

MAËVA ROULIN
SÉBASTIEN HENRARD

Tests et

diagnostics

ÉVALUER LE TDAH

CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

DIVA, K-SADS,
BASC-3, BRIEF,
Brown, analyses
fonctionnelles...

- Tous les outils d'évaluation probants
- Diagnostic différentiel
- Pistes de prise en charge adaptée

Avant-propos de **Hervé Caci**

Préface de **Stephen V. Faraone**

Postface de **Nader Perroud**

+ EN LIGNE



Check-lists et conseils
Synthèse des outils
Questionnaires

deboeck **B**
SUPÉRIEUR

**MAËVA ROULIN
SÉBASTIEN HENRARD**

Tests et
diagnostics

ÉVALUER LE TDAH

CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

**DIVA, K-SADS,
BASC-3, BRIEF,
Brown, analyses
fonctionnelles...**

© De Boeck supérieur, s.a., 2023
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale, Paris : octobre 2023

Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles : 2023/13647/153

ISBN : 978-2-8073-5828-7

Sommaire

Remerciements	7
Compléments numériques	9
Le mot du directeur de collection	11
Avant-propos	13
Préface	15
Introduction	19

PARTIE I : ASPECTS THÉORIQUES

Chapitre 1. Le TDAH d'hier à aujourd'hui	23
1. Il y a 250 ans... ..	23
2. Le TDAH aujourd'hui : un diagnostic catégoriel avant tout	25
3. Résumé	36
Chapitre 2. Épidémiologie du TDAH	37
1. Prévalence	37
2. Facteurs de risque	38
3. Particularités cérébrales associées au TDAH	43
4. Résumé	44
Chapitre 3. Modèles cognitifs du TDAH	45
1. Barkley : modèle de déficit d'inhibition comportementale	45
2. Brown : modèle du déficit des fonctions exécutives	46
3. Sonuga-Barke : modèle du contrôle inhibiteur et modèle de l'aversion au délai	46
4. Résumé	48

PARTIE II : DÉMARCHE POUR LE DIAGNOSTIC CATÉGORIEL DU TDAH CHEZ L'ENFANT

Chapitre 4. Raisonnement clinique	53
1. Raisonnement clinique	53
2. Biais cognitifs	53
3. Impacts des biais cognitifs sur le raisonnement clinique	55
4. Stratégies de réduction des erreurs de raisonnement en clinique appliquée au TDAH	56
5. Résumé	63
Chapitre 5. Évaluation de dépistage	65
1. Pourquoi un dépistage?	65
2. Questionnaire d'anamnèse	66
3. Entretien clinique de dépistage	67
4. Qualités métrologiques	70
5. Questionnaires de dépistage	75
6. Résumé	79
Chapitre 6. Particularité de l'évaluation selon les situations cliniques	81
1. Spécificités de l'évaluation selon l'âge et le sexe	81
2. Situations cliniques particulières	91
3. Résumé	97

PARTIE III : DE L'ÉVALUATION AUX SOINS

Chapitre 7. Démarche diagnostique	101
1. Méthodologie basée sur la logique clinique et s'appuyant sur l'approche catégorielle	102
2. Évaluation du retentissement et de l'intensité	115
3. Évaluation des symptômes	134
4. Évaluation des comorbidités et diagnostic différentiel	146
5. Résumé	187
Chapitre 8. Évaluation des processus	191
1. Approche transdiagnostique et processus psychologiques : définitions ...	192
2. Quels sont les processus dysfonctionnels sous-jacents au TDAH?	194
3. Traitement sensoriel : un phénomène transdiagnostique?	201
4. Outils pour l'évaluation des processus	207
5. Résumé	231

Chapitre 9. Interprétation et communication des résultats	235
1. Interprétation de l'évaluation catégorielle	235
2. Illustrations	237
3. Interprétation de l'évaluation des processus	247
4. Illustrations	249
5. Communiquer les résultats	252
6. Résumé	253
Chapitre 10. Prise en charge médicale et psychologique	255
1. Lignes directrices pour aider les enfants souffrant d'un TDAH	255
2. Psychoéducation	257
3. Traitement médicamenteux	258
4. Traitements psychologiques	261
5. Programmes d'entraînement aux habiletés parentales	264
6. Résumé	267
Conclusion : Au-delà du TDAH	271
Postface	275
Liste des acronymes	277
Bibliographie	279
Table des matières	307

Remerciements

Maëva Roulin et Sébastien Hernard apprécient sincèrement les contributions et les interactions de la communauté sur les réseaux sociaux concernant ce qu'il serait intéressant d'inclure dans le livre. Les suggestions et idées sont extrêmement précieuses à nos yeux et nous aident à enrichir le contenu du livre. Ils sont reconnaissants à leurs contributeurs de pouvoir compter sur leur engagement et leur soutien dans ce processus d'écriture. Merci infiniment pour votre participation active : Émilie B, Ketty, Cécile, Miriane, Kikou, Christine, Cédric Alan Chériot, Lucy Dlc, Valentina Vivallo Pérez, Claire BF, Marie Tisserand, Lisa Mignot, Val Coz, Marie-Ange Demarquet, Layo Lbc, Florence Crepin, Sebastien Serlet, Association Bicycle, Boris Juguin, Amélie Plo, Katrine Hladiuk, Anne Ldn, Guegan Audrey, Charlie'Lol Chaz, Marie Bongard, Céline MICHEL, Joel Roukia, Marianne Tad, Mélodie.

Un merci particulier à Laurent, Mélanie Jean-Naudin, Mélanie, Géraldine et le D^r Louise Carton pour leurs contributions et leur engagement pour nous assister sur des aspects très spécifiques. Leurs idées, leurs avis et leur expertise ont été d'une grande valeur et ont contribué à améliorer la qualité du livre.

Sébastien Henrard remercie particulièrement le D^r Hervé Caci pour son engagement dans la cause du TDAH, mais également pour son soutien continu par rapport aux questions et projets qu'il peut lui soumettre. Il est une source d'inspiration de poids qui lui donne toujours l'envie de continuer et d'aller plus loin dans l'information à transmettre aux professionnels de la santé. Merci également au P^r Diane Purper-Ouakil pour sa présence et ses conseils fréquents. C'est une inspiration quotidienne dans l'envie de développer la recherche afin d'aider un maximum de personnes à mieux comprendre les mécanismes du TDAH. Sébastien ne pourrait terminer ses remerciements sans dire un mot à propos de Pauline, qui l'accompagne au quotidien et doit supporter régulièrement des phases de questionnement personnel sur son activité, et bien sûr, sa fille Chloé pour qui, en partie, il réalise tout ce qu'il fait.

Maëva Roulin tient à exprimer ses sincères remerciements à Oriana et Charlotte pour leur soutien et leur humour qui ont rendu cette aventure encore plus enrichissante. Elle adresse également ses remerciements au P^r Arnaud Roy pour avoir généreusement consacré son temps précieux, partagé ses

connaissances solides et témoigné d'une confiance précieuse envers elle. Un grand merci également à Anne-Caroline. Merci à Sarah H. pour le plaisir de passer du temps ensemble et pour son soutien dans le « triturage » de neurones. Une profonde gratitude au Pr Lucia Romo, dont la disponibilité a été essentielle pour développer, de manière approfondie et enrichissante, les perspectives au sujet de l'évaluation des processus. Enfin, rien de tout cela ne serait possible sans Pascale, à qui Maëva dédie une profonde affection et une sincère gratitude.

Maëva Roulin et Sébastien Henrard sont profondément reconnaissants envers Anouk Verlaine (responsable éditoriale Sciences Humaines), Auréline Mossoux (assistante d'édition), Jacques Grégoire (directeur de la collection Tests et diagnostics) et toute l'équipe des Éditions De Boeck Supérieur pour leur collaboration fructueuse et pour leur précieux soutien. Leur professionnalisme et leurs conseils éclairés ont été centraux dans la réussite de ce livre. Maëva apprécie particulièrement cette opportunité de publier avec les Éditions De Boeck Supérieur, à l'instar de ses deux parents.

Sébastien Henrard et Maëva Roulin dédient leur premier ouvrage coécrit à RusselMundCortese, Iel-Couscous-San et MAMOUTH. Leur soutien et leur inspiration ont été des moteurs essentiels dans la réalisation de ce livre. Leur présence bienveillante et leur encouragement constant ont été une source de motivation sans égale. Nous leur sommes infiniment reconnaissants pour leur contribution précieuse et leur impact positif sur ce projet. Ce livre leur est dédié avec une profonde gratitude.

À Quoka...

Compléments numériques

Cet ouvrage vous propose des ressources complémentaires en ligne. Elles sont signalées, au fil de l'ouvrage, grâce au pictogramme suivant :



Pour les télécharger, rendez-vous sur le site de De Boeck Supérieur, à l'adresse suivante :

www.deboecksuperieur.com/site/358287

Retrouvez-y les documents suivants :

- Questionnaire d'anamnèse
- Listes de vérifications pour guider l'entretien :
 - Compétences du clinicien
 - Contenu de l'évaluation diagnostique du TDAH
 - Préparation pour les entrevues avec les parents
 - Prise de décision concernant l'usage de tests psychométriques
 - Après l'évaluation
- Tableau récapitulatif des outils d'évaluation et diagnostic
- Questionnaire des critères diagnostiques
- Tableau d'aide à la comptabilisation du critère A du TDAH

Le mot du directeur de collection

En psychologie clinique, l'étape du diagnostic est essentielle pour pouvoir proposer aux patients les réponses les plus adéquates à leurs besoins. Dans le cadre de l'examen diagnostique, les outils tels que les tests et les questionnaires occupent une place importante, car ils permettent de récolter des informations fiables et valides qui aident le clinicien à comprendre le fonctionnement et les troubles de la personne examinée. Encore faut-il disposer des instruments les plus appropriés et les utiliser à bon escient et de manière correcte. L'ambition de la collection « Tests et diagnostics » est de présenter aux praticiens les meilleurs outils actuellement disponibles pour le diagnostic des troubles psychologiques spécifiques. À chaque fois, leurs fondements théoriques et leurs propriétés métriques sont explicités. Les principes de leur utilisation et de l'interprétation de leurs scores sont détaillés. Les suites de l'examen sont également considérées : comment communiquer les résultats au patient ? Quelles propositions d'aide formuler sur la base de ceux-ci ?

L'ouvrage de Maëva Roulin et Sébastien Henrard, consacré à l'évaluation du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez l'enfant et l'adolescent, inaugure cette collection. Il en illustre parfaitement la philosophie. Il commence, en effet, par une présentation des principales caractéristiques du TDAH et des modèles permettant d'expliquer ce trouble. Les auteurs consacrent également une place importante aux principes généraux de l'examen clinique du TDAH. Sur cette base sont ensuite présentés les instruments les plus pertinents, à commencer par ceux destinés au dépistage, puis ceux utilisés pour le diagnostic proprement dit. Les auteurs accordent une grande attention à l'interprétation des résultats récoltés avec ces instruments et à leur communication aux patients et aux différentes parties prenantes. Ils soulignent que les tests, les questionnaires et les grilles d'observation ne sont que des outils au service de la compréhension de la personne examinée. L'objectif essentiel n'est pas de poser une étiquette, mais de proposer l'aide la plus appropriée à une personne en souffrance. Dans cette perspective, l'ouvrage ne se veut pas un catalogue d'outils, mais plutôt un guide pour utiliser ces derniers de manière éclairée dans le respect des règles méthodologiques et déontologiques.

Jacques GRÉGOIRE

Professeur émérite de l'Université catholique de Louvain

Avant-propos

Maëva Roulin et Sébastien Henrard nous livrent ici un volume riche et structuré sur l'évaluation du Trouble du Déficit de l'Attention Hyperactivité (TDAH) chez l'enfant et l'adolescent.

L'histoire du TDAH est ancienne, bien antérieure à la publication du DSM-IV, qui lui a donné son nom actuel, et à celles du DSM-V et de la CIM-10/11, qui l'ont classé dans la famille des troubles du neurodéveloppement. Des descriptions littéraires remontent à la fin du ^{xvi}^e siècle en France avec la biographie d'Albert-Venceslas Eusèbe von Wallenstein (1583-1634). On retrouve des traits attribuables à un TDAH sans qu'aucun diagnostic soit bien sûr possible dans la vie et les écrits de Sainte Thérèse d'Avila (1347-1380).

Il aura donc fallu attendre le DSM-IV, en 1994, pour que les critères cliniques du TDAH soient fixés. On pourrait penser que l'histoire se serait arrêtée là et que le diagnostic du trouble n'aurait plus dès lors posé aucun problème à personne. Mais les patients sont complexes par nature, et les classifications sont des monstres vivants qui reposent sur des données probantes évoluant avec les moyens d'investigation et, d'une manière générale, avec les connaissances scientifiques. L'origine essentiellement génétique du TDAH est confirmée, la persistance à l'âge adulte et maintenant chez le sujet âgé est acquise, les mécanismes physiopathologiques sont explorés jusque dans l'intimité biochimique du cerveau, les particularités du TDAH chez la femme sont interrogées, les liens avec des troubles psychiatriques ou des maladies physiques sont de plus en plus nombreux à être suspectés sinon modélisés. Le TDAH est la porte d'entrée d'un vaste domaine polymorphe, où les échanges entre spécialistes *a priori* étrangers les uns aux autres sont possibles, enrichissants et structurants. Appelons-le la Médecine ou la Science.

Il pourrait sembler étrange de proposer un volume détaillant la démarche pour l'évaluation d'un enfant ou d'un adolescent présentant un TDAH. Il n'en est rien. Cette initiative est particulièrement pertinente, car elle remet la clinique psychologique et psychiatrique – et la pratique de l'examen clinique médical plus largement – au centre de la démarche vers un diagnostic. Longtemps le raisonnement médical a été basé sur la seule clinique, et la finesse des descriptions de mes aînés m'a toujours fasciné. Dans l'intérêt du patient et de son entourage,

il nous est indispensable de défendre la question clinique qui, inévitablement, se complique avec l'avancée des connaissances, et à laquelle l'approche catégorielle adoptée par le DSM-V et la CIM-11 pourrait sembler faire offense. Je ne le pense pas, justement parce que ces classifications sont condamnées à être améliorées et à faire évoluer la clinique.

Maëva et Sébastien ont acquis leur expertise clinique au contact des patients – c'est la meilleure école – avec une soif d'apprendre, de comprendre et de transmettre notamment en écrivant ce livre.

D^r Hervé CACI

Psychiatre et pédopsychiatre
aux Hôpitaux Pédiatriques du CHU Lenval à Nice

Membre du European Network Adult ADHD
et du Comité de Rédaction d'*ADHD in practice*

Préface

Dans un monde en perpétuel changement et de plus en plus exigeant, comprendre et répondre aux défis uniques que pose le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) devient une nécessité absolue. Ce livre propose une exploration exhaustive du TDAH, un trouble qui affecte des millions d'individus durant leur vie, enfants comme adultes. Il constitue une ressource utile pour les cliniciens qui sont à la recherche de savoirs actualisés sur le TDAH, offrant une synthèse à jour et complète des nombreuses études et connaissances cliniques entourant ce trouble complexe. Je m'attends à ce que beaucoup de parents de jeunes enfants avec TDAH, mais aussi des adultes qui en présentent des symptômes, s'en remettent à ce livre.

Cet ouvrage rend hommage à la riche histoire du TDAH, en traçant son évolution conceptuelle depuis les premières observations effectuées au XVIII^e siècle à son acceptation actuelle en tant que trouble du développement neurologique ayant une forte origine génétique. Nous en apprenons sur l'étiologie complexe du TDAH à travers l'étude de l'interaction entre les différents facteurs neuro-biologiques génétiques et non-génétiques et sur la manière dont ceux-ci contribuent à l'apparition des symptômes caractéristiques que sont l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité. Ce livre se propose aussi de souligner l'avancement significatif dans l'élaboration des critères diagnostiques, qui a conduit à une identification plus précise des symptômes et une compréhension plus approfondie du TDAH en tant que maladie chronique handicapante affectant des individus du monde entier.

Les auteurs fournissent une vue détaillée sur la nature multifactorielle du TDAH, en examinant les différents facteurs de risque d'ordre biologique et environnemental qui contribuent de manière cumulative à la progression du trouble. Grâce à leur analyse du rôle fondamental des déficits des fonctions exécutives, le lecteur obtient un aperçu des différents modèles théoriques qui tentent d'expliquer les défis cognitifs et comportementaux auxquels sont confrontés les individus présentant un TDAH. Ces informations complémentaires seront utiles à préparer le terrain à une approche de traitement multimodal qui sera décrite dans la troisième partie de l'ouvrage.

Le processus de l'élaboration du diagnostic du TDAH se révèle être complexe et requiert une approche à la fois méticuleuse et correctement renseignée. Ce livre guide les cliniciens tout au long de ce processus, en insistant sur la nécessité d'effectuer une sélection rigoureuse et systématique d'hypothèses, faisant appel à des compétences cliniques spécifiques, à l'expérience ainsi qu'à une connaissance approfondie des troubles mentaux. En outre, ce livre fournit également des outils et des stratégies qui permettent d'effectuer des évaluations de dépistage complètes du TDAH, en prenant en considération la gravité, la chronologie et l'impact des problèmes présents, tout comme les potentiels facteurs causaux. J'apprécie particulièrement le fait que les auteurs adoptent une approche basée sur les données probantes pour aborder les questions cliniques et qu'ils font usage de recommandations déjà publiées pour définir les paramètres d'une pratique clinique efficace.

Étant donnée la complexité qui caractérise le TDAH, ce livre se penche aussi sur des situations cliniques spécifiques et fournit des instructions de méthodologie afin d'aider les cliniciens à gérer ces cas. Il met l'accent sur l'importance d'une approche multidisciplinaire, impliquant des professionnels provenant de différents domaines, tels que la psychologie, la pédiatrie, la psychiatrie, l'enseignement, les services paramédicaux et sociaux. Cette approche collaborative est essentielle pour garantir un diagnostic précis et élaborer un plan de traitement adapté aux besoins uniques de chaque individu.

Le traitement du TDAH est un traitement « sur mesure ». En effet, comme décrit dans cet ouvrage, une gestion efficace du TDAH implique souvent une approche multimodale qui combine des interventions psychosociales et un traitement pharmacologique. Le chapitre consacré au traitement décrit les différents types de soins ainsi que leurs effets secondaires potentiels, et souligne l'importance de la psychoéducation pour les patients et leurs familles. J'ai été ravi que les auteurs abordent, dans ces pages, les différentes raisons qui pourraient conduire certains individus à interrompre leur traitement médicamenteux, sachant que ceci constitue le plus grand obstacle à un résultat optimal.

Ce livre n'est pas seulement une compilation de faits et de résultats, mais un véritable appel à passer à l'action. Cet appel s'adresse tout d'abord aux cliniciens, pour leur permettre d'aborder le TDAH avec la compréhension profonde et la compassion qu'il demande; ensuite, aux parents, pour les sensibiliser à la condition de leurs enfants; enfin, aux adultes avec TDAH, pour qu'ils soient en possession des clés leur permettant une meilleure gestion de leur condition et un épanouissement en dépit de celle-ci.

Dans un monde où le TDAH demeure souvent incompris ou stigmatisé, cet ouvrage apporte un rayon de clarté et d'espoir. C'est un témoignage du progrès accompli dans la compréhension et la prise en charge du TDAH, mais aussi une feuille de route pour l'important travail qui reste à faire.

J'espère que vous lirez ces pages l'esprit et le cœur ouverts, durant votre voyage avec les auteurs à travers le monde aux multiples facettes du TDAH.

Stephen V. FARAONE, PhD

Professeur émérite et vice-président de la recherche
Département de psychiatrie, Norton College of Medicine de la SUNY
Upstate Medical University
Président de la Fédération mondiale du TDAH

Introduction

Les lignes directrices sont établies pour aider les cliniciens dans la démarche d'évaluation et de prise en charge des patients et elles sont généralement émises par des organisations nationales ou internationales. En Europe, les directives NICE du Royaume-Uni sont les plus connues, tandis qu'en Amérique du Nord, ce sont les directives CADDRA, rédigées principalement par des professionnels canadiens. En France, la Haute Autorité de Santé communique les recommandations de bonnes pratiques.

L'objectif principal des directives est de fournir aux professionnels de la santé un cadre structuré pour traiter les patients suspectés de TDAH, tout en offrant une ressource éducative pour les patients, leurs familles et d'autres parties prenantes. De manière générale, ces recommandations sont largement similaires entre elles, visant principalement à éduquer les professionnels de la santé mentale, les patients et leurs familles sur le TDAH.

Ces directives commencent généralement par des informations de base sur le trouble, que la plupart des spécialistes devraient connaître, comme sa prévalence, son hérédité, sa fréquence dans la population générale, les facteurs de risques environnementaux et l'évolution du trouble chez une personne au fil du temps. Elles se concentrent ensuite sur le processus de diagnostic. Elles détaillent comment établir le diagnostic en utilisant les critères du DSM-V et quels sont les outils de référence à utiliser, comme les questionnaires. Une fois le diagnostic établi, l'accent est mis sur le plan de traitement, qui varie en fonction de l'âge du patient et implique généralement le patient lui-même ainsi que son entourage.

La plupart de ces directives différencient le diagnostic et la prise en charge du TDAH chez les enfants et les adolescents de celui des adultes. Pour les enfants et adolescents, l'importance de fournir une éducation thérapeutique aux parents et d'instaurer des changements environnementaux avant de recourir à des médicaments est soulignée. Pour les adultes, l'introduction de médicaments est généralement plus rapide.

Les lignes directrices incluent aussi souvent des chapitres sur les médicaments, expliquant quand les introduire, à quelle dose, pendant combien de temps, quels contrôles doivent être effectués avant et pendant le traitement et

quels sont les effets secondaires potentiels. En ce qui concerne les approches non médicamenteuses, la plupart des directives soulignent que la thérapie cognitivo-comportementale est généralement la plus appropriée. Enfin, certaines directives indiquent ce qui ne devrait pas être fait, c'est-à-dire ce qu'il ne faut pas conseiller aux patients et à leurs proches, lorsqu'ils sont confrontés à un TDAH.

Cet ouvrage s'appuie sur les lignes directrices de la France, du Royaume-Uni, du Québec, des États-Unis et de l'Australie, ainsi que sur une revue de la littérature. Le premier objectif des auteurs est de fournir une vue assez précise sur la démarche d'évaluation catégorielle du TDAH, et le second objectif est une proposition d'envisager autrement l'évaluation du TDAH, en s'éloignant de la conception essentialiste du DSM. La compréhension et le traitement du TDAH ont évolué de manière significative au cours des dernières décennies. Ce livre offre une exploration approfondie de ce trouble neurodéveloppemental au cours de l'histoire, les modèles théoriques, les évaluations et les approches pour une prise en charge efficace du TDAH.

Le premier chapitre trace l'évolution du TDAH à travers le temps, de ses premières identifications, il y a 250 ans, à son diagnostic contemporain, mettant en lumière combien la perception de cette affection a changé. Le chapitre 2 plonge le lecteur dans l'épidémiologie du TDAH, abordant sa prévalence, les facteurs de risque et les particularités cérébrales qui y sont associés. Le chapitre 3 expose les modèles cognitifs du TDAH, proposés par des chercheurs, tels que Barkley, Brown et Sonuga-Barke, essentiels pour comprendre les mécanismes sous-jacents du trouble. Les biais cognitifs, le raisonnement clinique et leur impact sur le TDAH sont discutés en détail dans le chapitre 4, tandis que le chapitre 5 se penche sur l'évaluation de dépistage, soulignant l'importance de la détection précoce. Le chapitre 6 explore l'évaluation en fonction de diverses situations cliniques, en prenant en compte des variations comme l'âge et le sexe. Le chapitre 7 est dédié à l'évaluation diagnostique catégorielle avec une méthodologie basée sur la logique clinique plutôt que sur l'ordre préétabli des critères du DSM. Le chapitre 8 se consacre à l'évaluation des processus impliqués dans le TDAH, offrant une vision transdiagnostique des processus psychologiques. L'interprétation et la communication des résultats d'évaluation sont le cœur du chapitre 9, offrant des exemples pour une meilleure compréhension. Enfin, le chapitre 10 présente les lignes directrices pour la prise en charge médicale et psychologique du TDAH, incluant la psychoéducation, les traitements médicamenteux et les approches psychologiques.

Dans son ensemble, ce livre est un guide complet pour tous ceux qui cherchent à comprendre, évaluer et traiter le TDAH, en combinant connaissances théoriques et pratiques pour une prise en charge holistique du patient.

Partie I :

Aspects théoriques

CHAPITRE

1

Le TDAH d'hier à aujourd'hui

1. Il y a 250 ans...

Les enfants et les adultes avec TDAH constituent une population plutôt hétérogène qui présente des variations considérables dans le degré des symptômes, l'âge d'apparition, l'omniprésence de ces symptômes d'une situation à l'autre et la mesure dans laquelle d'autres troubles sont associés au TDAH. Le trouble représente l'une des raisons les plus courantes pour lesquelles les enfants présentant des problèmes de comportement sont adressés à des médecins et à des praticiens de la santé mentale et constitue l'un des troubles psychiatriques infantiles les plus répandus. Cette partie présente un aperçu de l'histoire du TDAH. Un tel historique reste important pour toute personne s'intéressant de près ou de loin au TDAH, car il montre que de nombreux thèmes contemporains concernant sa nature sont apparus il y a longtemps. Ils sont réapparus tout au long de l'histoire du TDAH jusqu'à aujourd'hui, au fur et à mesure que les cliniciens et les scientifiques s'efforçaient d'obtenir une compréhension plus claire et plus précise du trouble, de ses troubles concomitants et de son évolution.

L'histoire médicale des descriptions du TDAH semble remonter à près de 250 ans, en 1775, et elle a été détaillée de manière approfondie dans plusieurs sources (Taylor, 2011; Warnke et Riederer, 2013).

FOCUS

La première description connue des troubles de l'attention se retrouve dans le manuel médical de Melchior Adam Weikard, en allemand, en 1775 (Barkley et Peters, 2012).

Initialement publié anonymement, le manuel médical de Weikard décrit des adultes et des enfants inattentifs, distraits, manquant de persistance, hyperactifs et impulsifs, correspondant à la description actuelle du TDAH.

Weikard laisse entendre que le trouble peut résulter à la fois d'une mauvaise éducation des enfants, mais également de certaines prédispositions biologiques. Ce manuel sera suivi, en 1798, de descriptions beaucoup plus détaillées des symptômes du TDAH dans le manuel médical du médecin écossais Alexander Crichton (Palmer et Finger, 2001). Crichton décrit deux types

de troubles de l'attention. Le premier est un trouble de distractibilité, de changement fréquent d'attention ou d'inconstance et de manque de persistance ou de concentration, et correspond plus étroitement au trouble de l'attention tel que le TDAH. Le second est un trouble de diminution de la puissance, de l'énergie de l'attention qui semble plus proche du problème d'attention que l'on retrouve dans les descriptions actuelles d'enfants et d'adultes présentant un syndrome de désengagement cognitif (aussi connu sous le nom de *sluggish cognitive tempo* ou de rythme cognitif lent). En 1809, John Haslam décrit ce qui pourrait être un cas de TDAH chez un garçon de 10 ans qui était incontrôlable, impulsif et considéré comme «la terreur de la famille». Trois ans plus tard, le célèbre médecin américain Benjamin Rush (1812) évoque trois cas de patients ayant l'incapacité de se concentrer. Au milieu des années 1800, le pédiatre allemand Heinrich Hoffman (1865) publie un livre de poèmes sur les conditions psychologiques des enfants, basé sur les observations de sa pratique clinique. Il y décrit un enfant très impulsif et agité qu'il a appelé «Fidgety Phil» et un enfant très inattentif et rêveur qu'il a appelé «Johnny Head-in-Air». En 1899, le psychiatre écossais Thomas Clouston évoque des cas d'enfants impulsifs ayant des problèmes d'apprentissage. Beaucoup plus tard, aux États-Unis, William James (1890-1950) note, dans ses *Principes de psychologie*, une variante normale du caractère qu'il a appelé la «volonté explosive», qui peut ressembler aux difficultés rencontrées par ceux qui sont aujourd'hui décrits comme présentant un TDAH.

En France, le concept de TDAH semble voir le jour en 1845 dans la description par Jean-Étienne Dominique Esquirol d'enfants et d'adultes présentant des problèmes d'attention, qui pensait que les «aliénés» ne jouissaient plus de la faculté de fixer et de diriger leur attention. Dans la littérature médicale française du TDAH, on retrouve également la notion d'instabilité mentale dans la période 1885-1895 chez Désiré-Magloire Bourneville (Bader et Hadjikhani, 2014) à l'hôpital Bicêtre de Paris. Il observe des enfants et des adolescents qualifiés d'«anormaux» et placés dans des institutions médicales et éducatives, dont beaucoup étaient caractérisés par des problèmes d'attention et d'autres troubles du comportement. Charles Baker, un étudiant de Bourneville, rédige une description clinique des symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité chez 4 enfants dans sa thèse de 1892, selon Bourneville (Bourneville, 1895). Dans ce travail, les problèmes d'attention sont également mentionnés dans un cas.

Il semble évident que le TDAH a été observé à de nombreuses reprises dans le passé par différents professionnels de la santé. Cette brève introduction historique a pour vocation de remettre en question un certain nombre de mythes qui collent encore trop à la peau, c'est-à-dire ceux du trouble «américain» découlant de l'évolution de notre société hyperconnectée ou encore de la création d'un trouble par les boîtes pharmaceutiques afin de vendre des médicaments. Le TDAH bénéficie de preuves scientifiques objectives et solides qui tendent vers un trouble hautement héréditaire. On observe environ 2 ans – ou davantage – de

retard dans le développement de zones cérébrales qui soutiennent les fonctions exécutives. De plus, il existe des faiblesses des connexions et de la communication entre certaines régions cérébrales (Crocq *et al.*, 2019). Le TDAH n'est donc pas un trouble moderne ou inventé de toutes pièces, mais force est de constater que l'intérêt qui lui a été porté a été grandissant avec le temps, car il impacte de manière importante à la fois la vie des patients et de leur entourage, mais également la société dans son ensemble.

2. Le TDAH aujourd'hui : un diagnostic catégoriel avant tout

L'approche catégorielle est la méthode traditionnelle qui caractérise toute démarche de classification : il s'agit d'établir des catégories précises aux propriétés clairement définies, visant à établir la présence ou l'absence d'une catégorie (l'abord syndromique entre dans ce cadre). Les classifications diagnostiques doivent rencontrer deux objectifs primordiaux : d'une part, permettre l'échange clair de l'information et pouvoir en discuter et, d'autre part, rencontrer une utilité clinique (Widakowich *et al.*, 2013). Pour un aperçu très complet des avantages et des inconvénients des approches catégorielles, voir, par exemple, Simonsen (2010).

Le DSM-V propose une classification catégorielle de troubles distincts et, pour chaque trouble, le manuel organise la description des troubles autour de plusieurs axes : symptômes, temporalité, contexte d'apparition, retentissement et diagnostic différentiel. Bien que d'autres classifications existent comme la Classification internationale des Maladies (CIM-10 ; Organization, 1992), les sections suivantes présentent le TDAH selon l'approche catégorielle du DSM-V.

2.1. Symptômes

La principale caractéristique du TDAH est un mode constant de difficultés à maintenir l'attention (critère A1) et/ou des difficultés d'hyperactivité-impulsivité (critère A2) assez prononcé pour entraver le fonctionnement ou le développement de l'individu.

L'inattention (critère A1) se réfère à des difficultés avec la constance, la concentration, l'organisation, la planification et la réalisation des tâches. Pour les patients, il est très difficile de prêter une attention suffisante aux détails, ce qui conduit souvent à des erreurs par négligence. Ils ont régulièrement du mal à maintenir leur attention sur une tâche, et ils semblent souvent ne pas écouter quand on leur parle. De plus, ils rencontrent des difficultés pour suivre des instructions et s'organiser efficacement. Ils sont également réticent à s'engager dans des tâches qui nécessitent une concentration continue, préférant éviter de tels efforts. Ces comportements se manifestent par la perte fréquente d'objets,

des distractions régulières et l'oubli des tâches ou des informations dans leurs activités quotidiennes.

L'hyperactivité (critère A2) se manifeste par une activité motrice excessive, telle que courir ou grimper, ou par un excès d'agitation, de tapotements ou de gigotements, dans des situations où ce comportement n'est pas approprié. L'hyperactivité peut être discontinue, mais une suractivité peut survenir très fréquemment. Les personnes présentant surtout des problèmes de distraction ont tendance à avoir une pensée et une expression lente dues aux interruptions mentales. Leurs discours peuvent être prolixes et digressifs, se perdre dans des détails inutiles et ces personnes peuvent éprouver des difficultés à prendre une décision. Pour le clinicien, le défi réside dans le fait que cela peut compliquer l'évaluation. Les patients peuvent aussi faire preuve d'une concentration excessive, appelée « hyperfocalisation ». Ce phénomène survient généralement lorsque le patient s'implique dans des activités qu'il trouve particulièrement captivantes et/ou qui lui procurent une satisfaction instantanée, comme les jeux vidéo, jouer de la musique ou encore les conversations sur Internet. Dans ces situations, ils peuvent rester concentrés de façon très précise pendant des heures.

Les cliniciens doivent prendre en compte le sentiment d'inconfort des patients. Une première impression d'inactivité ne doit pas exclure la présence d'hyperactivité; le fait d'être assis tranquillement dans le bureau du clinicien ne signifie pas nécessairement l'absence de TDAH. Chez l'adolescent, l'hyperactivité se traduit souvent par une agitation intérieure constante, un bavardage excessif, une activité mentale ininterrompue et une incapacité à se détendre pleinement. L'hyperactivité et/ou l'agitation peuvent être temporairement apaisées lorsque le patient se livre à une activité physique intensive, par exemple. Dans ces cas, il peut être sujet à des problèmes physiques, son corps n'ayant pas suffisamment de temps pour se régénérer et/ou à cause de blessures subies marquant un retentissement du trouble.

L'impulsivité est considérée comme la tendance à exprimer des comportements excessifs et non planifiés. Les conflits interpersonnels qui en découlent perturbent souvent les relations avec la famille, les amis, les collègues et les employeurs. Ils peuvent également affecter gravement la situation financière, lorsque les achats impulsifs mènent à l'endettement. Des comportements compulsifs peuvent aussi être observés (par exemple, la boulimie) pour apaiser l'agitation ou pour obtenir une satisfaction instantanée. Les comportements de recherche de sensations, en quête de nouveaux stimuli stimulants, sont étroitement associés à l'impulsivité.

Pour évaluer convenablement les comportements et symptômes d'un patient, il reste important de pouvoir se focaliser sur ce que recouvre la définition de ce symptôme. Deux illustrations sont proposées dans les points suivants : l'agitation versus l'hyperactivité et la distraction.

FOCUS

L'**hyperactivité** est comprise dans le TDAH comme un trouble de la régulation motrice. Elle n'a aucune vocation directe, elle est « parasite ». La plupart des patients ne se rendent d'ailleurs pas compte de leur hyperactivité et, quand on leur demande ce qui les pousse à agir de la sorte, ils répondront probablement que c'est « plus fort qu'eux, qu'ils ne savent pas ».

À l'opposé, l'**agitation** est plutôt considérée comme une réponse à un stimulus. Elle permet de faire face à un problème, de réagir à une situation précise. Par exemple, l'agitation motrice dans l'anxiété est principalement une réponse à la situation anxiogène.

La **distraction** est un autre symptôme à interroger de manière approfondie. La source de la distraction est un élément important à comprendre pour s'assurer de son lien avec le TDAH. La distraction n'est pas le simple fait de « ne pas faire attention », il s'agit d'une réelle captation de l'attention par l'environnement ou par ses propres pensées. Un bruit, un mouvement, une odeur accapare l'attention de la personne contre sa volonté. Ceci est à différencier du fait de se distraire « par soi-même », volontairement, par manque d'intérêt ou d'être distrait par des ruminations anxieuses.



Conseil

L'amalgame entre ne pas écouter, ne pas être attentif et le TDAH peut être facile. D'où l'importance de **s'interroger sur la fonction des comportements**, car cela a une place tout à fait cruciale dans la compréhension du fonctionnement du patient, de son diagnostic et donc de sa prise en charge.

2. 2. Temporalité

Le critère B nécessite que plusieurs symptômes du TDAH aient commencé avant l'âge de 12 ans, car il est difficile de déterminer avec précision le début du trouble durant l'enfance rétrospectivement. Pour les adolescents, une perspective longitudinale devrait indiquer que le trouble a pris racine pendant l'enfance et n'est pas d'apparition récente. Il est important de mentionner ici que ce n'est pas parce que les symptômes étaient présents avant 12 ans qu'ils posaient forcément un problème. En effet, certains symptômes dans l'enfance peuvent être présents, mais être acceptés et/ou compensés par l'environnement familial et scolaire, compensés par un bon niveau cognitif global, voire ne pas être suffisamment intense pour provoquer un retentissement significatif au regard des capacités cognitives de l'enfant.

À l'âge préscolaire, les très jeunes enfants avec TDAH présentent davantage de comportements problématiques, de moins bonnes aptitudes sociales et des comportements sociaux plus négatifs que les enfants sans TDAH (Dupaul *et al.*, 2001). Des comportements similaires peuvent également se manifester en

dehors du cadre scolaire, à la fois lors d'activités dirigées par les parents (par exemple, rangement de la chambre) et dans le cadre de jeux libres. Les parents et les enseignants peuvent remarquer les symptômes du TDAH pour la première fois lorsque l'enfant entre à l'école maternelle. C'est en effet la première fois dans la vie de la plupart des enfants que l'on attend d'eux qu'ils suivent un ensemble de règles exigeant une attention soutenue et un contrôle de soi. Les enfants avec TDAH ont tendance à manifester plus fréquemment des comportements inappropriés et non conformes à l'égard de leurs parents que les enfants sans TDAH, à la maison et dans d'autres contextes.

Les symptômes du TDAH peuvent évoluer à mesure que l'enfant grandit. Ce qui peut sembler des comportements typiques de l'enfance peut en fait être des signes de TDAH, mais à l'inverse, un comportement turbulent ne signifie pas forcément un TDAH. Comprendre cette nuance et éviter un surdiagnostic, un sous-diagnostic ou un diagnostic erroné nécessite une compréhension approfondie de la présentation du TDAH à différents âges. Des symptômes de TDAH apparemment mineurs chez de très jeunes enfants peuvent devenir plus problématiques au fur et à mesure que ces enfants progressent dans l'enseignement primaire et secondaire.

L'expression du TDAH évolue au cours du développement. Chez les enfants TDAH, l'hyperactivité et l'impulsivité sont beaucoup plus fréquentes. Cette spécificité chez les enfants est importante, car elle est fortement associée à des échecs et des redoublements scolaires et, par conséquent, à un manque d'opportunités scolaires, notamment l'obtention d'un diplôme. Plusieurs facteurs pourraient expliquer la différence d'expression du TDAH entre les enfants, les adolescents et les adultes. Les facteurs biologiques d'abord, car le TDAH chez un enfant se manifeste chez une personne en développement, dont la maturité du cerveau n'est pas encore totalement atteinte. De plus, le contrôle exécutif cognitif sur l'impulsivité, dirigé par le lobe frontal, est moins développé chez les enfants que chez les adultes. Cela signifie que la capacité de l'enfant à contrôler son impulsivité est généralement moindre. Par conséquent, les enfants ont moins de stratégies de compensation à leur disposition et sont moins capables de les mettre en pratique. Les enfants plus âgés ont du mal à rester tranquilles ou peuvent être agités, mais ne sont plus ouvertement hyperactifs. Avec l'âge, bien que l'inattention reste prédominante à l'école, la capacité à maintenir l'attention sur la durée tend à s'améliorer.

La nature du retentissement associé au TDAH varie en fonction de l'âge. Les difficultés les plus couramment observées en milieu scolaire comprennent la sous-performance scolaire et les difficultés dans les relations avec les pairs. Les enfants et les adolescents ont également tendance à avoir des relations plus tendues avec leurs parents et leurs frères et sœurs. Par exemple, les difficultés courantes dans les relations avec les pairs rencontrées par les enfants plus jeunes avec TDAH peuvent comprendre le rejet par les pairs et le fait d'avoir

moins d'amis. Le type inattentif du TDAH est la présentation la plus courante du TDAH, bien que le type combiné du TDAH soit plus susceptible de se présenter aux services cliniques. En effet, chez les enfants d'âge scolaire, les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité sont généralement les symptômes les plus manifestes du TDAH; les symptômes d'inattention deviennent plus évidents à mesure que les enfants progressent à l'école et que les exigences scolaires et cognitives augmentent.

FOCUS

Dans une vision plus développementale, il est également important de noter que ces symptômes peuvent, dans certains cas, disparaître pendant une période ciblée et revenir par la suite, c'est ce qu'on appelle la **rémission des symptômes**.

Récemment, plusieurs recherches (Grevet *et al.*, 2022; Sibley *et al.*, 2014) se sont intéressées à ce phénomène.



Sibley *et al.* (2014) ont réalisé une étude sur l'évolution des symptômes du TDAH de l'enfance à l'âge adulte. L'étude a été réalisée dans le cadre de l'étude de traitement multimodal du TDAH (MTA) et a suivi 558 enfants avec TDAH sur une période allant de 2 à 16 ans. L'objectif de l'étude était d'examiner la manière dont les symptômes du TDAH évoluent au fil du temps, car il est souvent estimé que le TDAH disparaît à l'âge adulte dans environ 50 % des cas. Selon les résultats de l'étude, environ 30 % des enfants avec TDAH ont connu une rémission complète à un moment donné pendant la période de suivi. Cependant, la majorité de ces enfants (60 %) ont connu une réapparition des symptômes du TDAH après la première période de rémission. Seuls 9,1 % de l'échantillon ont montré une rémission durable (récupération) à la fin de l'étude, et seulement 10,8 % ont présenté une persistance stable du TDAH au fil du temps. La majorité des participants (63,8 %) ont eu des périodes fluctuantes de rémission et de récurrence. En conclusion, les chercheurs suggèrent que la plupart des enfants avec TDAH continuent d'éprouver des symptômes résiduels à l'âge adulte. Cette étude remet en question l'idée reçue selon laquelle la moitié des enfants avec TDAH dépassent le trouble à l'âge adulte, soulignant plutôt une tendance à la fluctuation des symptômes entre l'enfance et l'âge adulte.

Fait intéressant, des auteurs ont montré que les symptômes d'inattention ont tendance à persister à l'adolescence, tandis que les symptômes d'hyperactivité s'estompent souvent, même pour les individus qui ont présenté une grande hyperactivité à l'enfance (Hurtig *et al.*, 2007). Ils décrivent les adolescents avec TDAH comme ayant des « symptômes rêveurs », tels que des difficultés d'organisation, des oublis ou l'évitement de tâches longues ou ennuyeuses. Il est possible que les adolescents internalisent leur hyperactivité, ce qui se traduit par des

sentiments d'agitation intérieure plutôt que par des manifestations extérieures de comportements perturbateurs. Enfin, il est important de noter que bien que les symptômes puissent diminuer à mesure que les enfants grandissent, un diagnostic de TDAH reste caractérisé par des niveaux d'attention, d'impulsivité et/ou de symptômes liés à l'activité qui sont nettement plus sévères que ceux de leurs pairs.

2. 3. Contexte

Le critère C du DSM-V requiert que plusieurs symptômes du TDAH apparaissent dans au moins deux contextes différents. Bien que cela puisse s'avérer coûteux et chronophage, et bien que cela ne soit pas une exigence pour le diagnostic, les recommandations suggèrent de consulter des informateurs (par exemple, les parents, les enseignants, les employeurs) qui ont pu observer l'enfant dans divers environnements. Il ne faut pas faire l'économie de ce travail afin de pouvoir être au plus proche du monde dans lequel évolue le patient. Comme pour le critère B, les symptômes doivent être présents dans différents environnements, il ne nécessite pas que ces symptômes retentissent dans différents environnements. Il se peut tout à fait qu'un environnement (l'école ou la famille) observe les symptômes sans que ceux-ci posent un problème. Il ne faut pas pour autant exclure le TDAH d'emblée, et il sera nécessaire de mieux comprendre les moyens de compensation mis en place.



Conseil

Les symptômes du TDAH peuvent également varier en fonction du contexte, par exemple, un enfant peut être capable de se concentrer lorsqu'il est engagé dans des activités qu'il aime, mais peut lutter dans un environnement scolaire structuré. L'évaluation devrait donc prendre en compte les observations de différents milieux (maison, école, activités sociales). Il est normalement attendu que les enfants en âge préscolaire soient actifs, impulsifs, incapables de rester assis et de se concentrer pendant de longues périodes. Par conséquent, les environnements éducatifs pour les enfants en âge préscolaire diffèrent considérablement de ceux des enfants plus âgés. Cela peut rendre difficile l'identification des symptômes du TDAH qui dépassent ce qui est normalement attendu pour ce groupe d'âge. Les enfants en âge préscolaire qui ont un TDAH peuvent montrer un niveau très élevé d'hyperactivité, d'impulsivité et/ou de difficultés d'attention susceptibles de causer une altération significative dans la vie quotidienne. Les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité sont les symptômes les plus évidents du TDAH chez ces enfants, et les éléments du DSM-V évaluant l'hyperactivité/l'impulsivité distinguent clairement les enfants en âge préscolaire avec et sans TDAH.

Évaluation, diagnostic différentiel et bonnes pratiques

Bien qu'étudié depuis de nombreuses années, le TDAH demeure complexe à diagnostiquer et évaluer, étant donné la diversité des profils et la multitude d'outils disponibles.

Ce livre propose une méthode concrète qui aiguillera le psychologue clinicien dans la réalisation des bilans chez les enfants et les adolescents et la pose d'un diagnostic différentiel.

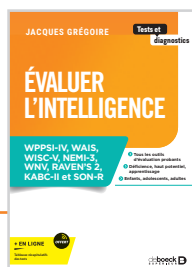
L'objectif est de proposer l'accompagnement le plus approprié à une personne en souffrance. Aussi, plus qu'un catalogue d'outils, cet ouvrage se veut un guide pour les utiliser de manière éclairée.

Les approches catégorielle et processuelle sont décrites et enrichies par l'expérience clinique des auteurs et leur activité de formateurs.

Le livre est composé de trois parties :

- **Les bases incontournables : l'évolution, l'épidémiologie et les modèles cognitifs du TDAH ;**
- **Tous les outils pertinents de la démarche catégorielle et de l'évaluation processuelle ;**
- **La démarche diagnostique et la prise en charge adaptée.**

**DANS
LA MÊME
COLLECTION**



MAËVA ROULIN est psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie ainsi qu'en TCC et se consacre aux adultes souffrant de troubles en santé mentale. Elle a créé une consultation spécialisée et un organisme de formation pour cliniciens.

SÉBASTIEN HENRARD, est psychologue clinicien. Il s'est spécialisé à la clinique de l'enfant et plus spécifiquement au TDAH et au diagnostic différentiel en santé mentale. Actuellement, son activité se centre sur la formation et la supervision de professionnels de santé.

Retrouvez des + en ligne : des check-lists et conseils pour les entretiens, un tableau récapitulatif des outils et des liens vers des questionnaires et des ressources complémentaires.

32,90 €

ISBN : 978-2-8073-5828-7



9 782807 358287

deboeck
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com