

L'hyperactivité de l'enfant et le TDAH (trouble déficit d'attention hyperactivité), est-ce la même chose ?

On parle d'enfants hyperactifs dans le langage commun.

Cependant les classifications françaises et internationales en vigueur en psychiatrie de l'enfant ne reconnaissent pas cette dénomination d'hyperactivité. Le terme médical est celui de Trouble Déficit d'Attention Hyperactivité (TDAH).

Il ne s'agit pas seulement d'une nuance technique : dans le terme de « TDAH », l'accent est mis sur le déficit d'attention qui est central dans le trouble. Les symptômes d'hyperactivité sont facultatifs : on peut avoir un TDAH sans présenter d'hyperactivité. La distinction entre l'hyperactivité telle qu'employée dans le langage commun et le TDAH est donc essentielle.

Dans les représentations collectives, le terme d'enfant hyperactif renvoie à l'image d'un enfant incapable de se canaliser, très agité voire incontrôlable. Or la réalité clinique est bien différente : les enfants atteints d'un TDAH ne présentent pas toujours une instabilité motrice et sont essentiellement gênés par leur difficulté à maintenir leur attention de façon prolongée.

L'hyperactivité de l'enfant fait peur dans notre société : la crainte d'être débordé par un enfant est très forte, encore plus en collectivité qu'au sein de la famille, et pousse à l'isolement. La dénomination d'hyperactivité nuit généralement à l'image sociale de l'enfant et de sa famille, et peut parfois même avoir tendance à retarder la démarche diagnostique vers les services spécialisés.

Il est ainsi devenu consensuel depuis la quatrième édition du DSM de 1994 d'employer le sigle de TDAH, mouvement qui est également promu par les associations de familles. Toutefois le terme d'hyperactivité reste le plus employé dans la société.

Le sigle « TDAH : Trouble Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité » est d'usage récent : il s'agit en fait de la traduction de l'anglais ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) apparu officiellement dans la quatrième édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) de 1994.

Pourtant les enfants qui présentent les symptômes de TDAH sont décrits dans la littérature médicale depuis le XIX^e siècle : la description et la terminologie ont évolué avec une meilleure compréhension du trouble au niveau neuropsychologique : l'accent est maintenant mis sur la composante attentionnelle, au détriment de l'hyperactivité motrice qui ne constitue plus le fondement du diagnostic.

Historiquement c'est Hoffmann en Allemagne (1845) et Bourneville en France (1897) qui ont décrit les premiers cas d'instabilité psychomotrice. Ces travaux se sont ensuite enrichis des travaux de Wallon qui décrit le « Syndrome d'instabilité de l'enfant » et d'« enfant turbulent » en 1925.

À l'issue de la deuxième guerre mondiale, le courant psychanalytique et psychodynamique se développe en France où l'approche est plutôt affective : il est question de « troubles affectivo-caractériels ».

En revanche aux États-Unis l'approche est plutôt neurologique : les enfants remuants sont regroupés d'un point de vue symptomatique avec les enfants ayant présenté des troubles d'origine neurologique comme les encéphalites, et il est question de lésions cérébrales minimales (Minimal Brain Damage).

Finalement ce concept va être abandonné face à l'absence d'arguments d'ordre neuro-anatomiques, et la catégorie de « réaction hyperkinétique de l'enfance » va éclore avec le DSM II de 1968. Avec le DSM III en 1980 la dimension attentionnelle du trouble est mise en avant, et la version actuelle du DSM-V de 2013 apporte un nouvel éclairage en inscrivant le TDAH dans les « troubles du neurodéveloppement » (au même titre que l'autisme, ou les troubles des apprentissages par exemple).

Le TDAH est un des troubles les plus fréquents en psychiatrie de l'enfant : il concerne 3 % à 5 % des enfants d'âge scolaire. Si l'on considère que les classes scolaires regroupent une trentaine d'enfants, il faut donc se représenter qu'un à deux enfants présentent un TDAH dans chaque classe.

Il ne s'agit donc pas « d'une maladie rare » : chaque enfant est amené à côtoyer des camarades de classe avec TDAH ; de même chaque parent connaît dans son entourage personnel et/ou professionnel des parents d'enfants avec TDAH.

Les chiffres peuvent varier selon les classifications et certaines données parlent même de 10 % d'enfants avec un TDAH ! Il convient d'être prudent sur les critères retenus et de ne pas regrouper sous ce diagnostic à des enfants ayant simplement des symptômes (instabilité motrice, inattention) sans gêne véritable : l'objectif n'est pas de mettre les enfants dans des catégories comme cela est parfois reproché aux pédopsychiatres, mais bien de repérer et prendre en charge les enfants ayant une réelle souffrance.

Parmi les 3 % à 5 % d'enfants ayant un TDAH, seulement 10 % d'entre eux reçoivent un traitement médicamenteux spécifique soit 0,4 % de la population totale (pour les données de la sécurité sociale communiquées en 2013). Ce pourcentage d'enfants recevant un traitement a fortement augmenté ces dernières années mais reste bien en dessous des moyennes européennes et nord-américaines. Il n'y a pas en France de surmédicalisation du trouble, même si cette augmentation de prescription a été très médiatisée.

Il est probable que le taux d'enfants bénéficiant d'un traitement médicamenteux pour le TDAH augmente encore les prochaines années et se rapproche des normes occidentales : le trouble est mieux connu ce qui conduit à un meilleur diagnostic et à une prise en charge plus ciblée.

« Il parle de quoi ce livre ? Encore ces enfants hyperactifs ?... On ne parle que de ça ! Avant cela n'existait pas et maintenant on en voit partout ! Ce ne sont pas plutôt les parents qui ne savent plus les élever, maintenant on les prend pour des rois, ils ont tout, tout de suite, ils ne savent plus attendre... »

« Le TDAH, maintenant ils ont même créé un sigle, comme les Américains, comme ça, ils prennent tous des médicaments, les parents ont la paix et peuvent faire leur vie tranquillement sans s'en occuper parce que c'est bien ça le problème au fond ? »

Le TDAH a donc mauvaise réputation et la plupart du temps l'évocation même du trouble agace. Au fond les seules personnes intéressées sont celles qui connaissent les enfants ou les familles aux prises avec ce problème et qui perçoivent que leur situation ne correspond pas aux clichés. Il faut souvent être dans une proximité suffisante pour être sensibilisé, car sinon les représentations que l'on a sont surtout dans le jugement : le comportement des enfants est un domaine sur lequel se fondent toutes les projections : enfant poli, enfant anxieux, enfant désinhibé... Nous imaginons trop souvent les enfants comme des cires que l'éducation parentale modèle et façonne...

La mauvaise réputation du TDAH réside aussi dans le fait qu'il est associé symboliquement à son traitement médicamenteux, la Ritaline, sur laquelle on entend tout : pilule qui rend sage, drogue, on imagine les parents supplier les médecins de leur faire la prescription qui soulage ! Alors que dans la réalité cette décision est tellement douloureuse pour les familles.

L'expérience de la consultation spécialisée montre à quel point les idées reçues sont délétères pour les familles et culpabilisantes, comme tous les bons conseils de ceux qui élèvent des enfants sans problème !

DÉFINITION DU TROUBLE

Le TDAH se définit par « une triade symptomatique », c'est-à-dire qu'il existe trois grands groupes de symptômes qui constituent le trouble : l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité.

L'inattention est au cœur du trouble et en détermine la base neuropsychologie : elle se traduit par la difficulté de l'enfant ou de l'adolescent à rester posé sur une tâche, à engager et maintenir un effort cognitif. Elle peut être variable en fonction des circonstances : ainsi certains enfants peuvent rester très concentrés sur des activités qui leur plaisent, et souffrir de leur TDAH seulement lors d'activités plus coûteuses pour eux (en particulier le travail scolaire).

L'impulsivité se définit par un défaut de contrôle et une difficulté à retarder une réponse : elle peut être motrice en particulier chez le jeune enfant comme par exemple le fait d'arracher un objet des mains d'un autre enfant, de prendre des affaires sans demander de permission, de répliquer par la violence physique ; elle est plus souvent cognitive : couper la parole, parler sans lever le doigt ou encore faire des exercices sans avoir pris le temps de lire l'énoncé...

L'hyperactivité est facultative et se manifeste par une forme d'instabilité motrice avec un mouvement permanent qui peut être léger (se tortiller les mains) ou plus important (courir, sauter) ainsi qu'une difficulté à réguler le degré d'un mouvement (réaliser des gestes amples, prendre des risques physiques, parler fort...).

Selon les enfants ces ensembles de symptômes seront plus ou moins présents ce qui amène à des présentations cliniques très différentes pour un même trouble.

Nous proposons de détailler plus amplement ces différents symptômes à partir des classifications internationales du DSM IV et DSM V (2013).

Pour les classifications internationales (DSM V) un enfant présente les critères d'inattention s'il présente de façon durable (supérieure à six mois) au moins six symptômes parmi les neuf suivants.

À noter qu'il faut adapter les exigences par rapport au développement de l'enfant et considérer qu'il existe un décalage manifeste avec ce qui serait attendu pour son âge. Il doit également exister une gêne pour l'enfant ou pour la famille liée à l'existence de ces critères.

- 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, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (non 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 les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (jouets, cahiers, crayons, livres, outils).
- Se laisse facilement distraire par des stimuli externes.
- A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.