

Chapitre 3

Comment évaluons-nous ?

DÉPISTAGE ET PRÉVENTION

Quand nous connaissons les conséquences du TDAH sur la vie de l'enfant et sur celle de sa famille, plus le repérage est effectué précocement, moins le risque est présent d'y associer des conséquences négatives. Ce dépistage précoce évite une dégradation des résultats scolaires et préserve les relations de l'enfant avec son entourage (Escobar *et al.*, 2005). D'ailleurs, les manifestations cliniques peuvent être décelées dès l'âge d'un an et demi. L'utilisation des échelles de Conners permettent aux médecins généralistes de repérer plus rapidement un enfant TDAH. Il est important de noter que la prescription médicamenteuse ne se fait pas dans tous les cas. Un diagnostic précoce ne veut pas dire la mise en place de la Rilatine®.

L'école est généralement un des premiers endroits où le problème se pose, car les difficultés scolaires sont fréquentes dans le TDAH. Les enseignants peuvent être des yeux avertis pour des parents. Dès l'école maternelle, l'enseignant peut repérer une agitation motrice trop importante et une certaine inefficacité des punitions. Plus tard dans la scolarité, ce sont souvent les signes d'inattention et les mauvais résultats scolaires qui vont alertés les enseignants.

Une évaluation précoce conduit également à adopter envers l'enfant une attitude constructive et structurante pour qu'il puisse s'épanouir dans un environnement sécurisant. Les enfants TDAH sont, pour la plupart, des enfants sensibles et en demande d'affection. C'est davantage leur impulsivité et leur agitation que leur agressivité qui les mettent en marge du groupe.

ÉVALUATION DU TDAH

L'évaluation du TDAH vise principalement deux objectifs permettant (1) un meilleur repérage clinique des symptômes aidant au diagnostic et (2) une mesure de l'impact des interventions thérapeutiques afin d'en apprécier l'efficacité. Une mise au point spécialisée comprenant une évaluation minutieuse et multidisciplinaire est impérative pour poser un diagnostic correct. Une anamnèse minutieuse aide le thérapeute à mieux comprendre le fonctionnement de l'enfant et de sa famille et à découvrir la présence de facteurs prédisposant au TDAH. Distinguer le développement normal du développement pathologique est particulièrement complexe et doit tenir compte des différents contextes de vie de l'enfant (famille, école, activités, loisirs, etc.). Les symptômes se montrent très fluctuants selon le contexte environnemental de l'enfant. Afin d'avoir une vision la plus précise possible de la situation, il est recommandé d'associer différentes méthodes de récoltes d'informations – entretiens structurés, échelles pour les parents et l'enseignant – (Collett *et al.*, 2003). À l'heure actuelle, très peu ont été validés en français.

L'entretien clinique

A. Entretien avec les parents

Les parents constituent la principale source d'informations du thérapeute. Lors d'un premier entretien avec une famille, une série de questions doivent figurer dans la rencontre.

- Les parents ne consultent pas dans les jours qui suivent les problèmes de l'enfant ; s'attarder sur l'historique du comportement-problème semble inévitable. Depuis quand ? Dans quelles situations ? Mais aussi pourquoi consulter aujourd'hui ? L'enfant présente-t-il la même symptomatologie dans tous les milieux qu'il fréquente, avec tous les adultes ?
- Les demandes des parents concernant le suivi psychologique de leur enfant sont des indicateurs importants. Ont-ils des attentes particulières ? Les parents ont souvent en tête des réactions et attitudes qu'ils aimeraient que l'enfant ait. Rendre un enfant TDAH « sage comme une image » n'est pas réaliste.

- Le développement de l'enfant durant la première enfance est souvent un moment clef de l'entretien. Ces questions permettent au thérapeute d'exclure certains diagnostics différentiels. Il convient de rechercher les troubles ante-, péri- et postnataux vus comme facteurs de risques d'un TDAH. Même si les facteurs familiaux s'avèrent peu constants dans les recherches (Bouvard, 2006), il importe de repérer les psychopathologies chez les parents, le stress parental, le faible soutien social ou les troubles dans la relation parent-enfant.
- Les relations parentales sont aussi un thème intéressant. Où en est la cohérence parentale ? Les parents s'entendent-ils entre eux ? Sont-ils en conflits ? Sont-ils en accord avec les méthodes éducatives de l'un et de l'autre ? Ont-ils les mêmes valeurs ? Comment l'un voit le rôle de parent de l'autre ? Comment gèrent-ils la pression ? Sont-ils en colère, anxieux, déprimé ? etc. Bien connaître le fonctionnement familial permet déjà de mettre en place certaines stratégies.
- Les événements de vie de la famille orientent également le diagnostic. Les ruptures, les déménagements, les changements d'école, les deuils, etc. ont inévitablement un impact sur la vie de l'enfant et sur ses interactions avec son environnement. Rappelons que des causes affectives, sociales (drogue, intégration scolaire) et familiales peuvent mener un enfant à être agité sans pour autant poser un diagnostic de TDAH.
- Une partie de l'entretien doit se centrer sur la vie actuelle de la famille.
 - Existe-t-il un espace pour l'enfant (salle de jeu, etc.) ?
 - Comment se déroule la prise d'autonomie de l'enfant ? Comment sont gérées les séparations (arrivée à l'école, nuit chez les grands-parents, activités parentales sans les enfants, etc.) ?
 - Comment la famille communique-t-elle ? Existe-t-il un espace de parole pour chacun ? Y a-t-il un interlocuteur privilégié ?
 - Existient-ils des règles à la maison ? Comment sont-elles établies ? Quelles sont les sanctions en cas de non-respect des règles ?
 - Quelles sont les activités familiales ? Comment se déroulent le lever, le coucher, les repas, les devoirs, les jeux ? Quels sont les jeux préférés de l'enfant ? Existe-t-il des restrictions ?
 - Comment se passe les relations avec la fratrie ? Les règles sont-elles les mêmes pour tout le monde ?

- L'enfant manifeste-t-il de l'anxiété ? A-t-il des phobies, des peurs irraisonnées ? Est-il souvent inquiet, triste ? A-t-il des problèmes de sommeil ?
- À quoi ressemble une journée à la maison ? Quel est le rythme de l'enfant ?
- Comment se passe l'école ? Quels sont les souvenirs que les parents gardent de l'entrée en école maternelle, primaire ? L'enfant a-t-il des copains ? Quelles sont les relations avec les enseignants ?

TABLEAU 10
Différentes thématiques d'entretien pour les parents

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Le déroulement d'une journée type, les règles, les activités en famille, les moyens de communication 2. Exemples spécifiques des comportements qui préoccupent les parents 3. Les méthodes utilisées pour gérer le comportement de l'enfant, différence entre les deux parents 4. La date d'apparition des problèmes, les événements de vie 5. L'aide déjà reçue, les attentes 6. Les causes probables du TDAH 7. Le développement de l'enfant : sa santé physique actuelle, ses capacités sensori-motrices, son langage, sa pensée, son intelligence, ses performances scolaires, son hygiène corporelle, son sommeil, ses capacités sportives, ses comportements sociaux, ses problèmes émotionnels (anxiété, tristesse), ses relations familiales (parents, fratrie, famille élargie), etc. 8. Autres problèmes ou symptômes pouvant provenir d'un autre trouble 9. Histoire médicale, développementale et scolaire 10. Relations des parents avec l'école (soutien, amical, conflictuel, communication ouverte ou limitée voire hostile) 11. Contexte de vie des parents, leur éducation, leur profession, leurs valeurs 12. Antécédents familiaux de problèmes psychiatriques, d'apprentissage, développementaux, médicaux 13. Les aspects cliniques du DSM |
|---|

En tant que thérapeute, il convient d'être prudent en posant certaines questions quand l'enfant se trouve dans la pièce. Les parents arrivent généralement à bout de nerf et ne voient plus que le mauvais côté de leur enfant. Ce n'est donc pas nécessaire de dévaloriser davantage l'enfant. Par exemple, lors d'un premier entretien, il est préférable de ne pas demander aux parents les qualités de leur enfant. Un silence de quelques secondes fait parfois beaucoup de dégâts. Le thérapeute doit aider les parents à comprendre que le TDAH ne se guérit pas. Le thérapeute est là pour améliorer la qualité de vie de l'enfant et de sa famille. Il faut faire attention aux attentes irréalistes des parents.

B. Entretien avec l'enfant

Comme le thérapeute rencontre tout d'abord l'enfant avec ses parents, il est intéressant d'observer l'enfant tout en échangeant avec les parents. Bouge-t-il beaucoup ? Essaie-t-il de capter l'attention du thérapeute ? Joue-t-il avec les jouets présents ?

Lorsque le thérapeute se retrouve seul avec l'enfant, il peut focaliser son attention sur différents points. Comment l'enfant se comporte durant l'entretien ? Comment entre-t-il en relation avec le thérapeute ? Savoir comment l'enfant comprend la situation actuelle donne de nombreux indices sur le fonctionnement de l'enfant mais aussi sur celui de la famille. Le thérapeute peut parcourir avec l'enfant différentes histoires où le héros se retrouve face à un problème (Haenggeli, 2002 ; Gordon, 1991 ; Gehret, 1998). Le clinicien peut demander à l'enfant ses manières de réagir, de faire face aux problèmes du héros. Le thérapeute peut passer en revue les différents aspects cliniques du DSM et vérifier avec l'enfant s'ils sont retrouvés dans son comportement. Des questions sur les activités de l'enfant (sport, jeux vidéos, dessins animés, etc.) donnent également des réponses. Le thérapeute peut s'attarder sur l'école et les pairs. L'enfant aime-t-il l'école ? Pense-t-il avoir des difficultés de concentration et, si oui, pourquoi. Ensuite, l'utilisation d'un média sera souvent conseillé afin d'observer l'enfant durant le jeu (dessin, pâte à modeler, jouets). Il importe de garder à l'esprit que les symptômes sont souvent atténués durant la consultation. Si, en revanche, l'enfant affiche des symptômes d'hyperactivité motrice, d'impulsivité et d'inattention en présence du thérapeute lors du premier entretien, cela suggère une plus grande sévérité des symptômes.

TABLEAU 11
Différentes questions que le thérapeute
peut poser à l'enfant

1. Quel est le motif de sa venue chez le psychologue ?
2. Que pense l'enfant des problèmes racontés par les parents ? Que pense-t-il de son comportement ?
3. Quels sont ses hobbies, ses émissions préférées, les sports qu'il pratique, ses animaux préférés ?
4. Où va-t-il à l'école ? Qui sont ses professeurs ? Quelles sont les matières qu'il aime ou non ? A-t-il des difficultés scolaires ?
5. A-t-il souvent des punitions à l'école ? Pour quelles raisons ? Quelles sont les règles mises en place par l'école ou l'instituteur ?
6. L'enfant est-il accepté par les autres ? Que fait-il avec ses camarades de classe ?
7. Se sent-il « agité », « distrait », « impulsif » ? Peut-il donner des exemples ? (suivant les aspects cliniques du DSM)
8. Enfin, un temps doit être octroyé à l'observation de l'apparence de l'enfant, de son comportement, de ses habiletés. Si l'enfant est jeune, le laisser jouer, dessiner ou simplement se balader dans le bureau.

C. Autres évaluations

Le thérapeute trouvera intéressant d'avoir un contact avec l'enseignant de l'école afin de connaître le comportement de l'enfant mais aussi les attitudes de l'enseignant et les méthodes éducatives utilisées. Les antécédents scolaires sont importants. Le thérapeute peut vérifier la présence d'échecs ou de redoublement, la fréquence des absences ou des retards, les difficultés scolaires persistantes avec une aggravation croissante à mesure de l'augmentation des exigences pédagogiques. Le thérapeute peut examiner les bulletins scolaires les plus récents ainsi que les bulletins des années précédentes, mais aussi les travaux écrits de l'enfant.

TABLEAU 12
Différentes thématiques d'entretien avec l'école

Le psychologue peut, lors de son contact avec l'école, s'intéresser aux points suivants :

1. Les performances actuelles de l'enfant.
2. Les problèmes comportementaux.
3. Les relations avec les camarades de classe.
4. Les comportements de l'enfant dans des situations diverses (travail écrit, travail autonome, récréations, repas, couloirs).
5. Le projet éducatif de l'école, le règlement.
6. Les méthodes de l'enseignant pour gérer l'enfant.

D'autres examens complémentaires peuvent être demandés. Parmi ces évaluations, les examens logopédique, psychomoteur et somatique sont les plus courants. Un bilan logopédique et une évaluation neuropsychologique seront demandés si l'enfant présente des troubles de l'apprentissage, un retard de coordination motrice et/ou des signes de retard du langage. Un examen physique est un test standard en vue de s'assurer qu'il n'y a pas d'autres causes sous-jacentes aux symptômes du TDAH (diagnostics différentiels), de vérifier la possibilité de répercussions médicales du TDAH (accidents, etc.) et d'évaluer l'absence de contre-indications à la prescription de médicaments. Souvent, l'examen somatique ne révèle rien d'anormal. Le médecin doit accorder une attention particulière à certains éléments pouvant être reliés au TDAH ou au diagnostic différentiel.

TABLEAU 13
Différentes thématiques abordées par le médecin

Le médecin s'intéressera aux points suivants :

1. La grossesse, l'accouchement, l'histoire médicale de l'enfant.
2. Les accidents, la présence d'un traumatisme crânien, d'une tumeur, des signes d'intoxications.
3. Les problèmes de coordination motrice, d'énurésie, d'encoprésie, de thyroïde, d'anémie, les otites, les allergies notamment médicamenteuses, les tics moteurs ou vocaux.
4. Le comportement général de l'enfant, son niveau d'activité général, ses signes d'agitation.

5. La prise de paramètre : le poids, la taille, l'audition, la vision, la tension artérielle.

Les outils diagnostiques

A. Les échelles d'évaluation comportementale

Les échelles d'évaluation du comportement incluent plusieurs outils destinés à être remplis soit par les parents ou l'enseignant, soit par l'enfant lui-même. Ces échelles se basent sur une approche dimensionnelle du trouble. Ce type d'approche se centre sur l'évaluation continue d'un comportement à partir de données observables (Honorez, 2002). Les deux échelles les plus utilisées sont celles de Conners et d'Achenbach.

a) Les échelles d'hyperactivité de Conners de 1969 à 1978

Traduction française : Cook et Dugas (première publication par Dugas *et al.* [1987])

Ce sont les échelles actuellement les plus utilisées dans le domaine du TDAH. La première version pour enseignants (Conners, 1969) a d'abord été développée pour mesurer le changement résultant de traitements pharmacologiques chez les enfants hyperactifs. Progressivement, ces échelles de Conners ont été développées pour évaluer la symptomatologie de l'hyperactivité et des troubles associés chez l'enfant. Elles s'appuient sur une observation essentiellement comportementale de l'enfant, permettant d'objectiver et de quantifier les comportements et évitant le plus possible la subjectivité individuelle (source de variations importantes). Ces questionnaires permettent d'évaluer les enfants de sept à dix-huit ans. Il existe une version courte et longue de chaque questionnaire (parents, enseignants). La passation dure en moyenne de 5 à 20 minutes (version longue : 15-20 minutes, version courte : 5-10 minutes) et la cotation est extrêmement rapide (5 à 10 minutes). L'index d'hyperactivité de 10 items a été construit à partir des dix comportements les plus sensibles à l'effet des psychostimulants. Une dernière forme est réservée à toute personne en contact avec l'enfant (éducateur, infirmière, etc.). Elle se compose des 10 items touchant les symptômes les plus évidents de l'hyperactivité.

Cet instrument ne donne pas un profil comportemental mais un indice de l'intensité du trouble. Cette échelle a l'avantage de pouvoir être fréquemment répétée dans le temps afin de juger de l'efficacité d'une prise en charge. Ces questionnaires ont été largement validés dans la population d'enfants TDAH et contrôles vers 1983. Les travaux de référence pour les données normatives restent ceux de Conners pour les versions initiales (1973) et de Goyette *et al.* (1978) pour les révisées.

1. Le Conners Parent Rating Scale (CPRS)

La version complète révisée pour parents comprend 93 items explorant les perturbations comportementales de l'enfant à la maison. Elle établit un profil comportemental de l'enfant sur des facteurs différents, correspondant aux dimensions les plus fréquemment retrouvées chez les enfants TDAH. Nous retrouvons l'anxiété, les troubles oppositionnels, le perfectionnisme, la somatisation, le déficit attentionnel, l'asociabilité, l'hyperactivité et différentes sous-échelles du DSM-IV, ainsi qu'un facteur particulier évaluant l'intensité du trouble (index d'hyperactivité).

La forme courte révisée comprend 48 items (cf. annexe n° 1) et permet une évaluation en quatre dimensions (les comportements oppositionnels, les difficultés d'attention, l'hyperactivité et l'index d'hyperactivité).

L'échelle destinée aux parents est validée pour des enfants de six à quatorze ans pour la version longue et des enfants de trois à dix-sept ans pour la version courte. La fidélité test retest est plus faible car, souvent, les parents présentent eux-mêmes des caractéristiques TDAH et considèrent comme « normale » une agitation psychomotrice importante. L'échelle de Conners est considérée comme anormale, lorsque le score est supérieur à 15.

Les items les plus discriminants sont regroupés suivant :

- A. Opposition : Items 2-8-14-19-20-27-35-39.
- B. Difficultés d'apprentissage : Items 10-25-31-37.
- C. Somatisation : Items 32-41-43-44.
- D. Hyperactivité : Items 4-5-11-13.
- E. Anxiété : Items 12-16-24-47.

Les dix énoncés 4-7-11-13-14-25-31-33-37-38 correspondent à l'index d'hyperactivité. En cotant chaque appréciation 0-1-2 ou 3 (pas du tout = 0, Énormément = 3) et en divisant le total obtenu par 10 on

obtient un score moyen allant de 0 à 3. Un score moyen de 1,5 ou plus suggère des indices d'hyperactivité chez l'enfant.

2. Le Conners Teacher Rating Scale (CTRS)

La version complète pour enseignants comprend 59 items et 28 items dans la forme révisée. Elles évaluent les comportements les plus fréquemment perturbés chez ces enfants en milieu scolaire. L'échelle de Conners enseignants (version longue) évalue sept dimensions (l'opposition, l'inattention, l'hyperactivité, l'anxiété, le perfectionnisme, les problèmes sociaux et l'index d'hyperactivité). La version à 28 items (cf. annexe n° 2) aboutit à un profil comportemental sur trois dimensions (hyperactivité, opposition et inattention) et un index d'hyperactivité. Les qualités psychométriques de cette échelle ont été prouvées. Cependant, il est à noter que ce questionnaire peut identifier les problèmes de comportement mais repère difficilement les comportements plus intériorisés (Cohen et Hynd, 1986).

Les items les plus discriminants de la version courte sont regroupés suivant :

- A. Opposition : items 4-5-6-10-11-12-23-27.
- B. Hyperactivité : items 1-2-3-8-14-15-16.
- C. Inattention : items 7-9-18-20-21-22-26-28.

Les dix énoncés 1-5-7-8-10-11-14-15-21-26 correspondent à l'index d'hyperactivité. En cotant chaque appréciation 0-1-2 ou 3 (pas du tout = 0, Énormément = 3) et en divisant le total obtenu par 10 on obtient un score moyen allant de 0 à 3. Un score moyen de 1,5 ou plus suggère des indices d'hyperactivité chez l'enfant.

Les échelles de Conners sont des outils précieux dans l'évaluation de la sévérité du trouble et dans l'évaluation du traitement. Mais elles ne sont pas suffisantes pour poser le diagnostic de TDAH. Le CBCL d'Achenbach répond plus adéquatement à cette question.

b) *The Children Behavioural Checklist (CBCL) de Achenbach et Edelbrock (1983).*

L'échelle d'Achenbach n'est pas spécifique au TDAH mais est une aide au diagnostic différentiel des troubles du comportement chez l'enfant.

Le CBCL représente l'approche dimensionnelle se basant sur une continuité des émotions et des comportements allant du plus normal

au très pathologique. Les enfants ne sont pas identifiés par la présence ou l'absence de tels ou tels symptômes, mais par leur situation à l'extrémité d'un continuum défini par les scores d'une échelle sur laquelle tous les enfants se répartissent. Les analyses factorielles ont permis à Achenbach et Edelbrock (1978) de décrire quatre grands syndromes (les troubles des conduites, l'anxiété-retrait, l'immaturation et la délinquance de groupe avec comportements agressifs) ainsi que quatorze syndromes plus « étroits ».

Le CBCL pour les enfants et les adolescents s'adresse à des jeunes de six à dix-huit ans. La traduction et l'adaptation française furent réalisées par Fombonne *et al.* (1988) et révisées par Lemelin et St-Laurent (2002). Nous disposons également d'une version pour les plus jeunes, validée pour les enfants de un an et demi à cinq ans (Achenbach et Rescorla, 2000).

Ce questionnaire de 113 questions est rempli par une personne proche de l'enfant (parents, enseignants, etc.) afin de fournir des indications visant à distinguer un comportement normal d'un comportement qui indiquerait des perturbations importantes à un niveau social et affectif. Il offre une vision globale des difficultés de comportement observées par le parent au cours des six derniers mois. Le temps de passation est d'environ 30 minutes.

Le CBCL utilise des échelles de type Likert en trois points (0 - 1 - 2). Il comprend deux volets. Le premier évalue le fonctionnement de l'enfant dans trois domaines (école, loisirs, maison). Le second évalue de façon plus large 112 comportements et aboutit à un profil comportemental sur sept ou huit dimensions différentes (selon l'âge des enfants) dont l'hyperactivité. Trois scores peuvent découler de cette échelle : (1) un score total, (2) un score d'internalisation incluant les symptômes d'anxiété et de dépression, de retrait social et de problèmes somatiques (dans la version un an et demi à cinq ans, se rajoutent les symptômes de réactivité émotionnelle) et (3) un score d'externalisation comprenant les comportements antisocial et agressif (les problèmes d'attention et l'agressivité dans la version un an et demi à cinq ans). De plus, la mesure produit cinq ou six scores cliniques validés en regard du DSM-IV dont les troubles affectifs, les troubles anxieux, les troubles de l'attention/hyperactivité et les troubles oppositionnels. Dans la version un an et demi à cinq ans s'ajoute le trouble envahissant du développement et, dans la version six – dix-huit ans, le trouble des conduites.

L'intérêt du CBCL se retrouve dans la mise en évidence des troubles comorbides et dans la mesure des changements après psychothérapie.

Cette correspondance entre les problèmes de comportement détectés dans le CBCL et les diagnostics du DSM IV a été établie par des professionnels de dix pays différents. Les résultats se présentent sous forme de profils validés auprès de populations normales d'enfants du même âge. Cette échelle est largement utilisée dans la communauté scientifique et les qualités métriques de la mesure ont été bien démontrées (Tessier *et al.*, 2003).

B. L'entretien dit à « large spectre »

Dans le cadre de l'évaluation des problèmes de comportement ou de la sphère émotionnelle de l'enfant et de l'adolescent, le recours aux entretiens structurés ou semi-structurés est particulièrement recommandé (Crowley *et al.*, 2001). En effet, les échelles, à elles seules, ne peuvent suffire; bien qu'elles autorisent un relevé des symptômes gênants, elles ne permettent pas de porter un diagnostic clinique fiable.

a) K-SADS-PL

Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children Present and Lifetime Version de Kaufman, Birmaher, Brent, Rao and Ryan (1996).

Le K-SADS-PL fut adapté du K-SADS-P (Version Episode actuel), qui fut développé par Chambers et Puig-Antich et révisé par Puig-Antich et Ryan. La traduction française du K-SADS-P/L date de 2002 (Mouren-Siméoni). Il s'agit d'un entretien semi-structuré permettant d'évaluer les problèmes de comportement ou les difficultés émotionnelles de l'enfant de six à seize ans et ce, dans la vie actuelle mais aussi dans la vie entière de l'enfant. Le K-SADS explore plus de trente diagnostics dont les critères sont ceux utilisés par le DSM-III-R et le DSM-IV (Kaufman, Birmaher, Brent, Ryan et Rao, 2000; cité dans Bouvard, 2006). Parmi ces diagnostics, nous retrouvons le trouble déficit de l'attention/hyperactivité, mais également la dépression majeure, la dysthymie, la manie, l'hypomanie, la cyclothymie, les troubles bipolaires, les troubles de l'adaptation, les troubles schizo-affectifs, la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, les épisodes psychotiques brefs, le trouble panique, l'agoraphobie, le trouble anxiété de séparation, la phobie simple, la phobie sociale, l'anxiété

généralisée, le PTSD, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble évitement de l'enfance et de l'adolescence, les tics transitoires, le syndrome de Gilles de la Tourette, les tics moteurs ou vocaux chroniques, le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble des conduites, l'énurésie, l'encoprésie, l'anorexie mentale, la boulimie, l'abus d'alcool et l'abus de substance.

Le manuel d'entretien fournit des critères objectifs pour évaluer la présence ou non d'une symptomatologie. La durée de passation dure en moyenne 1 heure 30 et s'adresse tant aux parents qu'à l'enfant. Une synthèse regroupant toutes les informations (parents, enfant, école, etc.) termine l'épreuve (Ambrosini, 2000).

C. Les autres échelles à retenir

a) Attention deficit/hyperactivity disorder rating scale (DuPaul, 1998)

Ce test peut également attirer notre attention. Il est spécifique de l'hyperactivité et permet une quantification de l'intensité du trouble et une évaluation des différentes dimensions de la pathologie : hyperactivité, inattention et impulsivité. Cette échelle regroupant les dix-huit symptômes du TDAH selon le DSM IV est traduite en français. Étant en cours de validation, il existe encore très peu d'informations sur ce test.

b) SNAP-IV (Swanson et al., 1983)

La SNAP-IV est un questionnaire composé de 26 items reprenant le TDAH et le trouble oppositionnel avec provocation (TOP). Les items sont cotés de 0 à 3 (0 = jamais, 1 = parfois, 2 = souvent, 3 = très souvent). Le score est calculé en additionnant les scores des items liés au TDAH ou liés au TOP et en divisant ce total par le nombre d'items (TDAH ou TOP). Les items de 1 à 9 concernent l'inattention, ceux de 10 à 18 couvrent l'hyperactivité et les derniers items touchent le TOP.

D. L'évaluation neuropsychologique

a) Introduction

Les questionnaires et les entretiens fournissent un très bon indicateur de la symptomatologie hyperactive et impulsive mais évaluent assez mal l'inattention et permettent encore moins de différencier le

déficit attentionnel de la non utilisation de ressources attentionnelles pour des raisons psychologiques ou de motivation (Berquin, 2005). À côté des outils d'évaluation diagnostique, il est judicieux de s'intéresser aux processus cognitifs impliqués dans le déficit attentionnel. Ce déficit attentionnel se maintient tout au long du développement de l'enfant hyperactif. Ces difficultés d'attention et de concentration sont responsables des troubles d'apprentissage et rendent la scolarité des enfants TDAH parfois très chaotiques. Mais le déficit attentionnel rend aussi le quotidien de l'enfant compliqué. En neuropsychologie de l'enfant, il existe plusieurs batteries de tests permettant d'évaluer les fonctions attentionnelles et exécutives. Une évaluation objective mettant en évidence ces déficits spécifiques constitue un avancement important pour le diagnostic du TDAH (Catale, Lejeune et Meulemans, 2004 ; Barkley et Grozinsky, 1994). La réalisation d'une batterie de tests spécifiques peut (1) établir le profil cognitif de l'enfant ; (2) dégager les difficultés spécifiques et les fonctions préservées ; (3) jouer un rôle capital sur le plan du diagnostic différentiel ; (4) proposer des pistes de rééducation concrètes et adéquates et (5) contribuer à l'évaluation des progrès thérapeutiques après traitement.

Alors que l'on peut retrouver des épreuves attentionnelles dans certains outils d'évaluation cognitive globale (NEPSY). Certaines batteries ont, quant à elles, été spécifiquement mises au point pour évaluer les fonctions attentionnelles et exécutives chez l'enfant (KITAP et TEA-CH).

b) Le KITAP (Zimmermann, Gondan et Fimm, 2002)

La batterie de Tests d'Évaluation de l'Attention (KITAP) offre un choix étendu d'épreuves visant à apprécier les différents sous-systèmes de l'attention. Elle se compose de huit tests évaluant différentes composantes de l'attention (cf. ci-dessous). Ces tests sont ludiques et adaptés aux enfants. Tout au long de la passation, ceux-ci sont confrontés à des épreuves faisant intervenir des personnages drôles et fantastiques afin de maintenir plus facilement leur attention et leur intérêt. Pour chaque test, les enfants sont investis d'une mission et doivent réaliser celle-ci du mieux qu'ils peuvent et le plus rapidement possible.

1. Alerte (La sorcière)

Cette épreuve consiste à mesurer les temps de réaction lors d'une tâche simple donnant une estimation de la rapidité générale de l'enfant

et de sa capacité à maintenir un niveau de réaction stable. Dans cette épreuve, il s'agit de faire disparaître aussi vite que possible une sorcière qui apparaît de temps en temps dans une fenêtre avant qu'elle ait la possibilité de prononcer un ensorcellement.

2. Attention divisée (Les hiboux)

L'attention divisée est explorée grâce à une double tâche (modalité visuelle et modalité acoustique). Il s'agit de hiboux devant veiller à ce qu'aucun être humain n'entre dans le château. L'un est assis dans une fenêtre et regarde de tous les côtés pour découvrir si quelqu'un approche pendant que les deux autres volent autour du château et se répondent alternativement par des cris. L'enfant doit faire attention à ce que les hiboux ne s'endorment pas.

3. Attention soutenue (La danse des fantômes)

Dans cette épreuve, la capacité à maintenir l'attention pour une période prolongée est examinée avec une tâche d'une sollicitation cognitive élevée. On voit apparaître aux différentes fenêtres du château des fantômes de couleur et de posture différentes. L'enfant doit repérer deux fantômes de même couleur et qui se suivent (condition simple) ou deux fantômes en suivant apparaissant à la même fenêtre ou ayant la même couleur (condition complexe).

4. Balayage visuel (La sortie des sorcières)

Sur l'écran, on voit des sorcières sur leurs balais sortant ensemble pour un bal. De temps en temps, une sorcière se trompe de direction. L'enfant doit la prévenir afin qu'elle ne se perde pas.

5. Distractibilité (Le fantôme triste et le fantôme joyeux)

Dans ce test, un fantôme (triste ou joyeux) se fait voir de temps en temps dans une porte. Il s'agit de faire sourire le fantôme triste en appuyant le plus vite possible sur la touche de réponse. Mais, afin de distraire l'enfant, des apparitions surviennent juste au moment où surgit le fantôme.

6. Flexibilité (La maison des dragons)

Dans cette tâche, la flexibilité attentionnelle est testée par le biais de l'alternance de deux séries de cibles. Deux dragons (bleu ou vert)

sont présentés simultanément et de façon aléatoire à droite ou à gauche d'une porte. Il s'agit de faire passer les dragons l'un après l'autre à travers cette porte.

7. Go/No go (La chauve-souris)

Dans cette épreuve, l'enfant doit réagir sélectivement à un type de stimuli et non à d'autres. Il faut chasser aussi vite que possible une chauve-souris qui veut faire du mal au chat, mais sans blesser le chat.

8. Vigilance (Le miroir)

Il s'agit d'évaluer la capacité à soutenir l'attention durant de longues périodes de temps sous des conditions monotones. L'image d'un fantôme apparaît, dans un miroir, à un rythme régulier. De temps en temps, il est remplacé par son méchant frère qu'on reconnaît à ses yeux rouges. Dans ce cas, l'enfant doit faire disparaître ce fantôme aussi vite que possible.

c) *Le Test of everyday attention-Ch (Manly et al., 1999)*

Ce test d'évaluation de l'attention chez l'enfant consiste en une batterie clinique destinée à l'examen des différentes capacités attentionnelles de l'enfant entre six ans et douze ans onze mois. Trois modalités principales de l'attention sont évaluées dont l'attention soutenue, l'attention sélective et le contrôle attentionnel¹. Afin d'arriver à une mesure épurée du «profil attentionnel», les neuf épreuves proposées excluent, le plus possible, les facteurs mémorisation, langage et compréhension. Le temps de passation est de 15 à 45 minutes avec un temps de correction de 5 à 10 minutes.

Les neuf épreuves proposées sont : (1) la recherche dans le ciel (attention sélective / attention focalisée); (2) les coups de fusil (attention soutenue); (3) les petits hommes verts (contrôle attentionnel / flexibilité); (4) faire deux choses à la fois (attention soutenue et divisée); (5) la carte géographique (attention sélective / focalisée); (6) écouter deux choses à la fois (attention soutenue); (7) Marche - Arrête (attention soutenue et inhibition de réponse); (8) les mondes contraires (contrôle attentionnel / flexibilité) et (9) la transmission de Codes (attention soutenue).

1. Capacité à changer, de façon harmonieuse, la direction de l'attention

d) *La NEPSY (Korkman, 2003)*

Il s'agit d'une batterie d'évaluation neuropsychologique du développement de l'enfant de trois à douze ans. La batterie NEPSY est particulièrement adaptée aux bilans d'enfants ayant des difficultés d'apprentissage, des handicaps moteurs ou sensoriels, des déficits attentionnels, des traumatismes crâniens, des troubles cérébraux congénitaux ou acquis, des lésions cérébrales ou maladies cérébrales, un retard mental ou des syndromes génétiques.

La NEPSY permet de repérer les forces et d'analyser les déficits des sujets dans cinq domaines particulièrement impliqués dans les apprentissages.

1. Les tests évaluant **les fonctions exécutives** mettent en jeu l'inhibition, l'attention sélective et soutenue, le maintien d'un schéma de réponse, la résolution de problèmes non verbaux et la fluidité de dessin. Il s'agit de la Tour de Londres², l'Attention auditive et réponses associées³ (on relève les omissions ou les fausses alarmes, l'enfant doit adapter sa réponse à des stimuli similaires ou contrastes), l'Attention visuelle⁴, la statue⁵ (l'enfant doit inhiber toute réponse impulsive à des distracteurs sonores), le Cogner et frapper⁶ (l'enfant apprend un pattern de réponses motrices, puis doit le maintenir en inhibant la tendance à imiter l'action de l'examineur).

2. L'enfant dispose d'une structure constituée de trois tiges sur lesquelles sont disposées trois perles, il doit reproduire des configurations de perles qui lui sont présentées, et ce en effectuant le moins de déplacements de perles possible.

3. « Quand tu entends le mot ROUGE, mets un carré jaune dans la boîte. Lorsque tu entends le mot JAUNE, met un carré rouge dans la boîte. Lorsque tu entends le mot BLEU, met un carré bleu dans la boîte ».

4. L'enfant doit observer des images et barrer les cibles aussi rapidement et précisément que possible.

5. « Voyons si tu peux rester debout comme une statue qui porte un drapeau. Quand je vais te dire de commencer, je veux que tu restes complètement immobile, les yeux fermés. Tu ne dois même pas bouger les doigts. Tu ne dois pas bouger, tu ne dois pas ouvrir les yeux et tu ne dois rien dire – quoi que ce soit – jusqu'à ce que je dise : "C'est fini!". À 10 secondes, laisser tomber un stylo sur la table ; à 20 secondes, tousser bruyamment ; à 30 secondes, frapper deux fois sur la table ; à 50 secondes, dire : "Hum Hum!!" et à 75 secondes, dire : "c'est fini". »

6. Pour ce test, il s'agit de consignes comme « Quand je cogne doucement sur la table avec le poing, tu frappes doucement sur la table avec la paume de la main. Mais si je frappe doucement avec la paume, tu cognes doucement avec le poing. Laisse ton autre main posée sur la table. ». « Maintenant on va faire quelque chose d'un peu plus difficile. Quand je cogne, tu poses ton poing verticalement sur la table et quand je pose verticalement mon poing sur la table, tu cognes. Mais quand je frappe avec la paume de la main, ne fais rien. Laisse ton autre main posée sur la table ».

2. Pour évaluer le **langage**, on regarde la répétition des pseudo-mots, la compréhension des instructions, l'accomplissement d'une tâche de dénomination, la fluidité verbale⁷ et la production d'une séquence rythmique orale. Parmi les tests, on retiendra la dénomination des parties du corps, les processus phonologiques, la dénomination rapide, la compréhension de consignes.
3. Les **fonctions sensori-motrices** sont les fonctions médiatrices qui permettent l'accès aux connaissances et à la résolution de problèmes. Pour les évaluer, on regarde la capacité à traiter une information tactile de base, la capacité à imiter la position des mains, la production de séquences répétitives de mouvements et la capacité à utiliser un crayon avec précision. Les tests sont la distinction de doigts, l'imitation de positions de mains, la précision visuo-motrice⁸, le Tapping⁹ (la dextérité digitale et la rapidité avec laquelle des mouvements sont produits), les séquences motrices manuelles (l'aptitude à imiter une séquence de mouvements réalisées avec une seule main ou les deux).
4. Le **traitement visuo-spatial** consiste en la capacité à comprendre les relations entre les objets dans l'espace et à copier un modèle. Pour l'évaluer, on regarde la capacité à juger l'orientation d'une ligne, la capacité à copier une figure géométrique en 2D ou en 3D, la capacité à utiliser une carte simplifiée pour localiser une cible sur une carte plus complexe. Les tests sont la copie de figures, les flèches (l'orientation spatiale), les cubes, l'orientation (reconnaître un itinéraire).
5. Les tests sur la **mémoire** s'attarderont sur les capacités de mémoire immédiate de phrases, de mémoire narrative en rappel libre et indicé, de mémoire immédiate et différée de visages, de prénoms et de listes de mots. On retrouvera la mémoire des visages, des prénoms et la mémoire narrative (rappel libre d'une histoire).

7. L'enfant dispose d'un temps limité (1 minute) pour fournir le plus de noms d'animaux ou de choses à manger ou à boire (fluence sémantique) et le plus de mots commençant par le phonème «S» ou «M».

8. « Tu vois ce parcours, trace un trait dessus sans toucher les bords et sans faire tourner la feuille. Maintenant voyons à quelle vitesse tu peux le faire sans toucher les bords. »

9. « Regarde mes doigts (faire un cercle avec le pouce et l'index, puis ouvrir le cercle d'environ 2,5 cm et le fermer. Répéter ce geste 2 ou 3 fois). Maintenant essaie et voyons à quelle vitesse tu peux le faire. Pose ton autre main sur la table. Tu es prêt ? Vas-y ! ». Ensuite, « Regarde mes doigts (joindre l'index puis le majeur puis l'annulaire puis l'auriculaire avec le bout de votre pouce de telle façon que les doigts forment à chaque fois un cercle). Voyons à quelle vitesse tu peux faire comme ça. Tu es prêt ? Vas-y ! »

e) *Continuous Performance Test (CPT-II) de Conners (2002)*

Ce test évalue le temps de réaction à un stimulus cible. Ce test de performance continue demande un maintien de l'attention supérieur à 10 minutes. Il s'agit d'une épreuve de type Go-No Go qui permet d'évaluer à la fois les capacités de maintien de l'attention mais aussi l'impulsivité et les capacités d'inhibition (Conners, 2002).

Les enfants TDAH ont beaucoup de difficultés à réaliser des tâches de type « go-no go » dans lesquelles on les oblige à répondre (Go) ou à s'abstenir de répondre (No Go) dans certaines conditions. L'enfant effectue d'abord l'apprentissage d'un premier pattern de réponses motrices, puis il doit apprendre une nouvelle association et inhiber la première. L'analyse des résultats met généralement en évidence des difficultés à contrôler leur réponse dans la condition « No Go ». Sur le plan des symptômes, cette difficulté d'inhibition pourrait être mise en relation avec leur impulsivité qui s'exprime par des difficultés générales à réprimer leurs comportements (réponse trop rapide, difficultés à différer, etc.).

Parallèlement à l'évaluation à l'aide de ces batteries, l'administration de certaines épreuves dites « papier-crayon » garde tout son intérêt. Certains sous-tests issus des batteries d'intelligence générale (WISC-IV) peuvent aussi être analysés afin de compléter l'évaluation attentionnelle.

TABLEAU 14
Exemples d'épreuves
évaluant le fonctionnement attentionnel chez l'enfant

Tâches	Description	Batterie
<i>Attention soutenue</i>	La danse des fantômes	KITAP
	La transmission de code et les coups de fusil	TEA-CH
<i>Attention divisée</i>	Les hiboux	KITAP
	Faire deux choses à la fois	TEA-CH
<i>Attention sélective</i>	Attention auditive et réponse associée	NEPSY
	La recherche dans le ciel et la carte géographique	TEA-CH

<i>Vigilance</i>	Le miroir	KITAP
<i>Inhibition</i>	Cogner et frapper et la statue	NEPSY
	La chauve-souris	KITAP
	Marche - Arrête	TEA-CH
	Le test de Stroop ¹⁰	Stroop
	Continuous Performance Test	Conners
<i>Flexibilité</i>	La maison des dragons	KITAP
	Le Trail Making Test ¹¹	Reitan
	Les petits hommes verts et les mondes contraires	TEA-CH
<i>Planification</i>	Fluidité verbale	NEPSY

E. L'échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants (WISC-IV)

Un enfant TDAH présente des capacités intellectuelles normales (Lecendreux, 2003). Selon l'étude de groupes cliniques du WISC-IV (ECPA, 2005), le quotient intellectuel moyen d'un enfant TDAH serait de 97.6 alors que le groupe contrôle présente un quotient intellectuel total (QIT) de 102.7. La différence entre les deux groupes n'est que de faible ampleur. Néanmoins, l'apport des tests d'intelligence permet de mieux cerner les difficultés de l'enfant.

Le WISC-IV est un instrument clinique d'administration individuelle pour l'évaluation de l'intelligence des enfants de six à seize ans et onze mois. Il permet d'évaluer le fonctionnement intellectuel global (QIT) mais quatre autres indices sont aussi calculés : l'Indice de Compréhension Verbale (ICV) (aptitudes verbales), l'Indice de Raisonnement Perceptif (IRP) (raisonnement perceptif et l'organisation), l'Indice de Mémoire de Travail (IMT) qui regroupe des sous-tests évaluant l'attention, la concentration et la mémoire de

10. Dans cette épreuve, l'enfant est invité à dénommer le plus rapidement possible la couleur d'impression de noms de couleurs, les noms de couleurs écrits ne correspondant pas à la couleur dans laquelle ils sont imprimés (par exemple vert écrit en bleu).

11. L'enfant doit relier en alternance une lettre et un chiffre (1-A, 2-B, etc.).

travail. Et finalement, des épreuves testant la vitesse de traitement au niveau intellectuel et psychomoteur composent l'Indice de Vitesse de Traitement (IVT). Certaines échelles du test d'intelligence de Wechsler peuvent donc nous fournir un bon indicateur de l'attention soutenue et de la mémoire de travail. En effet, les études de groupes cliniques du WISC-IV (ECPA, 2005) permettent d'observer des différences significatives pour l'Indice de Vitesse de Traitement (IVT) entre des enfants d'un groupe contrôle et des enfants TDAH. Au niveau des sous-tests, seuls le Code et l'Arithmétique (sous-test supplémentaire) présentent des différences significatives. Cela confirme que les enfants TDAH présentent de moins bons résultats en vitesse de traitement et en mémoire de travail mais qu'ils obtiennent un quotient intellectuel total dans la normale (Braswell et Bloomquist, 1991).

Les sous-tests évaluant la vitesse de traitement sont le Code (l'enfant doit apprendre un code qui associe un chiffre à un symbole. Ensuite, en un temps limité, il doit reproduire le dessin correspondant au chiffre), les Symboles (dans un temps limité, l'enfant doit visualiser la présence ou non d'un des deux symboles dans une série de cinq symboles) et le Barrage (l'enfant doit barrer rapidement certains éléments à l'exclusion des autres).

Les sous-tests évaluant la mémoire de travail sont la Mémoire des chiffres (en ordre direct et en ordre inverse) et la Séquence Lettres-Chiffres (l'enfant doit être capable de manipuler mentalement une liste de lettres et de chiffres afin d'en restituer deux listes composées des chiffres en ordre croissant et des lettres par ordre alphabétique). Ces sous-tests nous donnent de précieuses informations sur la vitesse de traitement de l'information, sur la mémoire auditive et sur l'attention (Crowe, 2000).

L'arithmétique¹² est une épreuve supplémentaire du WISC-IV où l'enfant doit répondre oralement à une série d'exercices mathématiques en un temps limité.

12. Différents exemples : Un commerçant avait 25 bouteilles d'eau et en a vendu 5. Combien lui en reste-t-il ? ; Dans une usine on fabrique 4 voitures par jour. Combien de jours faudra-t-il pour fabriquer 36 voitures ? ; Marie a deux fois plus d'argent que Carole. Marie a 17 francs. Combien a Carole ?

F. Conclusion

Afin d'obtenir une évaluation complète, le thérapeute devrait disposer des tests décrits dans le tableau suivant.

TABLEAU 15
Tests intéressants pour l'évaluation d'un enfant TDAH

Noms	Âge	Descriptif	Passation
Échelles de Conners (parents et enseignants)	7 à 18 ans	Évaluation de la sévérité du trouble Évaluation du traitement	Durée de 5 à 20 minutes suivant la version. Cotation rapide. Résultats significatifs si score supérieur à 15.
CBCL	4 à 18 ans	Hétéro-évaluation des activités et des conduites des enfants et adolescents. Aide au diagnostic différentiel des troubles du comportement.	Durée de 30 minutes.
NEPSY	3 à 12 ans	Bilan neuropsychologique d'enfants ayant des difficultés d'apprentissage et des déficits attentionnels. Repérage des forces et analyse des déficits des enfants dans cinq domaines (les fonctions exécutives, le langage, les fonctions sensori-motrices, le traitement visuo-spatial et la mémoire).	Durée de 2 heures pour la batterie complète. Durée d'1 heure pour les sous-tests de base.

TEA-Ch	6 à 12 ans 11 mois	Testing des capacités attentionnelles de l'enfant Évaluation de l'attention soutenue, l'attention sélective et le contrôle attentionnel.	Durée de 15 à 45 minutes Correction de 5 à 10 minutes.
KITAP	6 à 10 ans	Testing des capacités attentionnelles de l'enfant Évaluation de l'alerte phasique, l'attention divisée, l'attention soutenue, le balayage visuel, la distractibilité, la flexibilité, le paradigme Go/no-go et la vigilance.	Durée de 45 minutes
WISC IV	6 à 16 ans	Évaluation de l'intelligence. Établir des données de base sur le fonctionnement cognitif. Éliminer une éventuelle déficience intellectuelle. Mise en évidence une discordance entre les capacités verbales et non verbales.	Durée de 1 heure à 1 heure 30 selon l'âge et les capacités de l'enfant
K-SADS-PL	6 à 18 ans	Évaluation de tous les troubles (actuels et passés) chez l'enfant et l'adolescent, d'après les critères diagnostiques du DSM. Entretien semi-structuré (parents et enfant).	Durée d'1 heure 30

RÉSUMÉ

1. Il existe de nombreux outils construits dans les pays anglo-saxons mais très peu ont été validés en langue française (Bouvard et Cottraux, 2002).
2. Un important travail de traduction et de validation reste donc à réaliser.

