

## Évaluation du trouble déficit de l'attention / hyperactivité

**Par le docteur Claude Jolicoeur, pédopsychiatre  
Montréal – 1994-2000**

### 1. CLINIQUE

### 2. QUESTIONNAIRE PRÉLIMINAIRE DES PARENTS

### 3. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ

(Trouble déficit de l'attention/hyperactivité : Tda/h.)

La quatrième version du DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (*manuel diagnostique et statistique des désordres mentaux*) (Dsm IV) chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte provient de l'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (Apa). La dernière en date, le Dsm IV est publié en 1994 avec une version révisée, le Dsm IV R ou Dsm IV Tr, en juillet 2000.

*In anticipation of the fact that the next major revision of the DSM (i.e., DSM-V) will not appear until 2010 or later (i.e., at least 16 years after DSM-IV), a text revision of the DSM-IV called DSM-IV-TR was published in July 2000. The primary goal of the DSM-IV-TR was to maintain the currency of the DSM-IV text, which reflected the empirical literature up to 1992. Thus, most of the major changes in DSM-IV-TR were confined to the descriptive text. Changes were made to a handful of criteria sets in order to correct errors identified in DSM-IV. In addition, some of the diagnostic codes were changed to reflect updates to the ICD-9-CM coding system adopted by the US Government. (Source : Psycho-web).*

Cette classification Dsm se renouvelle tous les 10 ans environ, depuis les années 1950, et se distingue de celle de l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (Oms) la dixième version de la CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (Cim 10) (OU INTERNATIONAL CLASSIFICATION DISEASES – Icd 10), jugée trop subjective et interprétative, par l'Apa. Effectivement, la Cim 10 infère davantage les psychopathologies, à partir d'un mo-

dèle conceptuel, alors que le Dsm se limite à la description des symptômes, sans autre exigence que la base des recherches statistiques. Malgré des rapprochements progressifs et substantiels, la philosophie du diagnostic diffère et nourrit les animosités d'écoles de pensée, en particulier les approches psychanalytico-psychiatriques (intuitivo-déductives) et neuro-cognitivo-psychiatriques (objectifo-factuelles). Une autre différence notable puisque la Cim ne permet qu'un seul diagnostic principal, dit « axe 1 » où, par exemple, le trouble d'opposition disqualifie d'emblée un TDA/H, au même niveau, quand les deux conditions portant coexistent et se nourrissent.

Toutefois, même aux États-Unis, la Cim 10 est la classification reconnue au niveau de l'administration gouvernementale, THE NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (Nchs), pour codifier les mortalités, comme au Québec, pour la facturation médicale, la collecte gouvernementale, alors que parallèlement le Dsm de l'Apa fait référence au niveau clinique et recherche. D'où l'on peut déduire de la confusion et du manque de fiabilité des statistiques qui en résulteront.

Mais l'histoire de la psychiatrie provient autant de la spéculation philosophique que de l'observation et les classifications encore en témoignent. Si l'Inconscient existait, il serait logique de parler « névrose » qui se définit comme un conflit pulsionnel, hors du champ d'observation. Sinon, il faut se contenter d'observer le symptôme dans son apparition, sa fréquence, sa morbidité.

#### 4. Trouble déficit de l'attention/hyperactivité, selon le Dsm IV

Au moins six de ces symptômes, sur l'inattention, l'hyperactivité ou l'impulsivité se produisent avant l'âge de 7 ans et persistent sur une durée minimale de 6 mois, à un degré qui correspond mal au développement de l'enfant:

##### 1. l'inattention

L'enfant...

a. 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 ;

b. a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux ;

c. semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement ;

d. souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (sans égard au comportement d'opposition ni l'incapacité de comprendre les consignes) ;

e. a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités ;

f. 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) ;

g. perd souvent les objets nécessaires à son travail ou ses activités (par exemple: jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils) ;

h. souvent se laisse facilement distraire par des *stimuli* externes ;

i. a des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

##### 2. l'hyperactivité

L'enfant...

a. remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège ;

b. se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il doit rester assis ;

c. souvent court ou grimpe partout, dans des situations peu adéquates (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice) ;

d. a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir

e. et souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » ;

f. parle souvent trop.

##### 3. l'impulsivité

L'enfant...

g. laisse souvent échapper la réponse à une question non-complète

h. a souvent du mal à attendre son tour

i. interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par exemple: fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

#### Notes

1. Ne prendre le critère en considération qu'en raison de sa fréquence et intensité, en regard des enfants du même âge mental.

2. Les critères se classent par ordre décroissant d'importance, selon les données recueillies dans le cadre d'essais menés dans l'ensemble des États-Unis sur les critères du DSM III-R relatifs aux troubles du comportement.

3. Ces critères de comportement doivent s'observer à la fois dans le milieu familial et scolaire. (Ce critère

reste aléatoire : un enfant introverti ou timide pourra exprimer davantage, sinon exclusivement son Tda/h en milieu familial ; un autre se stimule surtout avec les pairs du groupe ou en situation de contraintes. CJ)

Source : *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, 1993, American Psychiatric Association.

#### Commentaires

Ces critères qui permettent un début de rationalisation dans le domaine du Tda/h doivent servir à l'appréciation générale, sans toutefois devenir des règles rigides. L'intensité d'un seul symptôme peut en valoir plusieurs. Cette version, qui date de 1993, devrait subir des modifications dans les prochaines années.

L'attention et la concentration peuvent se concevoir dans le temps et l'espace, l'un agissant en surface et l'autre en profondeur. Plus l'attention s'étend en surface (ou devient périphérique), moins la concentration s'intensifie en profondeur. Et plus la concentration est profonde, moins l'attention peut s'étendre en

surface, l'idéal étant que l'un et l'autre puissent varier en fonction des besoins (internes) et des événements (externes). Quantité et qualité auraient toujours un rapport d'inversion.

Ce qui reste le plus constant dans le Tda/h, davantage que l'agitation, l'impulsivité ou le manque d'attention, c'est la difficulté d'organisation dans le temps, au niveau des tâches de routine et non de loisir, la tendance à vivre le moment présent, sans souci du lendemain.

Mais là encore, tout peut varier : pour le type anxieux, il y a surtout propension à hyperfocaliser l'a-

venir ou le passé, s'empêchant de vérifier dans le présent, en hypofocale, comme dans l'anxiété de séparation. Le tempérament compte dans la manifestation des symptômes.

Plus l'enfant grandit, plus l'agitation diminue, sans pour autant que l'impulsivité ou l'inattention suivent

le même cours. L'opposition fait partie intégrante du syndrome.

Pour toutes ces raisons, le diagnostic doit s'établir par l'histoire clinique (l'anamnèse) et le jugement d'un professionnel d'expérience sur le sujet.

## 5. LES DIVERSES ÉCHELLES : CONNERS PARENTS, CONNERS PROFESSEUR(E)S

Il s'agit d'une compilation purement anecdotique, comme plusieurs autres du même type, genre du *Paul, Gadow*, ou même *Jolicoeur*, etc, provenant de l'observation courante en situations de vie, à la maison, l'école, le groupe. Plusieurs items sont répétitifs à volonté, et cherchent à identifier l'opposition, l'anxiété, l'attention, l'hyperactivité, l'estime de soi, qui sont les principales composantes du déficit attentionnel.

Le diagnostic ne peut se construire uniquement sur des anecdotes de comportement, mais exige un jugement clinique global, car un seul élément peut équivaloir à plusieurs autres en intensité pure, et seule l'expérience de l'intervenant pourra en déterminer l'importance.

On se rend bien compte, maintenant, par des études plus approfondies, que le déficit attentionnel serait nettement sous-évalué, chez la fille, par exemple, comme le garçon intériorisé.

Dans un article bien fourni du *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42:9, September, 2003, « Ten-Year Review of Rating Scales, Scales. V: Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder », BRENT, R. COLLETTT, PH.D. ET ASSOCIÉS, une conclusion étonne :

*Regardless of what normative group is chosen, it is important to note that the majority of ADHD scales were based on DSM-IV criteria that were primarily developed with males. It is unclear whether items that were developed with males to tap the construct of ADHD are*

*applicable for females; some investigators have proposed that others descriptions might better tap this construct in females (Ohan and Johnson, 1999, Quinn and Nadeau, 2002), For now, potential users should be sensitive to gender issues in using DSM-IV based scales with girls.*

C'est une façon polie d'indiquer qu'il faut recommencer l'identification des critères d'évaluation, du Dsm IV aux grilles de cotation, fondés sur ce dernier. Au niveau clinique, c'est une vérité courante que la fille (ou le garçon intériorisé) ne cote presque pas au Dsm IV ou les diverses échelles, comme le Connors. On s'éloigne de plus en plus de la notion d'hyperkinésie primaire.

Pour les *tests de Connors*, il ne faut pas hésiter à consulter le site <http://www.mhs.com>, où l'on retrouve les versions originales et les traductions officielles. Le manuel d'instructions donne les principaux paramètres, dont les échelles de standardisation, absolument essentielles, qui relativisent toutes les données en fonction de l'âge, du sexe.

Sans ces standards, les données initiales peuvent servir à la sensibilisation générale au plus, mais ne signifient rien de concret, car elles ne se corrélaient pas à l'ensemble des autres enfants. L'informatisation rendra la tâche plus facile. Tout achat exige toutefois un titre professionnel.

## 6. LES TESTS PROJECTIFS À INTERPRÉTATION INDIVIDUELLE

Ce genre d'évaluation demeure très aléatoire, puisqu'elle se base sur une projection subjective à la fois du patient et ensuite du professionnel. Toute standardisation subséquente ne pourra jamais éliminer l'*a priori* originel, fondé sur la thèse spécifique de son auteur (la résilience, la dépression ou la carence infantile primaire), généralement en dehors des situations cliniques de consultation, où l'immaturation tempéramentale, comme le déficit attentionnel, l'impulsivité, la fabulation, tient une plus grande place que dans une population estudiantine courante.

Dans le *Rorschach*, par exemple, l'on dispose d'une dizaine de plaques « tache d'encre », d'allure bizarre, qui pourraient favoriser, en principe, la manifestation de la dynamique émotionnelle, de la dépression à la schizophrénie. La théorie date de la période freudienne des années 1920 où l'on postulait un noyau inconscient névrotique ou psychotique, à la base de la maladie mentale, dont le refoulement (sinon le morcellement) constitue la principale pierre d'assise.

Dans le Tda/h, par contre, il s'agit davantage d'une dimension maturationnelle et cognitive, où le manque d'inhibition et l'impulsivité jouent un très

grand rôle. Un test projectif peut devenir une calamité (pour les parents, en particulier), comme il arrive encore souvent, si l'on interprète de façon névrotique (c'est-à-dire de l'inconscient), ce qui se passe davantage au niveau de l'impulsion et du manque de contrôle.

Voir des monstres sadiques dans une tache multiforme d'encre noire n'a rien de bien significatif pour l'enfant Tda/h, puisqu'il dit tout ce qu'il pense dans le moment présent et l'oublie l'instant d'après, car il fonctionne au niveau de la pensée magique, concrète et ludique. Même un dessin Tda/h reste peu révélateur, sinon des habiletés motrices et organisationnelles. Comme de dire que l'enfant voit un monstre dans son père, dans un dessin ou une tache d'encre, alors que ce même enfant fabule, change rapidement d'idées et n'a aucune conscience des conséquences de ses paroles à long terme.

## 8. LES TESTS OBJECTIFS À VALIDATION INDIVIDUELLE

Il est courant d'utiliser des évaluations de nature objective, pour l'enfance (WESCHLER PRE PRIMARY SCALE OF INTELLIGENCE – Wppsi ou WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN – Wisc) ou l'adulte (WESCHLER ADULT INTELLIGENCE SCALE – Wais), pour une meilleure compréhension du Tda/h, même s'il s'agit d'un syndrome à multiples variables. Les nouvelles versions Wisc 2002 incorporent davantage l'évaluation des fonctions exécutives.

Les spécialistes du *Rorschach* argumentent de la standardisation méticuleuse et mille fois vérifiée par des experts. C'est à sa base même que l'affaire trébuche, car elle s'appuie sur la théorie de l'inconscient, le propre de la psychanalyse, qui ne peut avoir d'applications dans le domaine du neurodéveloppement. L'idée de l'inconscient s'appuie sur une abstraction mentale toute hypothétique, mais non pas sur l'existence de la maturation neuronale du cerveau.

Le pire, c'est l'utilisation des tests projectifs, accompagnés d'interprétations plus ou moins d'inspiration analytique, dans des expertises légales qui déterminent le choix de l'enfant vers un parent tuteur ou un centre d'accueil.

La motivation du Tda/h demeure très fluctuante, en dehors des zones d'intérêt, surtout dans les matières verbales et abstraites. Le plus souvent, les habiletés non-verbales l'emporteront d'emblée sur l'activité verbale, avec des écarts toujours surprenants.

Il peut falloir d'une à trois heures (au lieu de 60 à 90 minutes), pour administrer correctement un Wisc, à un enfant Tda/h, en fonction de sa condition imprévisible et changeante. La version Wisc abrégée pourra durer la moitié de ce temps.