

www-cairn-info.merlin.u-picardie.fr

Chapitre III. Établir le diagnostic

Voir toutes ses publications

38-49 minutes

1Le diagnostic du TDAH se fonde sur ce que les médecins appellent *la clinique* que l'on *peut* définir en psychologie ou en psychiatrie comme l'ensemble de ce que nous observons et apprenons des patients ou de leurs proches. Le diagnostic clinique du TDAH impose une méthodologie que nous avons résumée dans un tableau (diagnostic « ABRICOT », p. 62-63). Sans une connaissance préalable des troubles, les confidences de nos patients ne prennent guère de signification. Ainsi, si nous oublions que l'un des signes de l'hyperactivité est l'impulsivité, nous n'attacherons qu'une importance anecdotique aux dires de parents se plaignant d'être constamment interrompus par leur enfant. De même, si un enfant est sage pendant une consultation, nous n'en tirerons aucune conclusion, car le décorum médical suffit à impressionner un enfant hyperactif *et* craintif, car l'on peut être l'un et l'autre. La fiabilité des symptômes est probablement plus aléatoire en psychiatrie que dans toute autre spécialité médicale. Une part tient à la subjectivité inhérente à la discipline psychiatrique ; une autre, qui concerne plus spécifiquement l'hyperactivité, tient aux préjugés idéologiques et au florilège d'idées reçues qui l'accompagnent :

2

- *L'hyperactivité, c'est l'arbre qui cache la forêt.* L'hyperactivité serait un ensemble de symptômes traduisant une souffrance affective ou une faiblesse éducative. Cette tendance interprétative à considérer l'ensemble des composantes de notre personnalité et de nos comportements comme relevant de la seule responsabilité familiale, ne nous paraît pas devoir s'appliquer – sinon comme faiblesse d'appoint – à l'hyperactivité, tant les arguments neurobiologiques sont nombreux en faveur d'une origine non psychogène de ce syndrome (lire chap. iv).
- *L'hyperactivité est un diagnostic à la mode.* Le caractère prétendument récent de ce syndrome figure en bonne place de tout argumentaire de réticence. Le vocable (hyperactivité ou TDAH) est certes récent mais le concept l'est beaucoup moins. Ce syndrome fait l'objet de descriptions et de controverses ininterrompues depuis le xix^e siècle (lire chap. i^{er}).
- *L'hyperactivité ne concerne que les enfants agités.* Les enfants hyperactifs sont le plus souvent agités, mais l'hyperactivité comprend trois registres de symptômes (agitation, inattention, impulsivité), et la présence de troubles de l'attention suffit au diagnostic sans qu'il soit nécessaire pour autant d'être agité. Le grand public ne connaît souvent que les hyperactifs spectaculaires, ceux pour lesquels l'agitation prédomine. L'inattention isolée offre une télégénie beaucoup moins performante. Ne serait-ce que par souci didactique, le sigle TDA/H (trouble avec déficit de l'attention *avec ou sans* hyperactivité) est méritoire, car il explicite la

complexité sémiologique de l'hyperactivité et la primauté diagnostique de l'inattention sur l'agitation (lire chap. ii).

- *L'hyperactivité ne concerne que les enfants constamment agités.* Il est vrai que l'hyperactivité ne doit pas correspondre à une agitation ou à une inattention circonstancielle et doit se manifester avec une certaine constance dans le temps (depuis toujours) et dans l'espace (en tout milieu). L'hyperactivité doit relever du tempérament ou de la nature de l'enfant et ne pas être réactionnelle à tel événement ou telle situation. Mais il n'en demeure pas moins que la passion ou l'émotion, l'attrait pour la nouveauté ou la crainte de représailles peuvent notamment assagir, au moins provisoirement, d'authentiques enfants hyperactifs.
- *L'hyperactivité s'accompagne toujours d'échec scolaire.* Toutes les enquêtes montrent que l'hyperactivité comporte un risque important d'échec et de rupture scolaires. Nombre d'enfants parviennent cependant à surmonter ce risque, notamment lorsqu'ils sont soumis à un *forcing* scolaire parental ou compensent par une intelligence vive le peu de temps consacré à leur travail.
- *L'hyperactivité s'accompagne toujours d'agressivité.* L'hyperactivité est une composante de la personnalité. L'agressivité en est une autre. Elles ne doivent pas être confondues. Certains hyperactifs sont opposants, provocants et agressifs. D'autres sont paisibles et pacifiques. D'autres même, sont dociles et craintifs. L'impulsivité fait réagir les enfants sur un mode opposant et répliquer les adolescents dans un registre insolent. L'impulsivité ne doit pas être confondue avec la violence ou l'hostilité ; ces deux attitudes

comportent une part d'intentionnalité malveillante, alors que l'impulsivité n'engage pas nécessairement d'affects négatifs.

3 Il s'appuie sur le recensement des manques et des excès. On décrit ainsi chez l'enfant hyperactif un *manque* d'attention ou un *excès* de bavardage. Ces signes comportent une part de subjectivité. Il n'existe aucun critère objectif pour distinguer ce qui relève du normal ou du pathologique. Leur appréciation ne peut être que dimensionnelle : nous sommes *plus ou moins* inattentifs. Il n'existe pas un seul signe catégoriel pathognomonique [\[1\]\[1\]Pathognomonique : désigne un symptôme spécifique d'une maladie...](#) dont la présence pourrait signer le diagnostic d'hyperactivité. De surcroît, précisons que les symptômes de l'hyperactivité ne sont pas spécifiques ; ainsi, des difficultés d'attention importantes peuvent s'observer lors de phases dépressives. Ces obstacles (définition dimensionnelle et non catégorielle ; subjectivité et non spécificité des symptômes) autorisent certes des interrogations nosologiques, mais ils ne nous paraissent pas justifier que des médecins renoncent par principe à ce diagnostic ou en récuse l'usage chez leurs confrères.

4 Il importe cependant que ce diagnostic soit établi avec quelques précautions, et au nombre de celles-ci, il faut souligner l'importance de la diversité des sources et de la concordance des témoignages. Ainsi, si un seul parent, enseignant ou médecin juge un enfant trop agité, rien ne pourra être conclu. Mais si tous – par exemple les enseignants, année après année, bulletin après bulletin – décrivent un même comportement, alors la somme des subjectivités prendra force d'objectivité.

5 L'entretien avec les parents et avec l'enfant constitue l'étape primordiale (aux deux sens du terme : essentielle et initiale). Les principaux aspects de la vie de l'enfant susceptibles d'expliquer ou de favoriser les symptômes du TDAH sont explorés : *le comportement de l'enfant en famille* (comment l'enfant se comporte-t-il avec ses parents, ses frères et sœurs, ses amis, lors de jeux, à table, au moment du coucher, la nuit, au réveil ? Comment l'enfant réagit-il face aux contraintes et aux frustrations ? Sait-il patienter ? Sait-il s'assagir, se poser, se concentrer ? Ou, à l'opposé, ne sait-il que s'agiter, enfreindre les règles, déroger aux consignes, perturber les jeux, se précipiter, s'impatienter ou se disperser sans cesse ? Le comportement de l'enfant impose-t-il des restrictions de sorties ou de loisirs ?), *l'état de santé somatique* (apnées du sommeil, narcolepsie, épilepsie, troubles visuels ou auditifs...), *le développement pré-, per- et postnatal* à la recherche notamment d'une hypermotilité foetale, d'une hypoxie néonatale, d'une prématurité ou d'une dysmaturité [2][2] [La dysmaturité \(ou hypotrophie\) se définit comme un poids, une...](#) Autant d'éléments d'anamnèse susceptibles d'être associés à l'hyperactivité : *la vie familiale* (stabilité et place de l'enfant), son cadre affectif (personnalité des parents, qualité des affects, des sentiments et des émotions...), éducatif (impératifs, interdits et libertés, priorités, réactivité, gestion des conflits...), culturel (scolarité des parents, accès aux loisirs et aux livres...) et social ([emploi des parents, niveau de vie, sécurité...] dans le chapitre sur l'étiologie, nous précisons que la nature neurobiologique de l'hyperactivité n'est exclusive d'aucune autre influence), *le parcours et les résultats scolaires* (discipline par discipline, à la recherche

notamment de troubles spécifiques d'apprentissages parfois associés à l'hyperactivité, comme la dyslexie, la dyscalculie, etc.).

[6](#)L'observation de l'enfant n'est pas toujours démonstrative. Certes, les enfants hyperactifs peuvent être bruyants dès la salle d'attente. Ils s'agitent, interpellent les autres patients et explorent bruyamment leur nouveau terrain de jeu. Ils débordent de vitalité et d'impatience. Dans votre bureau, ils sont tout aussi à l'aise, ils bougonnent, ils s'exclament, ils vous questionnent ou vous interrompent avec force familiarités. Ils répondent à la volée ou retournent vos questions. Mais d'autres enfants, tout aussi hyperactifs ordinairement, se tiennent cois ou apeurés, redoutant, pour les plus jeunes, que tout examen médical ne se conclue par une piqûre ou s'enfermant, pour les adolescents, dans un mutisme boudeur pour marquer leur opposition à un examen psychiatrique. Car l'on peut être hyperactif et craintif, anxieux ou déprimé. C'est tout l'enjeu d'un entretien que de distinguer, par-delà l'effervescence hyperactive ou sa sidération passagère, les autres dimensions de l'existence et de la personnalité. Mais les entretiens dits spontanés ont tendance à se focaliser sur les motifs de consultation. Ils peinent parfois à explorer d'autres registres cliniques. Aussi peut-il être utile de les compléter par des entretiens structurés [\[3\]\[3\]Citons le Diagnostic Interview Schedule for Children \(DISC,...](#) (questions précises, réponses par « oui » ou par « non ») ou semi-structurés [\[4\]\[4\]Comme le Child and Adolescent Psychiatric Assessment \(CAPA,...](#) (questions indicatives).

[7](#)Les deux principaux questionnaires diagnostiques du TDAH sont proposés par le DSM-5 (*Diagnostic and Statistical*

Manual of Mental Disorders, 5^e révision, 2013) et la CIM-11 (*Classification statistique Internationale des Maladies*, 11^e révision, 2019). Le DSM-5 est un manuel de l'American Psychiatric Association (APA) et la CIM-11 est rédigée par une équipe d'experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ils concernent surtout les enfants d'âge scolaire, certaines questions étant inadaptées aux adolescents ou aux adultes.

Inattention

Six (ou plus) des symptômes suivants d'inattention ont persisté pendant au moins six mois, et ont directement des conséquences négatives sur les activités sociales et académiques/professionnelles :

- – souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités ;
- – a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux ;
- – semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement ;
- – souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires ou ses tâches domestiques (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes) ;
- – a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités ;
- – souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le

travail scolaire ou les devoirs à la maison) ;

- – perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à ses activités (jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils) ;
- – souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes ;
- – a des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

Hyperactivité-impulsivité

Six (ou plus) des symptômes suivants d'hyperactivité-impulsivité ont persisté au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant.

Hyperactivité

- – remue souvent les mains et les pieds, ou se tortille sur son siège ;
- – se lève en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis ;
- – souvent court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice) ;
- – a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs ;
- – est souvent « sur la brèche » ou agit comme s'il était « monté sur ressorts » ;
- – parle souvent trop.

Impulsivité

- – laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est

pas encore entièrement posée ;

- – a souvent du mal à attendre son tour ;
- – interrompt souvent les autres ou impose sa présence (fait irruption dans les conversations ou dans les jeux).

[8](#)Trois formes cliniques (ou « sous-types ») sont définies :

- – L'*hyperactivité/impulsivité prédominante*, présence d'au moins six des symptômes d'hyperactivité et/ou d'impulsivité ;
- – L'*inattention prédominante*, présence d'au moins six des symptômes d'inattention ;
- – La forme *mixte*, au moins six symptômes de chacun des deux autres sous-types.

[9](#)Sur les 18 questions en correspondance avec les 18 symptômes, 17 sont énoncées avec l'adverbe *souvent*. C'est à l'évidence une source d'imprécision. Nous avons déjà souligné l'embarras épistémologique à passer du dimensionnel (l'enfant est plus ou moins agité ou attentif) au catégoriel (l'enfant est ou n'est pas hyperactif). Il n'est, pour s'en convaincre, que de se remémorer quelques consultations où les parents ne s'accordent sur aucune des réponses ou s'épuisent en d'infinies nuances. Mais rappelons que ce questionnaire ne représente qu'une pièce du puzzle diagnostique et que, de surcroît, sa passation est un élément d'apaisement pour un enfant, qui peut se rassurer ou s'amuser de découvrir que son trouble s'énonce en questions anodines et qu'il est possible d'en parler en des termes autres qu'accusatoires ou disciplinaires. Le questionnaire diagnostique du DSM-5 est le plus connu. De ce fait, il subit le plus de critiques [\[5\]\[5\]Les psychanalystes reprochent](#)

[notamment au DSM-5 de se....](#)

[10](#)Elles procèdent par recensement de symptômes. Ces échelles ne peuvent ni se substituer à l'entretien clinique ni s'assigner un rôle déterminant dans le parcours diagnostique. Elles permettent de préciser l'intensité et le retentissement des symptômes, d'esquisser un profil de comportement et de personnalité, et d'apprécier le devenir des troubles (évolution naturelle ou sous l'effet d'une thérapeutique). Elles sont validées [\[6\]\[6\]La validité d'un test se mesure à sa capacité de répondre à ses...](#) dans leur langue d'origine pour préciser un diagnostic, mais elles ne sont pas autorisées à l'établir. En France, ces échelles sont parfois perçues comme une approche quelque peu mécanique. Mais ces questionnaires favorisent un recueil de données plus exhaustif que ne saurait toujours permettre un entretien clinique. Il est vrai que les réponses comportent nécessairement leur lot d'approximation et de distorsion. Certaines questions sont mal comprises, donnent lieu à des interprétations subjectives ou traduisent le défaut ou l'excès de tolérance des proches. L'agressivité de l'enfant notamment favorise la surcote de l'hyperactivité.

[11](#)Au premier rang, il convient de citer les *questionnaires de Conners*. Trois versions sont disponibles, l'une pour les parents, proposant 48 *items* (questions), une autre pour les enseignants avec 28 *items*, enfin une troisième dite simplifiée avec 10 *items* et dévolue en particulier au suivi de l'évolution des symptômes sous traitement. Ces questionnaires sont validés et révisés depuis les années 1970 aux États-Unis. Diverses adaptations francophones sont disponibles. Elles ont en commun de proposer une compilation de questions auxquelles correspondent quatre réponses possibles (pas du

tout, un peu, beaucoup, énormément). Il n'est pas sans intérêt de disposer de ces trois questionnaires et donc de plusieurs sources. Pour une population d'écoliers tout-venant, un seul questionnaire de Conners suggère un diagnostic d'hyperactivité pour environ 5 % des enfants. La passation des trois questionnaires (parents, enseignant, médecin) n'offre pas toujours de concordance. Les différences de scores traduisent moins un défaut de fidélité des tests qu'elles ne révèlent des différences d'appréciation des intervenants. Ainsi, les enseignants sont plus sensibles aux comportements perturbateurs que les parents ou les médecins.

[12](#)D'autres questionnaires ou autoquestionnaires (Barkley, Kendall et Wilcox, Dupaul, Werry-Weiss-Peters, Achenbach...) sont taillés sur le modèle des échelles de Conners. Ils ont tous leur spécificité ; par exemple, le *Questionnaire des situations* de Barkley propose de recenser les situations pour lesquelles « l'enfant présente un problème d'obéissance à des consignes, ordres ou règles ».

Cette échelle propose 28 questions auxquelles correspondent 4 réponses (pas, un peu, beaucoup, énormément) et donc 4 notes (0, 1, 2, 3). L'addition de ces notes permet d'obtenir un score après division par le nombre de questions. On obtient ainsi un score compris entre 0 et 3. Des *indices* d'hyperactivité peuvent être évoqués pour tout score supérieur à 1,5.

1. Agité, se tortille sur sa chaise
2. Bruits inappropriés ou intempestifs
3. Ses demandes doivent être satisfaites immédiatement

4. Impertinent, impoli, arrogant
5. Crises de colère et comportements imprévisibles
6. Sensibilité excessive à la critique
7. Distrait
8. Perturbe les autres élèves
9. Rêveur
10. Bouderies faciles
11. Humeur changeante et contrastée
12. Bagarreur
13. Attitude soumise face à l'autorité
14. Agité, va constamment de droite à gauche
15. Emporté et impulsif
16. Interpelle ou sollicite à l'excès l'enseignant
17. Semble mal accepté par le groupe
18. Facilement entraîné ou influencé
19. Mauvais joueur, mauvais perdant
20. Peu de capacités à entraîner ses camarades
21. Difficulté à terminer ce qu'il commence
22. Puéril et immature
23. Nie ses erreurs, accuse les autres
24. Difficulté à se faire des amis
25. Coopère peu avec ses camarades de classe
26. S'empporte vite face à l'effort

27. Coopère peu avec les enseignants

28. Éprouve des difficultés d'apprentissage scolaire

[13](#)La neuropsychologie offre une double perspective. La première comme discipline de recherche sur les perturbations psychiques et comportementales en lien avec un trouble neurobiologique. Nous l'étudierons dans le chapitre sur l'étiologie. La seconde comme un ensemble de tests permettant de confirmer ou de préciser les observations cliniques. Le bilan neuropsychologique n'est pas impératif au diagnostic de l'hyperactivité, mais il peut aider à lever quelques doutes. Pour un écolier en grande réussite, il est possible que l'hyperactivité passe inaperçue. Pour un enfant en échec scolaire, il n'est pas toujours aisé de distinguer les implications respectives d'un possible déficit intellectuel ou d'une hyperactivité (pour ne prendre que ces deux paramètres), d'autant qu'ils peuvent être associés. L'hyperactivité et le déficit intellectuel représentent tous deux un obstacle à la réussite scolaire. Mais les perspectives sont loin d'être identiques. Il n'est pas rare que des enfants hyperactifs doués d'une intelligence tout à fait normale soient placés au rang des déficients intellectuels et orientés vers les classes spécialisées correspondantes sans autre forme de procès. Quelques enfants précoces peuvent manifester aussi leur ennui ou leur désœuvrement par de l'inattention. Il faut rappeler [\[7\]\[7\]C. Madelin-Mitjavile, G. Wahl, Comprendre et prévenir les...](#) qu'il n'est de pire sort pour des enfants en échec scolaire que d'être abandonnés à la résignation des uns et des autres, ou soumis à des orientations au doigt mouillé, sans qu'aucun bilan n'ait été entrepris pour tenter de comprendre les causes de leurs difficultés.

14 Face à tout échec scolaire, il convient de proposer un test de mesure du quotient intellectuel, notamment par la passation du WISC. Face à tout échec scolaire associé à l'hyperactivité, il convient également de proposer ce test, d'emblée idéalement ou à défaut, si l'échec scolaire vient à perdurer, alors que l'hyperactivité s'est amendée après la mise en place d'un traitement. Le WISC-V (*échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants*, 5^e édition) permet d'évaluer les capacités cognitives des enfants de 6 à 16 ans. L'intelligence des enfants hyperactifs se superpose globalement à la courbe de la population générale, mais elle peut s'en distinguer sur quelques *subtests plus sensibles que d'autres à la distractibilité ou à l'endurance attentionnelle*.

15 L'évaluation des fonctions cognitives peut être complétée par différents *tests spécifiques* des trois composantes de l'hyperactivité. Nous disposons de tests pour mesurer l'inattention (le Stroop, le test d'activité continue, le Zazzo...), l'impulsivité (le test des figures familières) et l'agitation (l'actigraphie).

16

- *Le test de Stroop* explore en particulier la distractibilité ou les troubles de l'attention sélective (capacité à maintenir l'attention en présence de distracteurs). Il s'effectue en quatre temps. Le sujet lit des noms de couleur (bleu, rouge, jaune, vert) écrits à l'encre noire, puis des noms de couleur écrits avec des encres différentes (par exemple, rouge imprimé en jaune), puis des points de différentes couleurs pour terminer par la lecture des couleurs d'imprimerie en ignorant le texte écrit. La comparaison des résultats entre un groupe d'enfants

hyperactifs et un groupe contrôle, montre un taux significativement plus élevé d'erreurs et d'hésitations pour le premier groupe, notamment lorsque sont fixées des limites de temps.

- *Le test d'activité continue (continuous performance task)* explore l'attention sélective et l'attention soutenue (capacité à maintenir l'attention dans la durée). Ce test présente une longue et aléatoire succession de lettres. Le sujet doit cocher un stimulus cible, par exemple la lettre X, ou ne répondre qu'après un stimulus double, par exemple la lettre X mais seulement si elle est précédée du B.
- *Le test des deux barrages de Zazzo* est très proche du précédent : il faut barrer un ou deux signes désignés, pour un ensemble de 8 signes distincts. Chaque feuillet compte 1 000 signes. Les erreurs par omission (un signe désigné n'est pas coché) ou par substitution (un signe coché à tort), ainsi que la vitesse d'exécution, sont calculées et comparées à des normes établies selon l'âge.
- *Le test d'appariement des figures familières* propose un dessin-modèle représentant par exemple un poisson et six autres dessins très proches mais dont un seul vraiment identique doit être désigné par l'enfant après un temps libre de réflexion. Il existe une corrélation négative entre le temps de réflexion et le nombre d'erreurs. Ce test permet de distinguer deux principaux groupes, les réflexifs qui prennent leur temps mais qui font peu d'erreurs, et les impulsifs qui se précipitent mais qui font beaucoup d'erreurs. Les sujets hyperactifs se rangent le plus souvent dans le second groupe.
- *Les actigraphes ou actimètres* sont des appareils portables

qui enregistrent les mouvements. Ils peuvent être fixés sur toute partie du corps et donc garder la mémoire de l'activité d'une journée. Les enregistrements montrent une agitation supérieure pour les enfants hyperactifs mais, plus encore, ils confirment la rareté des périodes de calme.

17À tout stade de l'élaboration diagnostique, ces tests neuropsychologiques peuvent apporter de l'aide au clinicien prudent. Leur prescription doit être encouragée. Mais il faut se souvenir que les symptômes de l'hyperactivité se caractérisent autant par leur permanence spatio-temporelle (depuis toujours et en tout milieu) que par leurs fluctuations au gré des contingences (les troubles peuvent s'interrompre sous l'effet de la crainte ou de la passion). Les symptômes peuvent notamment s'aggraver si l'enfant est soumis à l'ennui, au désœuvrement, à la fatigue, ou s'il est confronté à un conflit ou à une frustration. Mais ces mêmes symptômes peuvent s'améliorer si l'enfant participe à une activité avec l'attrait de la nouveauté, le goût de la compétition ou la promesse d'une récompense ainsi que s'il redoute une punition ou une épreuve (par exemple... une consultation chez le médecin) ou tout simplement s'il craint de décevoir. Or, précisément, la passation d'un test peut provoquer toutes ces émotions et ces sentiments, le plus souvent dans le sens d'une atténuation de la symptomatologie. C'est la raison pour laquelle il faut se garder de conclure sur les seuls résultats d'un test (ou de plusieurs). Il faut craindre en particulier les faux négatifs. Une étude [\[8\]\[8\]R. A. Barkley, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder...](#) confrontant bilan clinique et bilan neuropsychologique montre une concordance diagnostique pour à peine plus de deux enfants sur trois.

18 Il est d'observation banale que nombre d'enfants hyperactifs présentent une grande maladresse, et notamment de la dyspraxie ou de la dysgraphie. Sous l'effet des psychostimulants (les médicaments spécifiques du TDAH, lire chap. v), ces troubles s'améliorent ou disparaissent, autorisant alors l'évocation d'une pseudo-dyspraxie ou d'une pseudo-dysgraphie (à l'identique de la dyslexie ou de la dysorthographe « TDAH-dépendante »). Quelques études suggèrent cependant que les enfants hyperactifs pourraient présenter des difficultés de coordination motrice portant sur la motricité globale et sur la motricité fine (par exemple, lacer ses souliers), qui ne seraient pas la seule résultante mécanique du TDAH. D'autres classifications ou d'autres auteurs [\[9\]\[9\]C. Gillberg, « Deficits in attention, motor control and... »](#) proposent de distinguer l'hyperactivité d'un autre syndrome qu'ils nomment le DAMP (*deficits in attention, motor and perceptual abilities*) et qui associe les déficits de l'attention, du contrôle moteur et de la perception.

19 L'électroencéphalographie (EEG) mesure l'activité électrique des neurones et explore la physiologie et la physiopathologie cérébrale. Cet examen anodin et indolore est de pratique courante en neurologie, notamment pour le diagnostic et le suivi de l'épilepsie. Il peut être pratiqué lors d'un bilan initial d'hyperactivité, lorsqu'un signe d'appel ou un antécédent laisse craindre une comitialité. Pour le TDAH, on peut observer à l'état de veille une diminution de l'activité rapide (ondes bêta) dans la région frontale associée ou non à une augmentation de l'activité lente (ondes thêta). Pour les hyperactifs/impulsifs, on observe un excès des rythmes rapides et une baisse des rythmes lents, ce qui pourrait

traduire un niveau d'éveil excessif. L'électroencéphalographie pourrait aussi révéler une modification de l'architecture du sommeil chez les enfants hyperactifs avec une possible augmentation de la durée du sommeil paradoxal. Cependant, ces données ne sont pas suffisamment fiables et spécifiques pour justifier un bilan EEG systématique dans le parcours diagnostique.

[20](#) Elle peut objectiver des différences anatomiques cérébrales chez l'enfant hyperactif. Il a été observé une asymétrie hémisphérique avec notamment une réduction de volume du cortex préfrontal droit, du noyau caudé et du vermis cérébelleux (partie médiane du cervelet). Chez les enfants hyperactifs, le cortex préfrontal atteint en moyenne son épaisseur adulte vers l'âge de 10 ans (contre 7 pour les autres enfants). Dans une autre étude, une anomalie fonctionnelle cérébrale a été corrélée avec une faible réussite à une épreuve neuropsychologique (cortex cingulaire antérieur ; test de Stroop). Hors des protocoles de recherche, l'imagerie médicale n'apporte que peu de pertinence diagnostique.

[21](#) Nous avons exposé dans le chapitre précédent les caractéristiques sémiologiques propres à l'adolescence : atténuation de l'agitation motrice et maintien des troubles de l'attention. L'agitation prend chez l'adolescent d'autres contours et l'impulsivité s'exprime sur un mode plus sélectif. L'enfant s'agite ou se précipite sans retenue, tandis que l'adolescent plus contenu s'impatiente et s'agace. Mais l'inattention persiste. À peine tolérée dans l'enfance, elle est souvent perçue par les proches de l'adolescent comme une démonstration d'insolence. Ces modifications de la triade symptomatique du TDAH ne sont cependant pas l'essentiel de

ce qu'il faut attendre ou craindre à l'adolescence. Il faut comprendre qu'un adolescent hyperactif a subi, pendant chacune des années de son enfance, remontrances, punitions et vexations, aggravées s'il est en échec scolaire ou atténuées s'il connaît le succès. Il a répliqué sur un mode jovial et bravache ou s'est incliné dans la crainte et le repentir. Mais il a, en toute hypothèse et de toutes parts, enduré un harcèlement affectif et éducatif (chez l'adulte, nous parlerions de harcèlement moral). De ces années de conflit, naît chez l'adolescent une hostilité grandissante contre l'école et la famille. Toute autorité peut vite être perçue comme répressive et illégitime. La conflictualité devient un mode de vie et peu d'arguments affectifs ou rationnels restent audibles pour ces adolescents qui aiment à réaliser leurs désirs dans l'impulsivité et leurs projets dans l'immédiateté. Pour autant que dans l'enfance se manifestait déjà un trouble oppositionnel mais sans que cet antécédent ne soit nécessaire, le risque est grand alors que ne se développe un trouble des conduites plus caractérisé : agressivité, transgression des interdits, délits, toxicomanie et autres conduites à risque.

[22](#) Pour d'autres adolescents, l'hyperactivité ne s'accompagne d'aucune rébellion. Ils ne perçoivent que confusément les causes de leurs échecs scolaires ou amicaux, mais ils se résignent ou se tourmentent plus qu'ils ne recherchent la confrontation. Il n'est pas rare alors que se développent troubles anxieux, phobiques ou dépressifs avec leur cortège d'idées de dévalorisation et de culpabilisation.

[23](#) La crise d'adolescence ne saurait être en soi un argument explicatif de tout désarroi. Pour tout adolescent confronté à

l'échec scolaire ou à des troubles du comportement ou de la personnalité, il convient de rechercher un TDAH. L'anamnèse doit être chronologique. Elle intègre un entretien avec les parents ainsi que la lecture des bulletins de classe (les appréciations scolaires comportent leur part d'« observations cliniques »). Il convient aussi de recourir aux échelles d'évaluations diagnostiques et notamment au DSM-5, même s'il est mieux adapté aux jeunes enfants. Certains *items* (par exemple, *se lève souvent en classe*) sont peu adaptés aux adolescents, d'autres ont été modulés selon l'âge (le *court ou grimpe partout* chez l'enfant devenant *sentiment subjectif d'impatience motrice* pour l'adolescent). En revanche, le bilan neuropsychologique peut comporter des modèles d'évaluation plus spécifique de l'adolescence et notamment l'*échelle de Brown* (1996 ; il existe deux échelles de Brown : l'une pour les adolescents de 12 à 18 ans, l'autre pour les adultes) proposant des *items* explorant les symptômes intemporels (communs avec l'enfance) et de nouveaux registres plus spécifiques de l'adolescence. D'autres tests sont proposés ou validés pour les enfants *et* les adolescents, avec parfois quelques adaptations, soit pour les épreuves, soit pour les grilles de correction. Le quotient intellectuel s'apprécie avec le WPPSI pour les enfants de 3 à 7 ans, avec le WISC de 6 à 16 ans et avec la WAIS après 16 ans. Le test de Stroop (lire p. 51) ne connaît en principe pas de limite d'âge, mais il apparaît cependant plus sensible chez les enfants.

[24](#)Après le *recensement* des symptômes, puis leur *regroupement* (diagnostic positif) intervient la phase de *discernement* des maladies présentant des symptômes analogues. C'est le *diagnostic différentiel*. Il ne soulève pas de

difficultés majeures si l'on retient que l'hyperactivité correspond pour l'essentiel à une symptomatologie native, même si les signes sont peu discernables pendant les premières années de la vie. Le DSM-5 propose comme critère diagnostique la persistance des symptômes « pendant au moins six mois ». Nous le remplacerions volontiers par « depuis toujours » et « en tout milieu ». Peu de diagnostics d'hyperactivité sont portés sans que l'anamnèse n'ait révélé la pérennité des troubles depuis la prime enfance.

[25](#)D'autres difficultés intemporelles peuvent affecter les enfants. Le déficit cognitif en particulier, qui confronte à l'échec. L'enfant est incité à l'agitation et à l'inattention par désœuvrement ou par désolation. Un bilan clinique puis un bilan psychologique comprenant la passation d'un test de quotient intellectuel (QI) permettent de différencier hyperactivité et déficit cognitif. L'ennui peut aussi accabler les enfants intellectuellement précoces, ce que prévoit le DSM-5 : « L'inattention en classe peut aussi survenir quand les enfants avec un haut niveau d'intelligence évoluent dans un environnement académique insuffisamment stimulant pour eux. » Les enfants précoces peuvent en effet présenter un trouble de l'attention circonscrit à l'école ou à toute situation bridant leur hyperstimulabilité intellectuelle [\[10\]\[10\]Intelligence réactive toujours en alerte pour acquérir de...](#) Cependant, l'inattention *sélective* des enfants précoces se distingue aisément de l'inattention *ubiquitaire* des enfants hyperactifs. Il nous semble que prospère aujourd'hui une dramatisation des conséquences de la précocité intellectuelle incitant à des attributions illégitimes. Au détriment, notamment, du TDAH.

[26](#)D'autres troubles psychiatriques (schizophrénie,

dépression, manie, anxiété, psychopathie...) peuvent se révéler sous le masque d'une hyperactivité. L'anxiété peut s'accompagner d'agitation, la dépression d'inattention et la schizophrénie d'impulsivité. Mais, soit que n'existe aucune antériorité de ces symptômes ou qu'interviennent des éléments anamnestiques, sémiologiques et évolutifs clairement distincts de ceux décrits dans l'hyperactivité, il est habituellement aisé de démêler l'écheveau des hypothèses diagnostiques.

[27](#) Il convient de faire mention particulière pour l'autisme et pour le *Multiplex Developmental Disorder* (MDD). L'autisme est parfois associé à l'hyperactivité, sans qu'il soit toujours possible de préciser s'il s'agit d'un même trouble ou de deux affections distinctes. Précisons cependant que le traitement pharmacologique de l'hyperactivité (lire chap. v) peut donner quelques résultats sur les symptômes spécifiques de l'autisme et notamment sur les stéréotypies et les troubles du langage [\[11\]\[11\]](#) [B. L. Handen, C. R. Johnson, M. Lubetsky, « Efficacy... »](#).

[28](#) D'autres malheurs petits ou grands peuvent accompagner l'hyperactivité. Ce sont les troubles comorbides [\[12\]\[12\]](#) [Ou troubles associés. « Comorbide », du latin co-morbis... »](#). La littérature médicale empile les études et les controverses sur le sujet. De nombreux auteurs soutiennent, non sans arguments, que la fréquence élevée des comorbidités tient au partage de gènes communs. D'autres, qu'il s'agit d'artefacts symptomatiques ou de pathologies distinctes. L'augmentation de la prévalence des troubles de l'humeur est établie chez les enfants et les adolescents hyperactifs, en revanche, sa signification ici formulée en termes génétiques et là en termes

réactionnels (il serait étonnant que les hyperactifs ne dépriment pas plus que la population générale avec tout ce qu'ils endurent) laisse place à plus de doutes.

[29](#) Une recherche épidémiologique menée aux États-Unis en 1996 [\[13\]\[13\]C. G. August et alii, « Prevalence and comorbid disorders among...](#) et portant sur 7 000 enfants âgés de 6 à 10 ans indique, pour 60 % des enfants hyperactifs, la présence d'un ou de deux autres diagnostics tels qu'un trouble oppositionnel avec provocation (TOP), un trouble des conduites ou un trouble anxieux et dépressif. Il est précisé que les enfants pour lesquels l'hyperactivité est associée à une comorbidité présentent un « fonctionnement adaptatif plus perturbé », sauf lorsque le trouble comorbide est l'anxiété (l'anxiété étant un facteur d'autocontrôle de l'agitation). Une étude canadienne [\[14\]\[14\]B. J. Kaplan et alii, « Comorbidity of developmental...](#) précise que, pour des enfants d'âge scolaire, le taux de comorbidité avec le trouble oppositionnel est plus important pour l'hyperactivité que pour tout autre trouble. Ce niveau élevé de comorbidité fait douter qu'il s'agisse toujours de deux catégories diagnostiques indépendantes. La forme clinique hyperactivité-impulsivité prédominante associée à un trouble oppositionnel est considérée par de nombreux auteurs comme un facteur prédictif d'un trouble des conduites à l'adolescence. Un rapport de l'INSERM [\[15\]\[15\]Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent, expertise...](#) reprend ces données et conclut à la nécessité d'une prévention.

A comme Antécédents

Les symptômes apparaissent dès l'enfance. Ils évoluent avec l'âge mais chacun à leur rythme. Classiquement, l'agitation

physique tend à disparaître à l'adolescence, l'impulsivité verbale s'atténue plus qu'elle ne disparaît et les troubles de l'attention peuvent se maintenir au long cours.

B comme Bulletins scolaires

Les bulletins scolaires sont une mine d'or diagnostique et, si l'on dispose de nombreux bulletins, ils offrent le témoignage de plusieurs dizaines d'enseignants. Prises séparément, les appréciations n'ont qu'une valeur assez subjective, mais leur addition peut former un ensemble très fiable.

R comme Récit

Le récit des proches (parents, conjoint et parfois les enfants) et celui de l'hyperactif lui-même permettent, si on les compare (ou les confronte), de préciser la présence, l'évolution, l'ampleur et les conséquences affectives et sociales des symptômes.

I comme Intemporel

Les symptômes existent « depuis toujours et en tout milieu », ils se manifestent en permanence et s'observent en toute circonstance. Quelques exceptions cependant, notamment lors d'activités passionnantes ou d'enjeux émotionnels intenses (une consultation médicale ou un bilan psychologique peuvent suffire...).

C comme Critères diagnostiques ou Classification

Deux classifications internationales, la CIM-11 (OMS) et le DSM-5 (États-Unis) proposent des critères diagnostiques. Ces deux classifications se présentent sous la forme d'un questionnaire parcourant l'essentiel des symptômes de l'hyperactivité. Ils permettent notamment de préciser la forme clinique du TDAH (mixte, avec inattention prédominante ou avec agitation prédominante). Pour l'adulte, on préférera

l'ASRS v1.1 ou le DIVA 2.0.

O comme Observation

Lors d'une consultation, quelques symptômes peuvent s'observer, par exemple l'agitation (le corps ne tient pas en place), l'impulsivité (la parole est souvent coupée) et/ou la distractibilité (le regard et les idées se dispersent). Mais le temps d'une consultation est une parenthèse singulière. Elle n'est, de ce fait, que rarement significative du comportement quotidien.

T comme Troubles associés

L'hyperactivité est rarement isolée, elle peut provoquer des difficultés scolaires et familiales, puis professionnelles et affectives, et s'accompagner de troubles associés, tels que l'anxiété ou la dépression.

D'après G. Wahl, *Les Adultes hyperactifs. Comprendre le TDAH*, Paris, Odile Jacob, 2016.

- [\[1\]](#)
Pathognomonique : désigne un symptôme spécifique d'une maladie dont la seule présence suffit à établir le diagnostic.
- [\[2\]](#)
La dysmaturité (ou hypotrophie) se définit comme un poids, une taille et/ou un périmètre crânien inférieurs aux valeurs normales de l'âge gestationnel.
- [\[3\]](#)
Citons le *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC, Shaffer, 2000). Ce questionnaire traduit en français (Montréal) permet d'évaluer neuf diagnostics chez l'enfant et l'adolescent dont l'anxiété, la dépression, la dysthymie, l'hyperactivité et les troubles oppositionnels.

- [4]
Comme le Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA, Angold et Costello, 2000).
- [5]
Les psychanalystes reprochent notamment au DSM-5 de se prétendre sans idéologie, et d'être en réalité une machine de guerre contre la psychanalyse et de faire fi de la singularité individuelle...
- [6]
La *validité* d'un test se mesure à sa capacité de répondre à ses objectifs. La *sensibilité* d'un test à celle de distinguer les variations mineures et la *fidélité* à celle de maintenir la même évaluation dans le temps (test-retest) ou entre deux observateurs (fidélité inter-juges).
- [7]
C. Madelin-Mitjavile, G. Wahl, *Comprendre et prévenir les échecs scolaires*, Paris, Odile Jacob, 2007.
- [8]
R. A. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 2^e éd., New York, Guilford Press, 1988.
- [9]
C. Gillberg, « Deficits in attention, motor control and perception : a brief review », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 88, p. 904-910.
- [10]
Intelligence réactive toujours en alerte pour acquérir de nouvelles connaissances et en comprendre la signification.

- [\[11\]](#)
B. L. Handen, C. R. Johnson, M. Lubetsky, « Efficacy of methylphenidate among children with autism and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 30, n° 3, 2000, p. 245-255.
- [\[12\]](#)
Ou troubles associés. « Comorbide », du latin *co-morbis* (*co* signifie « plusieurs » et *morbis* « maladie »).
- [\[13\]](#)
C. G. August *et alii*, « Prevalence and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior », *J. Abnormal Child Psychology*, vol. 24, 1996, p. 571-595.
- [\[14\]](#)
B. J. Kaplan *et alii*, « Comorbidity of developmental coordination disorder with ADHD and reading disability », *J. Abnormal Child Psychology*, vol. 24, 2000, p. 481-498.
- [\[15\]](#)
Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent, expertise collective, 2005.