

Unité de pédopsychiatrie

Hôpital de jour pour enfants âgés de 6 à 12 ans

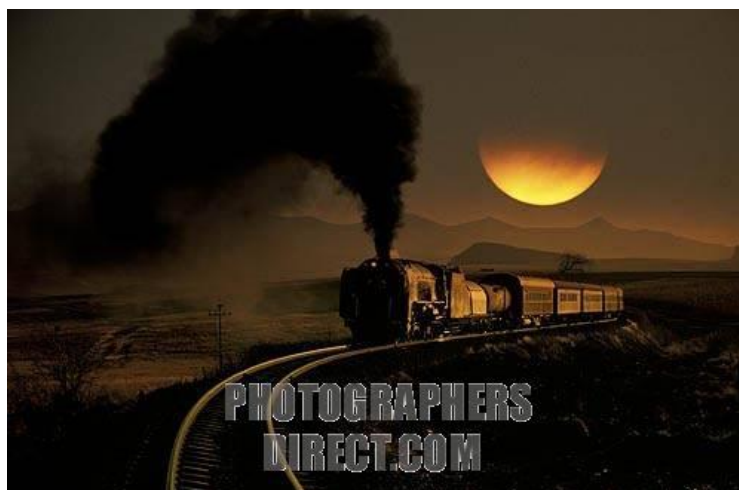
287, avenue du Maréchal JOFFRE

66000 Perpignan

04 68 59 17 20

La petite histoire du TDA/H Un même trouble à des époques différentes

Le trouble lié à un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) donne lieu en France à un débat passionnel. Pourtant, il est observé et étudié depuis plus de 100 ans. Il n'a naturellement pas toujours été dénommé ainsi. Au cours des décennies, la notion a évolué, tout comme sa dénomination, qui est passée d'atteinte cérébrale à atteinte cérébrale légère, à dysfonction cérébrale minime, puis au trouble hyperkinétique, pour en arriver au trouble lié à un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.



DE 1900 À 1925 :

On parle de SYNDROME D'ATTEINTE CÉRÉBRALE

C'est à Sir Georges Still, pédiatre anglais, que revient le mérite d'avoir effectué une première description clinique des déficits de l'attention et de l'hyperactivité. Peut-être que si Still avait été catalan ou parisien, le monde se serait-il mis à tourner différemment. Mais voilà, Still n'est pas aujourd'hui enseigné dans les universités de médecine ou de psychologie en France.

En 1902, il a observé une vingtaine d'enfants qui présentaient des comportements perturbateurs. Ces enfants adoptaient un modèle de comportement impulsif motivé par un besoin de gratification immédiate sans tenir compte des conséquences. Ces comportements étaient parfois accompagnés de difficultés d'apprentissage, surtout chez les garçons, mais aussi de retard mental ou d'atteintes au cerveau.

Still fait alors référence au déficit du « contrôle moral », qui est défini comme le contrôle des activités en conformité avec la conscience morale, comme une caractéristique commune à ces enfants, et qui se reflète par un échec des processus inhibiteurs. À cette époque post-victorienne, « la moralité et la conscience morale

Historique du TDA/H

Source : plan national d'action et de prévention www.msss.gouv.qc.ca

Ministère de la santé - Ministère de l'éducation - Québec

Hôpital de jour pour enfants âgés de 6 à 12 ans

Perpignan – avril 2008

étaient considérées comme innées et comme faisant partie intégrante de l'intelligence». Sir Still associe ce qu'il appelle le «manque de contrôle de la volonté» à un manque d'habileté à diriger l'attention vers une voie d'action appropriée.

En faisant des recherches sur l'origine de ces comportements chez ces enfants, Still remarque, chez certains d'entre eux, des atteintes au cerveau comme des lésions, des traumatismes ou des encéphalites, pouvant expliquer les modifications dans leur comportement. Mais ce n'était pas le cas pour tous les sujets. Il en arrive à émettre l'hypothèse que les dommages cérébraux importants touchent les fonctions intellectuelles en général, tandis que les dommages minimes touchent les fonctions intellectuelles supérieures comme « le contrôle moral ».

Les travaux de Tredgold (1908), de Hohman (1922), de Ébaugh (1923) et de Strecker et Ébaugh (1924) viennent appuyer l'hypothèse de Still selon laquelle une atteinte cérébrale expliquerait des comportements perturbateurs chez les sujets atteints. Tredgold émet l'hypothèse que des dommages cérébraux comme l'anoxie à la naissance peuvent passer inaperçus, mais deviennent apparents au début de la scolarisation. Plus récemment, Conners (2000) souligne que plusieurs auteurs rapportent des changements draconiens et catastrophiques dans la personnalité des individus qui ont subi des atteintes au cerveau. Ces changements incluent l'hyperactivité, la distractibilité, l'irritabilité et les comportements agressifs, destructifs et antisociaux dans le milieu scolaire.

DE 1925 À 1960 :

On évoque une ATTEINTE CÉRÉBRALE LÉGÈRE

Des années folles aux Beatles, la majorité des auteurs associaient l'hyperactivité et la distractibilité à une atteinte au cerveau. Ces deux caractéristiques étaient même vues comme les symptômes-clés d'un syndrome d'atteinte cérébrale.

C'est dans les années 40 qu'on fit la découverte de stimulants qui agissent sur le comportement. En 1937, Bradley, après avoir administré de la benzédrine pour contrer des maux de tête, remarque un effet spectaculaire sur le comportement des enfants de même que sur leur rendement scolaire. Après une autre recherche, effectuée en 1940, Bradley conclut que les stimulants agissent sur plus d'un type de comportement. Il mentionne que les enfants hyperactifs et agressifs deviennent plus calmes et ceux qui présentent des attitudes de retrait social manifestent un meilleur esprit d'initiative. Grégoire m'a dit, » tu sais Dr Daclin, Bradley, c'est le général trop calme qui casse les pieds au général Patton dans le film Patton où ça pète de partout »... A chacun ses références...

Childers (1935) est l'un des premiers à définir l'hyperactivité et à la quantifier en fonction de critères opérationnels. Il mentionne qu'avant de conclure à la présence d'hyperactivité les comportements doivent apparaître dans différents contextes.

Plusieurs autres caractéristiques rattachées à l'hyperactivité sont découvertes, et amènent à la définition du « syndrome de comportement hyperkinétique ». Ce syndrome est représenté par une faible capacité d'attention et de concentration, une grande fluctuation dans la performance, de l'impulsivité et un manque d'anticipation, une incapacité à tolérer un délai de gratification, de l'irritabilité et une faible tolérance à la frustration avec un tempérament explosif, un faible rendement scolaire et un faible rendement dans les tâches visuo-motrices qui se reflètent dans le travail en mathématique, en lecture et en écriture.

DE 1960 À 1970 :

Apparaît la terminologie *DYSFONCTION CÉRÉBRALE MINIME*

On attribuait jusqu'alors les comportements hyperactifs à une atteinte cérébrale, car la majorité des enfants ayant subi ce type de dommage présentaient ces comportements perturbateurs. Or plusieurs présentaient les symptômes sans que l'on puisse détecter une lésion cérébrale quelconque. En 1962, le Oxford International Study Group on Child Neurology admet qu'on ne peut conclure à une atteinte seulement par la présence de comportements dysfonctionnels ou inadaptés. C'est alors qu'est apparue la notion de « dysfonction cérébrale minime ».

C'est Clements en 1966, qui proposa cette appellation afin de rallier le point de vue de tous après avoir recensé une quarantaine de termes différents pour décrire des enfants qui présentaient des caractéristiques communes. Selon lui, l'expression de « dysfonction cérébrale minime » est réservée aux « enfants d'intelligence normale qui présentent des problèmes de comportement ou d'apprentissage d'intensité variable et associés à des dérèglements du système nerveux central, dérèglements qui se manifestent par des difficultés de perception, d'abstraction, de langage, de mémoire, d'attention et de contrôle de la motricité » (Dubé, 1992). **Les critères centraux associés à ce trouble sont le contrôle de l'attention, l'impulsivité et les fonctions motrices.** L'idée principale revient à ce que Still avait affirmé ultérieurement en décrivant le trouble comme un manque de contrôle de l'impulsivité et de l'attention avec des difficultés motrices et développementales.

Clements et Peter (1962) proposent une approche clinique du diagnostic des enfants présentant une dysfonction cérébrale minime. Selon eux, l'évaluation doit comprendre **une description des comportements et des symptômes par les parents et les enseignants**, une mesure des déficits perceptivo-moteurs de coordination et des apprentissages, une observation et un historique des comportements hyperkinétiques et impulsifs, de l'instabilité émotionnelle et des difficultés d'attention et/ou de la distractibilité, une observation des signes neurologiques mineurs et des anomalies à la lecture d'un électroencéphalogramme (EEG). Leur batterie diagnostique incluait donc une passation d'une échelle d'intelligence Weschler, un test de Gestalt visuo-moteur Bender (pas le robot Bender de Futurama comme Louis le pensait), des tests de lecture, d'orthographe et de mathématique de même qu'un examen neurologique.

DE 1970 À AUJOURD'HUI :

Le TROUBLE LIE À UN DÉFICIT DE L'ATTENTION avec ou sans HYPERACTIVITÉ

Une grande insatisfaction s'est fait sentir dans les années 70 en lien avec l'appellation « dysfonction cérébrale minime ». Certains la trouvaient trop restrictive, car la cause ne pouvait être que neurologique, alors que d'autres la trouvaient trop large, car elle pouvait s'appliquer à plusieurs types d'enfants présentant des caractéristiques communes sans pour autant partager le même trouble. Elle désignait un diagnostic fourre-tout.

Une grande insatisfaction s'est aussi faite en France, où l'empreinte de la théorie psychanalytique incitait les praticiens à rechercher un traumatisme à l'origine du dysfonctionnement observé, ou tout du moins, une composante affective. Hors, s'il est aujourd'hui légitime d'encadrer de manière stricte la prescription d'un traitement psychostimulant chez un enfant, il n'est pas pour autant justifié de rechercher de manière stérile une cause hypothétique et culpabilisante pour les parents et l'entourage éducatif. Les facteurs d'environnement, lorsqu'ils existent, sont soit la conséquence des troubles du comportement en lien avec des désordres de la micro-physiologie cérébrale, soit des facteurs qui les majore.

La publication du DSM-III (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), en 1980, propose, pour la première fois des catégories de maladies mentales propres aux enfants, dont le « le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ». Cette catégorie de trouble infantile se divisait en trois sous-groupes de critères, soit ceux qui sont liés à l'inattention, à l'impulsivité et à l'hyperactivité. L'analyse de ces trois critères se révélait alors essentielle pour diagnostiquer le trouble. L'appellation du trouble sous-entendait que le jeune pouvait présenter des indices d'inattention seuls ou accompagnés d'hyperactivité. La vision du trouble à ce moment mettait l'accent sur le déficit de l'attention plutôt que sur l'hyperactivité.

Cette appellation sous-entendait avant tout la présence d'un déficit de l'attention et que l'hyperactivité pouvait être présente mais que sa présence n'était pas nécessaire au diagnostic et que, par conséquence, si l'hyperactivité était présente elle était principalement causée par le déficit d'attention. Cette désignation marquait un tournant majeur dans la compréhension de ce trouble. C'est aussi à cette époque qu'on a commencé à accorder de l'importance aux observations des enseignants, le diagnostic ne dépendant plus seulement des observations faites par les parents.

Ce nouveau type d'approche concernant le déficit de l'attention et l'hyperactivité a néanmoins soulevé beaucoup d'interrogations quant au choix des critères des trois échelles et au degré de sévérité.



En 1989, on remarque dans le DSM-III-R que la distinction entre le trouble avec ou sans hyperactivité a disparu et que l'appellation est devenue la suivante : « hyperactivité avec déficit de l'attention ». Les critères permettant le diagnostic y sont davantage expliqués. On ne distingue plus l'inattention de l'hyperactivité et de l'impulsivité. Quatorze critères sont listés, dont certains sont rattachés à des comportements hyperactifs et impulsifs, alors que d'autres relèvent de l'inattention. Plusieurs personnes devaient observer la symptomatologie. Selon l'approche théorique privilégiée à cette période l'hyperactivité prédominait sur le déficit de l'attention.

On remarquait alors une hausse notable des prescriptions de psychostimulants. On peut attribuer ce fait aux critères trop larges associés au trouble en raison de la fusion des deux échelles (inattention et hyperactivité-impulsivité). Ce procédé rendait plus facile l'atteinte du seuil. En effet, puisque plus de personnes recevaient un diagnostic à cet égard, les prescriptions ont augmenté d'autant.

La parution du DSM-IV, en 1996, permet de différencier l'inattention de l'hyperactivité et de l'impulsivité, dans un contexte où aucun n'a prédominance sur l'autre. L'appellation du trouble est désormais « déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) » et le diagnostic est désormais plus rigoureux. On y trouve trois sous-catégories : TDAH de type inattentif, TDAH de type hyperactif-impulsif et TDAH de type combiné qui inclut les critères d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité.

La prise en considération de l'incidence du trouble sur la vie de l'enfant et de son entourage est une autre nouveauté. En effet, pour diagnostiquer un TDAH, les difficultés doivent avoir une influence dans au moins deux milieux de vie de l'enfant, soit à la maison et à l'école.

On considère donc qu'un TDA/H peut être diagnostiqué devant une association d'un déficit d'attention, d'une hyperactivité motrice et d'une impulsivité chez un enfant de plus de 6 ans. Les troubles évoluent depuis plus de 6 mois, existaient avant l'âge de 6 ans, ne s'expliquent pas par des causes environnementales ni affectives, et sont observées quelque soit le lieu, ne dépendent pas de l'entourage. Enfin, la caisse de l'hypermarché le samedi à 11 h 45 n'est pas le meilleur endroit pour diagnostiquer le trouble.

De la locomotive à vapeur à l'Eurostar, de la reine Victoria à Bender de Futurama, en passant par les Beatles, certains points gardent tout leur sens :

- **déficit d'attention**
- **hyperactivité motrice**
- **impulsivité**
- **apparition de certains symptômes avant l'âge de 6 ou 7 ans, présence des comportements depuis au moins six mois, symptômes ne devant pas être mieux attribués à un autre trouble et difficultés apparaissant quel que soit le contexte et l'entourage.**

