nous montrerait combien, mal compris, souvent mal 'traité', il nous ouvre pourtant bien des horizons...

Mal compris ; mal cerné, mal traité - sinon maltraité, hyperactif -ou tout au moins qualifié comme tel, il se présente de plus en plus sous ce terme maintenant tellement habituel dans cette appellation, qu'il en devient une identité :

« *Mon enfant est hyperactif, surdoué, dyslexique, dysorthographique, dyscalculique* »...Que de mots nouveaux ! Ils ne pourraient que laisser le médecin attentif, si ne se profilait le spectre d'une forme de maltraitance -et les mots utilisés ici ne sont pas des moindres.

'Maltraitance'...La prescription déliée de tout regard individualisant touche autant le domaine médical que la relation à l'enfant : stimulé, hyper stimulé, pressurisé, ou encore sans repères suffisants dans un monde en proie au « Vite, toujours plus, toujours mieux, toujours plus vite », il souffre... Fréquent souci des parents, l'obligation de performance en tous genres n'est pas toujours celle de l'enfant...

Enfants rois, enfants sans 'limites', soumis à la violence des mots et à celle inhérente à la difficulté à se contraindre de certains parents : leurs stimulations qui oscillent entre le 'trop et vite', et le 'pas assez' ou, bien souvent aussi, le 'désorganisé', posent alors un problème différent.

Il y aurait beaucoup à dire sur la famille à laquelle est confronté cet enfant dit hyperactif. Contraignante par un 'trop'- et 'vite', ou par un 'pas assez, puis vite', elle ne lui laisse bien souvent que le langage du corps et son agitation pour 'dire' ce qui, malgré l'apparence, n'est pas entendu - mais que lui, a bien 'entendu' de son histoire familiale, de ses non-dits et de ses transmissions cryptées.

Hyper actif, mal compris, mal cerné, il est pourtant très paradoxalement, porteur d'une ouverture pour l'avenir.

Derrière le dés-ordre, l'ordre du système évolutif inscrit au cœur du processus miasmatique de la Luèze avec ses capacités adaptatrices et novatrices fait son œuvre : ce qui émane ici de l'approche homéopathique révèle des horizons susceptibles d'aider à comprendre cette 'hyperactivité' dans son essence profonde. Elle ouvre un champ à la réflexion - sinon à la recherche- et permet un traitement spécifique et individualisé.

La qualité de psychiatre homéopathe et de formation psychanalytique amène ici, un plus. Elle permet d'intégrer le processus dans un espace où psychisme et soma se rejoignent, pour éclairer le problème dans sa complexité et dans une dimension qui favorise une compréhension plus fine de son sens profond et de son aspect biologique.

D'un précieux secours pour expliquer certains aspects mal connus, sinon inconnus, la vision hahnemannienne présente ici un double intérêt. Jointe à celle issue de la psychanalyse, elle permet des constatations d'autant plus intéressantes, qu'elles trouvent une forme de réponse cohérente dans un espace où elles étaient porteuses de points de vue contradictoires. La mise en évidence d'une analogie entre certains profils homéopathiques et certaines molécules auxquelles ils répondaient plus spécifiquement et plus vite – à la manière d'une forme de type sensible- permet d'en illustrer la réalité : elle autorise l'ouverture d'une réflexion sur ce qui, génétiquement ou

¹ Tiré de l'ouvrage : '*De l'hyperactivité aux nouvelles pathologies*' Editions homeopsy.com et premier volet d'un article en deux volets publié en novembre 2015. Site Homeopsy.com. et présenté au Congrès des pédiatres homéopathes. Montpellier novembre 2015.

épigénétiquement présent, peut confirmer certaines constatations concernant le niveau d'expression de la maladie et celui nécessaire à atteindre pour délivrer une information opérante par le biais du médicament adapté et de la dilution utile.

Donc, mal compris, mal cerné, mal traité... l'enfant hyperactif

Bien que portant sur des points différents, bien des problèmes qui y sont attachés touchent allopathes et homéopathes.

La vision dite 'classique' directement issue du DSM² en dresse un tableau des plus réducteurs :

Apparaître avant l'âge de 7ans ; poser problème à école et dans la famille ; ne pas voir ses symptômes reliés à une pathologie existante sont les trois critères qui président à la qualification d' 'hyperactivité'. Elle doit être différenciée de l'agitation.

Inattention, hyperactivité, impulsivité :

Trois mots clés indispensables à son diagnostic, même si l'une des caractéristiques domine ou s'il peut exister des troubles de l'attention sans hyperactivité.

Trois types d'hyperactivité seraient repérables :

Deux sont considérés comme des pseudo-hyperactivités d'origine psycho-éducative ou réactionnelle : à la différence du troisième qui, d'origine psycho-organique, en justifierait l'emploi, ils contrindiquent ou ne répondent pas à la prescription des psychostimulants.

Le diagnostic ne doit pas être posé trop vite et à partir d'un trouble du comportement :

Il nécessite que toute pathologie associée soit auparavant éliminée: échec scolaire et exclusion, troubles des apprentissages, comportements d'opposition ou liés à des problèmes de sommeil ou à un troubles anxio-dépressif -caché sous le côté « bruyant » du trouble- doivent être recherchés.

L'explication avancée pour rendre compte du trouble varie selon les auteurs :

Dysfonctionnement du cerveau, prédisposition génétique avec \pm bipolarité, facteurs pré et périnataux, troubles dans l'environnement -mère dépressive, désorganisation familiale- sont évoqués.

Il est important de souligner cependant, que toutes les hyperactivités ne sont pas obligatoirement des TDA/H³.

Les causes psychiques et physiques qui induisent les symptômes sont toujours à rechercher, tout comme une différenciation d'avec un trouble bipolaire :

L'analogie de certains symptômes du début, le camouflage de la dépression par certains signes analogues à ceux du TDH/A et une fréquente concomitance des deux pathologies, la rendent assez difficile. Cela apparait cependant indispensable vu que 20 à 32 % des enfants et adolescents évoluent vers la bipolarité, ce qui contre-indique chez eux les psychostimulants.

Accompagné d'agitation asociale, d'hypersexualité, de conduites addictives, d'accès dépressifs, maniaques mixtes ou alternants, le trouble bipolaire se voit souvent associé à des troubles du comportement. Son aspect dépressif est parfois uniquement manifesté par un aspect grognon ou des troubles des conduites alimentaires évoquant ceux du TDA/H.

Il en diffère cependant par divers critères : dans le TDH/A, il n'existe pas d'antécédents familiaux de troubles de l'humeur, le « papillonnement » est incessant et, malgré le côté réactif et violent,

² Classification des troubles psychiatriques.

³ Trouble de l'attention avec hyperactivité.

l'hyperactivité reste constante mais gérable. Il n'y a pas, de plus, d'éléments d'allure psychotique (hallucinations etc.) et un syndrome de Gilles de la Tourette est fréquent.

Sur le plan général, l'abord thérapeutique classiquement préconisé pour le TDH/A se fait en équipe.

Il allie plusieurs approches : TTCC, arthérapie, psychothérapies sont conseillés, tout comme une atmosphère stable et calme autour de l'enfant.

Celui-ci doit être, non pas rejeté, mais encouragé et doit recevoir peu d'ordres à la fois, de manière à favoriser chez lui, maîtrise de l'attention et réactions...

Sur le plan médicamenteux, que l'hyperactivité soit d'origine psycho-affective, réactionnelle ou organique, elle trouve bien malheureusement, souvent la même réponse ;

A savoir un traitement unique qui, considéré comme principalement actif, voit pourtant ses restrictions être minimisées et parfois même plus ou moins passées sous silence⁴ !

Ainsi, la Ritaline® -Méthylphénidate- et ses dérivés : Concerta® etc.- sont le plus souvent préconisés avec plus ou moins de bonheur. Davantage palliative que curative, cette amphétamine aurait une vertu calmante, mais comporterait bien des contre-indications : tics, angoisse, psychose, glaucome, hyperthyroïdie sont parmi les plus connus avec des inconvénients gênants tels des hallucinations visuelles ou tactiles, un retentissement sur la croissance (?) et l'induction potentielle d'une toxicomanie (?).

Moins connus que ceux à court terme, ses effets à long terme génèrent une prescription d'autant plus controversée que les résultats variables posent après évaluation des symptômes, la question fondamentale de savoir si le TDH/A est « toujours à soigner ».

Les traitements non conventionnels proposés sont variés :

Acides gras, Fe, Mg, Vit B6, massages, méthode Tomatis, Biofeedback, Phytothérapie – Ginkobiloba-, Pycnogénol, mesures diététiques variées concernant notamment le sucre, homéopathie, sont parmi les principaux.

L'approche homéopathique du TDH/A n'est pas plus facile.

Même si elle éclaire le problème, elle s'avère, paradoxalement, une source de complication :

Plus finement posés, le diagnostic et l'approche thérapeutique ouvrent pourtant un champ à la réflexion sur bien des points.

Certains éléments des plus parlants, montrent la complexité d'un problème qui ne peut être traité ni de manière univoque, ni susciter une réponse systématique et absolue.

Ainsi, l'incidence évidente et prouvée de l'alimentation -sucre notamment- évoque bien des Lycopodium ou des Argentum nitricum ; la permissivité ou de la violence cachée du milieu familial rappelle le rôle de Luèse et de ses effets problématiques ; l'impact de la relation explique certains pseudo TDH/A générés par une mère 'absente' et non 'contenante' de type Medorrhinum, ou encore par une mère Arsenicum album, Cyclamen ou encore Argentum nitricum : assignant de manière contraignante une place à l'enfant, elles ne lui permettent aucun mouvement, sinon celui de la gesticulation et de la fuite en avant.

Le repérer et le comprendre- et c'est là l'intérêt de l'approche homéopathique- permet une réponse mieux adaptée...

⁴Vu la réapparition du trouble à l'arrêt de l'expérimentation alors même que la médication était poursuivie, il a pu être montré -mais vite « mis sous le boisseau »- à partir d'une étude faite sur 2000 cas que ce n'était pas la Ritaline® qui avait été active mais l'attention et le soutien apportés à l'enfant et aux parents. Voir à ce sujet : « De l'hyperactivité aux nouvelles pathologies. »Ed. Homeopsy.

Tous ces éléments montrent à quel point, bien des facteurs entrent en ligne de compte : l'aspect somatique, relationnel et psychique y ont chacun leur place, pour indiquer le sens du trouble et la manière d'y pallier de la façon la plus adéquate.

-

Mal cerné donc le TDH/A, même par les homéopathes :

-Même si certains profils homéopathiques émergent, bien peu possèdent toutes les caractéristiques nécessaires à ce diagnostic 'fourre-tout' d'enfant 'hyperactif'⁵ :

Il apparaît donc bien difficile⁶ de faire cadrer les trois éléments qui en définissent la place dans cette catégorisation avec un profil particulier.

Derrière l'hyperactivité se lit une histoire physique et, surajoutée à elle, l'expression d'une problématique psychologique à plusieurs visages dans laquelle les marques diathésiques imposent leur empreinte : différente pour chacun d'entre eux, cette dernière empêche toute approche susceptible de conclure : TDH/A= tel ou tel médicament.

Tout au plus, peut-on suggérer la fréquence de tel ou tel profil, pour illustrer tel ou tel aspect du TDH/A.

-L'observation clinique fait pourtant émerger, pour des raisons semble-t-il différentes, plusieurs profils :

Tarentula, Medorrhinum, Argentum nitricum, Stramonium, Hyosciamus, Cina, Lachesis, Lilium Tigrinum, Iodum, Calcarea phos, Ferrum phos, China, Silicea, Lycopodium.

-La repertorisation est plus proluxe :

Pour ce qui est des caractéristiques inhérentes au TDH/A, le répertoire de Kent fait état à la rubrique 'impulsivité' de : **Argentum ni**, *Arsenicum album*, *Aurum*, *Cicuta virosa*, *Camphora*, *Ginseng*, *Mercurius sol*, *Nux vomica*, *Rhus tox*, *Staphysagria*, *Thea*.

Il est important de souligner que cette particularité de comportement n'a pas du tout le même sens pour chacun d'entre eux et qu'ils se retrouvent partiellement dans les rubriques: inattention, concentration difficile, excitation, agitation.

« L'inattention » voit en effet revenir : *Aurum met*, *Cicuta*, *Mercurius sol*, *Rhus tox* ;

«La concentration difficile » : **Nux vomica**, **Rhus tox**, *Mercurius sol*, *Staphysagria*, *Argentum nit*, *Thea* ;

« L'excitation » : **Argentum nit**, **Aurum met**, **Nux vomica** ; *Arsenicum album*, *Cicuta virosa*, *Mercurius solubilis*, *Thea*, *Rhus tox* ;

« L'agitation » : **Argentum nit**, **Arsenicum album**, **Camphora**, **Mercurius sol**, **Rhus tox**, **Staphysagria**, *Aurum*, *Ginseng*.

-Une repertorisation élargie fait état de 60 remèdes d'impulsivité, 553 remèdes d'agitation et, pour ce qui est de la difficulté à se concentrer, 385 dans une rubrique, 22 dans une autre.

⁵ Qui montre ici les limites de toute classification, dont celle du DSMV (Classification des pathologies mentales) qui a pour intérêt cependant, de permettre un langage commun à tous et un repérage des pathologies.

⁶ Comme le montre ce qui émane de la repertorisation.

Certains profils ont une agitation importante +++

-liée à de l'émotivité, avec troubles de la concentration, ils sont importants chez Pulsatilla, moindres chez Ignatia ;

-liée à une réactivité d'origine nerveuse, ils s'accompagnent de peu de troubles de la concentration chez Cicuta virosa qui est impulsif++ (épilepsie) ; ils se retrouvent sans note impulsive chez Colocynthis à cause des douleurs +++ et aussi chez Camphora⁷(?) ; chez Rhus tox ! (enraidissement en cause ?) ; chez Staphysagria (humiliation)⁸ ;

Cette agitation importante peut être aussi :

-liée à un trouble dépressif ± marqué chez Arsenicum album, anxieux et impulsif++ ; accompagnée d'une impulsivité, importante chez Argentum nit, Anacardium, Aconit, Cuprum, Hyosciamus, Mercurius sol, Sulfur ou encore minime chez Lac caninum, Sepia (peu concentrés) ou Medorrhinum (moyennement concentré++).

Certains ont une agitation moyenne++ et une impulsivité plus ou moins marquée :

Parmi les non concentrés+++ impulsifs, se retrouve Nux vomica et, bien que dépourvus de côté impulsif (?) Causticum et Lachesis;

Parmi les moyennement concentrés impulsifs, se repèrent Aurum et Aurum mur et Chamomilla, Natrum mur; non impulsifs ;

Parmi les peu déconcentrés et non impulsifs l'on relève Iodum et Agatha ;

D'autres ont une agitation mineure+ :

Phosphorus et Alumina, non concentrés et non impulsifs en font partie.

Cela ne peut alors que suggérer plusieurs réflexions:

Pour ce qui est de leur prescription, peut-on les placer tous au même titre dans les TDH/A? (Cf. Colocynthis).

Pour ce qui est de la compréhension du trouble présenté, deux questions se posent ensuite :

Qu'est-ce qui sous-tend la pathologie du TDA/H?

Qu'est-ce qui pourrait justifier de manière juste la prise de Ritaline®?

Dans la perspective allopathique, l'on peut en effet remarquer que, alors que l'approche thérapeutique dépend étroitement du Δc en cause, la frontière peu nette entre TDH/A et T. Bipolaire, montre combien les limites du DSMV se heurtent à la réalité de la clinique.

Pour ce qui est de la perspective homéopathique, hormis si l'on abandonne l'idée de lier maladie médicament - ce qui n'a jamais été préconisé ni par Hahnemann, ni par Kent-, la tentation qui consisterait à s'en tenir à une repertorisation sans nuance- c'est-à-dire sans prise en compte de la totalité du tableau, est tout aussi problématique...

Il y a donc une difficulté dans un cas comme un autre, de faire cadrer la thérapeutique choisie avec la classification mise en place.

L'homéopathie peut pourtant amener ici un éclairage utile sur différents points bien utiles à envisager.

A suivre...

Docteur Geneviève Ziegel.

Novembre 2015.

⁷ Rubrique 1 des TDH/A...?

⁸ Rubrique 1 et 2 des TDA/H.