

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2006

N°109

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en PSYCHIATRIE

par

FANNY TORCHUT

née le 8 mars 1975 à Clamart (92)

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 2006

**LA CONSULTATION CONJOINTE NEUROPSYCHIATRIQUE
CONSACREE À L'HYPERACTIVITÉ INFANTILE :**

UN MOYEN DE DEPASSER LES CLIVAGES IDEOLOGIQUES ?

Analyse de 4 années d'expérience locale au CHU de Nantes.

Président du Jury : Monsieur le Professeur Michel AMAR
Directeur de thèse : Madame le Docteur Carole GETIN.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
--------------------------	----------

EVOLUTION DU CONCEPT D'HYPERACTIVITÉ INFANTILE	4
---	----------

I - HISTORIQUE DU CONCEPT D'HYPERACTIVITÉ INFANTILE.	5
--	----------

A. Les travaux des auteurs européens : l'instabilité.....	5
--	----------

1 - Première période : fin du XIX ^e , début du XX ^e siècle : approche descriptive, prédominance de l'organogénèse.	5
---	---

2 - Deuxième période : à partir de 1950 : impulsion psychodynamique dans la compréhension du symptôme.....	9
--	---

B. Les travaux des auteurs anglo-saxons : l'hyperkinésie	11
---	-----------

C. Discussion	15
----------------------------	-----------

II - HISTOIRE ET ÉVOLUTION DES CLASSIFICATIONS NOSOGRAPHIQUES	16
--	-----------

A. DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders)	16
---	-----------

1 - DSM-II, 1968.....	16
-----------------------	----

2 - DSM-III, 1980.....	17
------------------------	----

3 - DSM-III-R, 1987.....	17
--------------------------	----

4 - DSM-IV, 1994.....	18
-----------------------	----

B. CIM (Classification Internationale des Maladies).....	19
---	-----------

1 - CIM-9, 1977.....	19
----------------------	----

2 - CIM-10, 1993.....	20
-----------------------	----

C. CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent)	20
---	-----------

1 - La CFTMEA, 1993 [108].....	21
--------------------------------	----

2 - La CFTMEA R-2000, 2002. [107].....	21
--	----

D. Discussion	22
----------------------------	-----------

III - POSITION ACTUELLE DU PROBLÈME, À L'AUBE DU XXI^E SIÈCLE	25
--	-----------

A. Question du cadre nosologique.....	25
--	-----------

B. Question de l'étiologie : émergence d'une conception nuancée.....	26
---	-----------

1 - L'hyperactivité primitive ou idiopathique ou constitutionnelle (THADA).....	27
---	----

2 - Les hyperactivités secondaires ou symptomatiques ou réactionnelles.....	27
---	----

3 - Interactions réciproques entre facteurs endogènes et facteurs exogènes.....	29
---	----

LE TROUBLE HYPERACTIVITÉ AVEC DÉFICIT DE L'ATTENTION (THADA)..... 30

I - EPIDÉMIOLOGIE	31
A. Généralités.....	31
B. Les difficultés.	32
1 - Méthodologiques.....	32
2 - Le normal et le pathologique.....	33
C. Les études diagnostiques du THADA	35
1 - En population générale.....	35
2 - En population clinique.	36
D. Etudes de prévalence des comorbidités.	36
E. Etudes des facteurs associés au THADA.	37
1 - Age et sexe.	37
2 -Facteurs environnementaux et familiaux	38
II - DESCRIPTION CLINIQUE, ASPECTS DÉVELOPPEMENTAUX.	41
A. Age de début.....	41
B. Forme « mixte » de l'enfant 6 à 12 ans	42
1 - L'inattention.....	42
2 - L'hyperactivité motrice	43
3 - L'impulsivité.....	44
4 - Les signes associés.....	45
5 - Variations dans l'expression clinique.	46
C. Formes selon l'âge	48
1 - Hyperactivité à l'âge préscolaire.....	48
2 -Hyperactivité chez l'adolescent	51
III - COMORBIDITÉS	52
A. Réflexions sur la notion de comorbidité.	52
B. Les troubles comorbides du THADA.....	54
1 - THADA et Trouble oppositionnel avec provocation / Trouble des conduites	54
2 - THADA et dépression.....	56
3 - THADA et Trouble anxieux.....	58
4 - THADA et Trouble bipolaire	58
5 - THADA et Troubles des apprentissages	60
6 - THADA et tics	61

C. Diagnostics différentiels	61
IV - ETIOPATHOGÉNIE.....	62
A. Bases neurobiologiques du THADA.....	63
1 - Facteurs neuropsychologiques.....	63
2 - Facteurs neurochimiques.....	65
3 - Facteurs neuroanatomiques.....	66
4 - Facteurs génétiques.....	67
5 - Facteurs environnementaux.....	68
B. Approches psychodynamiques de l'hyperactivité infantile.....	70
1 - Distorsions du lien précoce mère-enfant.....	70
2 - Défaillance de la fonction contenante.....	72
3 - Défaut d'élaboration de la position dépressive et défenses maniaques.....	74
4 - Expression d'une problématique familiale inconsciente.....	77
5 - Fonctionnement opératoire.....	79
6 - Personnalité de l'enfant instable.....	79
V - MÉTHODES D'ÉVALUATION.....	80
A. Evaluation clinique	80
1 - L'entretien avec les parents et l'enfant.....	80
2 - L'examen clinique.....	81
B. Les échelles de comportement	81
1 - Les échelles de Conners [36].....	82
2 - Les échelles de situations de Barkley.....	83
3 - La Children Behaviour Check-List (CBCL).....	83
C. Evaluation neuropsychologique	84
1 - Evaluation psychométrique de l'intelligence.....	84
2 - Evaluation des processus cognitifs.....	85
D. Autres évaluations	85
VI - TRAITEMENTS	86
A. Les rééducations.	87
1 - La rééducation orthophonique et la rééducation psychopédagogique.....	87
2 - La rééducation psychomotrice.....	87
B. Les psychothérapies.....	88
1 - La psychothérapie d'inspiration analytique.....	88
2 - La thérapie cognitivo-comportementale.....	89
3 - Les approches familiales.....	89
C. La chimiothérapie.....	90

1 - Un psychostimulant, le méthylphénidate	90
2 - Autres traitements médicamenteux	92
D. L'aide éducative	92
E. L'aide pédagogique.....	92
VII - EVOLUTION	93
A. Modalités évolutives	93
B. Implications en terme de prévention.....	94

LA CONSULTATION NEUROPSYCHIATRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES.....	97
--	-----------

I - DESCRIPTION DE LA CONSULTATION	100
A. L'idée d'une consultation conjointe	100
1 - Naissance de la consultation et objectifs.....	100
2 - Mise en place.....	100
3 - Présentation au réseau.....	101
4 - La pratique des autres CHU.....	101
B. Contexte pédopsychiatrique au niveau départemental	103
1 - La création de l'unité fonctionnelle de pédopsychiatrie universitaire.....	103
2 - Le dispositif sectoriel en Loire-Atlantique.....	103
C. Déroulement d'une consultation	105
II - ANALYSE DE LA CONSULTATION	106
A. Objectifs.....	106
B. Matériel.....	107
1 - Sélection des patients.....	107
2 - Documents utilisés.....	107
C. Limites méthodologiques.....	109
III - RÉSULTATS	111
A. Caractéristiques de la population étudiée	111
1 - Répartition par âges	111
2 - Répartition par sexe	111
3 - Contexte familial et environnemental.....	112
4 - Age de début des troubles	114
5 - Scolarité	114

6 - Contexte médical connu	116
7 - Bilans complémentaires déjà pratiqués avant la consultation	118
8 - Prises en charge antérieures du trouble	119
B. Etude des données liées à la consultation	122
1 - Origine de la demande de consultation	122
2 - La symptomatologie décrite dans la demande de consultation	123
3 - La demande implicite motivant la consultation	125
4 - Observation clinique	126
5 - Stratégies diagnostiques complémentaires	127
6 - Orientations diagnostiques	129
7 - Orientation de la prise en charge	131
C. Résultats de l'enquête par questionnaires	135
1 - Degré de connaissance de la consultation conjointe	135
2 - Place de la consultation conjointe dans la pratique des professionnels interrogés	137
3 - Représentations liées aux concepts d'hyperactivité infantile et de Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (THADA)	141
IV -DISCUSSION	144
A. Discussion sur les caractéristiques de la population étudiée	144
1 - Age et sexe	144
2 - Antécédents	144
3 - Facteurs relationnels et environnementaux	145
4 - Scolarité	146
5 - Age de début des troubles	147
6 - Soins antérieurs	147
B. Analyse de la pratique de la consultation	150
1 - La demande	150
2 - L'évaluation diagnostique	152
3 - Les orientations diagnostiques	154
4 - Orientations de la prise en charge	155
V - CONCLUSIONS SUR L'ANALYSE DE LA CONSULTATION	157
CONCLUSION	159
ANNEXES	162
BIBLIOGRAPHIE	172

INTRODUCTION

La très large médiatisation ces dernières années du concept de « Trouble Déficitaire de l'attention avec hyperactivité », notamment autour de l'opportunité de prescrire ou non des psychostimulants aux enfants, a participé au fait que le terme d' « hyperactivité » s'est largement diffusé parmi les préoccupations de l'ensemble de la population. Dans toutes les sphères de la société, chacun a tenté de saisir les enjeux de ce trouble, certes les professionnels de santé et de la petite enfance, mais aussi, voire surtout, la presse, les sociologues, les politiques, les enseignants et bien sûr les parents. Chacun s'est forgé un avis, plus ou moins documenté et plus ou moins orienté.

Cette propagation de l'intérêt concernant l'hyperactivité infantile participe à alimenter bien des débats, mais il n'est pas certain, vu la complexité du sujet qui reste polémique, y compris dans l'univers médical, que l'on puisse affirmer que tout le monde parle réellement de la même chose.

C'est sous de diverses appellations qu'ont été décrits, au cours du temps, les comportements hyperactifs de l'enfant. La multiplicité des termes utilisés (instabilité psychomotrice pour les auteurs de langue française, syndrome hyperkinétique pour les Anglo-Saxons, hyperactivité de l'enfant, minimal brain damage syndrome, syndrome choréiforme, déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité...) engendre une certaine confusion chez qui tente de comprendre avec précision de quelle symptomatologie ou de quelle entité clinique il est question. Elle témoigne de l'évolution des descriptions cliniques en fonction des époques et des lieux (Europe ou Amérique du Nord), ainsi que des diverses approches utilisées.

Dans l'étude des manifestations d'hyperactivité, deux courants médicaux offrent des modèles de compréhension différents qui prennent en compte divers aspects de la globalité d'un sujet.

Le premier est le modèle médical traditionnel qui étudie de façon *objective* (ou plutôt « la plus objective possible ») les symptômes observés et recherche leur cause dans une perspective physiopathologique.

Le second modèle propose une approche psychodynamique tenant compte de la singularité de chaque être. La subjectivité du vécu est prise en considération.

Ces deux modèles n'ont cessé de s'opposer depuis les premières descriptions d'enfants hyperactifs et ce n'est que depuis peu que l'inopportunité d'une telle dichotomie (physiologie versus psychologie) a été reconnue, laissant progressivement émerger une approche intégrative associant ces deux modèles.

Au sujet de l'hyperactivité infantile, l'intérêt de l'association de ces approches est désormais reconnu, afin de ne négliger, dans une démarche diagnostique qui se doit d'être complète, aucun aspect de la vie de l'enfant que ce soit sur les plans physique, psychique et environnemental. C'est à cette condition que des stratégies thérapeutiques adaptées à chaque sujet pourront être proposées.

A ce titre, la pratique d'une évaluation conjointe, telle qu'elle est réalisée au CHU de Nantes, réunissant au cours d'une même consultation deux spécialistes d'approches différentes (neuropédiatrique et pédopsychiatrique), nous a paru particulièrement intéressante à analyser.

La première partie de ce travail consiste en une reprise de l'histoire du concept d'hyperactivité infantile, afin d'essayer d'y voir plus clair et tenter de préciser ce champ nosographique. L'évolution des premières conceptualisations sera décrite, ainsi que l'évolution des classifications nosographiques qui proposent une définition catégorielle du Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (THADA). Enfin, la conception prédominante actuellement en France sera présentée.

Dans la deuxième partie, nous exposerons les principales connaissances relatives au THADA disponibles aujourd'hui dans l'abondante littérature scientifique. Les questions de l'épidémiologie, de la clinique, de la comorbidité, du diagnostic différentiel, de l'étiopathogénie, de l'évaluation diagnostique, du traitement et de l'évolution seront abordées. Ces données seront complétées, au fur et à mesure, par des commentaires sur les limites de l'application exclusive du modèle traditionnel dans le champ de l'hyperactivité en particulier, et de la psychopathologie en général.

La troisième partie est consacrée à la consultation conjointe neuropsychiatrique dévolue à l'hyperactivité infantile, réalisée à l'Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes. Nous commencerons par présenter cette consultation en exposant pourquoi et comment elle a été mise en place ainsi qu'en la resituant dans le contexte pédopsychiatrique départemental. Nous nous pencherons sur l'analyse de 4 années d'expérience de cette consultation afin de tenter d'appréhender sa place dans le parcours de soins des enfants hyperactifs et les grandes lignes de sa pratique. Pour cela, nous avons utilisé deux sources de données que nous décrirons (une étude de dossiers et une enquête par questionnaires) et dont nous exposerons les limites. Les résultats mettront à jour les caractéristiques de la population recrutée, les origines et les motifs de la demande de consultation, les stratégies diagnostiques utilisées et les orientations thérapeutiques préconisées. Les résultats de l'enquête par questionnaires nous renseigneront sur le degré de connaissance et la place de la consultation conjointe dans la pratique des professionnels de santé interrogés, ainsi que sur leurs représentations de l'hyperactivité et du THADA. Nous terminerons par une discussion qui sera l'occasion de démontrer l'originalité et l'intérêt d'une telle consultation.

PREMIERE PARTIE :

**EVOLUTION DU CONCEPT
D'HYPERACTIVITÉ INFANTILE**

I - HISTORIQUE DU CONCEPT D'HYPERACTIVITÉ INFANTILE.

Si l'individualisation d'une forme pathologique de turbulence infantile, de par ses répercussions, tant sur la qualité des apprentissages que sur celle de l'adaptation sociale de l'enfant, est rapidement constatée et décrite par la majorité des auteurs, la question de son statut – symptomatique ou syndromique - puis celle de son origine – organique ou psychoaffective - alimentent très tôt de nombreuses controverses.

A. Les travaux des auteurs européens : l'instabilité.

1 - Première période : fin du XIX^e, début du XX^e siècle : approche descriptive, prédominance de l'organogénèse.

La psychiatrie au XIX^e et au XX^e siècle est encore toute imprégnée des hypothèses constitutionnalistes, organicistes, défendues par les auteurs des siècles précédents. L'étude des troubles mentaux de l'enfant en est à ses balbutiements et les auteurs qui traitent de la pathologie mentale infantile ne se soucient guère de nosologie dans leurs descriptions cliniques empreintes d'un adulto-morphisme patent.

C'est néanmoins dès la fin du XIX^e siècle qu'émergent les premiers travaux de l'école française, ainsi que des auteurs de langue allemande, s'intéressant aux difficultés comportementales de l'enfant, à type d'agitation et de troubles attentionnels. C'est, à cette époque, le terme d'instabilité (mentale puis psychomotrice) qui émerge des descriptions cliniques.

Le syndrome d'hyperactivité de l'enfant est décrit pour la première fois par l'allemand H. Hoffman.

En France, Bourneville, réputé pour avoir développé, dans la continuité des travaux de Seguin à Bicêtre, une approche médico-pédagogique dans la prise en charge des arriérés mentaux (alors appelés « idiots » ou « imbéciles »), étend son action aux débiles légers, dont on ne se préoccupait guère jusqu'alors, et décrit en 1897 les « débiles légers instables ». Il est généralement considéré comme le premier auteur français à avoir cité l'instabilité dans une description clinique. [49]

En fait, selon Welniarz, ce concept apparaît en 1892 dans la thèse d'un élève de Bourneville, nommé Charles Boulanger, qu'il intitule « Contribution à l'étude de l'instabilité mentale » [26]. Il y fait la description suivante des enfants instables : « ils se signalent par un manque d'équilibre dans les facultés de l'esprit. Ils ne peuvent fixer longtemps leur attention ; ils n'ont aucun attachement ; il faut

qu'ils fassent autrement que les autres. Ils sont intelligents mais leurs incohérences répétées, leurs excentricités continuelles, ont bientôt attiré l'attention sur eux. Il semble qu'une force inconnue les pousse périodiquement à des écarts de conduite dont ils ne peuvent donner la raison quand on les interroge. Ce sont des instables du point de vue mental. » [160].

Bourneville [27] précise par la suite les caractéristiques de cette instabilité : « mobilité intellectuelle et physique extrême, susceptibilité et irritabilité, penchant à la destructivité, besoin d'une surveillance continue, insouciance et négligence, suggestibilité et soumission aux personnes aimées ». Il note qu'elle s'observe plus fréquemment chez les débiles légers que chez ceux dont la déficience intellectuelle est plus profonde.

Kraepelin est souvent cité pour sa description des « psychopathes instables ». En 1898, dans son exposé qui concerne principalement des adultes, il précise que 5% de ces psychopathes instables sont âgés de 10 à 15 ans. Pour cet auteur, l'instabilité psychomotrice correspond à un trouble de la personnalité de type psychopathique. [51]

L'allemand Demoor, en 1901, décrit l'instabilité mentale infantile qu'il nomme « chorée mentale ». Il indique que cette instabilité peut exister avec ou sans arriération mentale. Il s'agit d'une véritable entité clinique qui regroupe « de façon variable un déséquilibre affectif, un excès d'expression des émotions, une ambivalence des réactions, un manque d'inhibition et d'attention, un besoin incessant de mouvement et de changement, si bien que les gestes et les paroles sont saccadés ». [49]

J. Philippe et G. Paul-Boncour, en 1905, consacrent un chapitre de leur livre « Les anomalies mentales des écoliers » aux « écoliers instables ». Il s'agit d'une catégorie d'écoliers qui ne présentent ni arriération mentale, ni pathologie psychiatrique avérée, mais dont l'incapacité à fixer leur attention génère les difficultés d'apprentissage : « brillants en certaines branches de l'enseignement, ils sont nuls dans certaines autres. Ils montrent dans leurs aptitudes une déconcertante dysharmonie ». [49]

Pour Dupré, défenseur de la doctrine de la « dégénérescence mentale » introduite en psychiatrie par Morel, et fondateur en 1919 de la « doctrine des constitutions », l'instabilité « révèle l'étroite association étiologique et clinique des deux déséquilibres mentaux et moteurs ». Elle représente selon lui une des manifestations de surface, au même titre que la « débilité motrice », le tremblement essentiel, la chorée, l'épilepsie, le bégaiement, les tics et les stéréotypies, du « déséquilibre moteur congénital », dont l'origine est constitutionnelle. Elle associe une agitation motrice continue et une incapacité d'attention. L'accent est mis sur l'intrication de ces deux types de fonctions, motrice et attentionnelle, ce qui ouvre la voie au courant naissant de la psychomotricité. L'auteur repère par

ailleurs chez les enfants instables, une labilité de l'humeur, ce qui est nouveau dans la description de ce trouble [92].

En 1914, G. Heuyer, dans sa thèse sur « Les enfants anormaux et les délinquants juvéniles » [71], reprend les idées développées seize ans auparavant par Kraepelin en insistant sur la fréquence des « troubles du caractère et des instincts moraux chez les enfants instables alors que la débilité mentale est, contrairement au point de vue de Bourneville, loin d'être constante chez ces enfants ». Il est le premier auteur français à envisager l'instabilité de l'enfant comme un syndrome, non seulement en raison de l'association d'un certain nombre de symptômes : « défaut d'attention ou instabilité mentale, hyperactivité, comportement pervers avec incorrigibilité » mais également en raison de son évolution fréquente à l'adolescence vers la délinquance. Pour cet auteur, le manque de continuité est la principale caractéristique de l'instabilité, ce trouble qui s'exprime dans les trois domaines de l'affectivité, la motricité et le fonctionnement intellectuel : « c'est un trouble psychomoteur dans lequel l'émotivité est labile, variable, comme l'inaptitude motrice à continuer la même action, à soutenir un rythme régulier, à réagir de façon constante, à persévérer dans une entreprise et, au point de vue intellectuel, à fixer l'attention ».

En 1925, paraît la fameuse thèse d'Henri Wallon sur « L'enfant turbulent » [159]. Cette thèse traite des stades et des troubles du développement psychomoteur chez l'enfant. Ainsi, dans une perspective développementale qui souligne le problème de la maturation neurologique, il caractérise l'instable par un arrêt du développement psychomoteur à un niveau variable selon les cas. Il décrit quatre stades évolutifs de développement psychomoteur, que l'enfant doit traverser successivement pour accéder, vers l'âge de trois ans, à la conscience objective de soi : le stade impulsif, le stade émotif, le stade sensori-moteur et le stade projectif. Chacune de ces étapes est à la fois un moment de l'évolution mentale et un type de comportement.

Tout en reconnaissant une grande importance aux facteurs affectifs et environnementaux, il reste influencé par des considérations organicistes et développe une approche anatomo-clinique des troubles moteurs qu'il observe : son principe consiste à regrouper ces divers troubles moteurs en fonction des différents centres nerveux qui les produisent et à chercher des corrélations entre ces différents groupes et les perturbations psychiques. Il écrit en effet que « le mouvement est d'abord l'unique expression et le premier instrument du psychisme ». Ainsi, il retient quatre grands syndromes psychomoteurs qui ont en commun une importante instabilité :

- *le syndrome d'asynergie motrice et mentale*, en rapport avec des signes d'insuffisance cérébelleuse, et qui donne la motilité et la mentalité asynergiques, réalisant un tableau d'instabilité motrice et posturale majeure avec incontinence émotionnelle extrême.

- *le syndrome d'hypertonie*, en lien avec les pathologies corticales et mésencéphaliques, et qui produit la motilité et la mentalité hypertonie-chorée.
- *le syndrome d'automatisme émotivo-moteur*, secondaire aux pathologies de l'appareil optostrié, et en rapport avec la perversité considérée comme la « conséquence psychique de la simple incontinence optostriée ».
- *le syndrome d'insuffisance frontale* qui se manifeste par une instabilité caractérisée surtout par des difficultés d'attention, avec incapacité à développer sa pensée aussi bien dans le domaine des perceptions que des représentations.

Ultérieurement, en 1955, il élabore une autre classification, également fondée sur un substratum neuroanatomique, et retient trois classes d'enfants instables : l'instable asynergique, l'instable épileptoïde et l'instable subchoréique.

En 1933, en Italie, Sancte de Sanctis restreint le champ de l'instabilité à l'âge infantile et la considère comme l'expression de conflits de la personnalité en formation.

En 1940, J. Abramson [1], élève de G. Heuyer, reprend l'étude des enfants instables sous l'angle des 3 domaines fondamentaux : affectif, intellectuel et moteur. Elle considère que l'instabilité résulte d'un « déséquilibre », d'une dysharmonie entre ces trois registres, par opposition à « l'équilibre » et « la corrélation » qui s'établissent progressivement chez l'individu normal. Elle montre également que les conditions de vie familiale et sociale jouent un rôle dans la survenue et le développement de l'instabilité. Par ailleurs, elle distingue l'instabilité psychomotrice des cas où l'instabilité n'est qu'au second plan par rapport à d'autres troubles. Enfin, elle note l'existence d'une instabilité normale propre au jeune enfant, lorsque l'équilibre psychomoteur n'est pas encore acquis (troisième année), ainsi que des périodes d'instabilité normale lorsque cet équilibre est sujet à des remaniements (début de la scolarité, puberté).

En 1954, Kiener décrit dans une thèse de médecine menée à Alger deux formes d'instabilité : l'instabilité constitutionnelle et l'instabilité acquise. Elle déclare que « si l'on confond instabilité acquise et instabilité constitutionnelle, c'est que l'on ne sait pas dégager le trouble primitif propre à l'enfant, qu'est l'instabilité, de ses conséquences psychologiques liées aux réactions du milieu et les contre-réactions de l'enfant aux frustrations et réprimandes dont il est le plus souvent l'objet ». L'instabilité constitutionnelle est donc décrite comme un trouble primitif, répondant à des dispositions innées, souvent héréditaires. Elle se manifeste très précocement, en particulier par une activité motrice excessive in utero, ainsi que par une tendance, chez le tout-petit de moins d'un an, à être particulièrement et exagérément remuant. Son développement psychomoteur est dysharmonique.

Les instabilités acquises, elles, peuvent être la conséquence de facteurs organiques, psychologiques, affectifs, éducatifs, socio-économiques ou familiaux.

On constate en conclusion qu'en Europe, au cours de la première période que nous venons de décrire, le concept d'instabilité psychomotrice a été en constante évolution. La question de son association à la débilité mentale s'est progressivement estompée et les facteurs environnementaux et affectifs ont commencé à prendre une place conséquente dans son étiopathogénie, en lien avec les facteurs organiques dont ils peuvent moduler l'expression.

2 - Deuxième période : à partir de 1950 : impulsion psychodynamique dans la compréhension du symptôme.

A partir des années 1950, de plus en plus de psychiatres se lancent dans une analyse critique de la pensée psychiatrique, qui s'accompagne d'une mise à distance du déterminisme organique et des théories de la dégénérescence. Les patients sont considérés dans leur globalité physique et psychique, ce qui permet de les envisager aussi comme des individus porteurs d'une histoire et pas uniquement comme des victimes de désordres organiques.

La théorie psychanalytique freudienne a totalement modifié l'approche des troubles mentaux de l'enfant, tant et si bien que certains auteurs considèrent qu'elle a signé l'acte de naissance de la psychiatrie de l'enfant. Son essor progressif ouvre la voie aux travaux cliniques de psychiatres-psychanalystes d'enfants et d'adolescents, qui s'interrogent sur la signification psychodynamique de l'instabilité psychomotrice, symptôme à resituer dans l'ensemble du fonctionnement et de l'organisation mentale de l'enfant, dans ses aspects intrapsychiques aussi bien que relationnels.

L'intérêt se porte, avec Lebovici notamment, sur les conditions affectives et éducatives de l'enfant, et tout particulièrement sur les interrelations entre l'enfant et son environnement. L'instabilité devient dès lors l'expression symptomatique d'un mode de fonctionnement du psychisme de l'enfant en interaction avec son milieu, notamment familial, ou, à défaut justement, des carences quantitatives ou qualitatives de cet environnement.

De Ajuriaguerra, tentant de dépasser la dichotomie théorique – organique/psychogénique - jugée bien trop réductrice, montre aussi l'importance de l'environnement sur l'évolution du développement psychomoteur et psychologique de l'enfant, tout en précisant qu'il est par ailleurs déterminé aussi par la génétique et la maturation neurologique.

En 1973, dans son Manuel de psychiatrie de l'enfant [3], il distingue deux formes d'instabilité : d'une part l'instabilité *subchoréique* ou instabilité psychomotrice, et d'autre part l'instabilité *affectivo-caractérielle*.

La première est un « mode d'être moteur ». Elle est constitutionnelle, résulte d'une « incapacité de frein de mouvement [...], soit qu'il s'agisse d'un excès de besoin de mouvements, soit d'une incapacité à les inhiber », et s'exprime par conséquent en permanence, sans distinction de lieu.

La seconde, la forme affectivo-caractérielle, est au contraire « en relation avec la situation du milieu dans lequel ces enfants vivent ». Elle est considérée comme un « désordre de l'organisation de la personnalité survenu à un âge précoce ». Il s'agit d'enfants qui ne parviennent pas à établir des relations d'objets satisfaisantes « soit du fait d'une insuffisance pulsionnelle, soit du fait d'un excès pulsionnel ».

Pour cet auteur, ces deux formes ne sont pas en contradiction l'une avec l'autre, même si elles n'ont pas nécessairement une signification étiologique et pathogénique identique. Elles constituent les deux pôles entre lesquels se situe l'instabilité, selon un continuum qui rend compte du polymorphisme de cette affection.

En 1982, Thiffault reprend la description clinique de l'instabilité sous le terme plus moderne d'« hyperactivité » pour en différencier une forme constitutionnelle avec troubles moteurs de la forme dite « socio-éducative », sans trouble moteur. L'hyperactivité est définie par l'association d'un « hyperkinétisme » (c'est-à-dire d'hyperactivité motrice au sens classique), de distractibilité et impulsivité. Quant au « déficit moteur », il signe le caractère constitutionnel de l'hyperactivité et imprime sa marque dans son expression clinique : « hyperkinétisme » plus stéréotypé, distractibilité plus régulière et moins profonde, impulsivité plus gratuite. C'est surtout l'absence de finalité perceptible aux symptômes et de relation compréhensible avec des facteurs extérieurs qui est notable. [148].

Bergès, en 1985, souligne l'aspect relationnel de l'instabilité « elle vient frapper le regard, l'ouïe, le tact, elle provoque » [17]. Les particularités des interactions entre l'enfant agité et ses parents lui font envisager l'instabilité avant tout comme une pathologie du lien. Il redéfinit la sémiologie psychomotrice comme une « tentative de séduction posturale », obligeant la mère à une surveillance permanente et une attention accrue, favorisant le maintien d'un lien de dépendance et agissant à l'encontre des processus de séparation-individuation. Il considère que cette symptomatologie est très liée à une quête identificatoire à la puissance de l'adulte.

Dugas [51], en 1987, distingue l'hypomanie de l'hyperactivité chez l'enfant. Pour lui, ces deux entités cliniques sont distinctes. Elles ont en commun l'hyperactivité, mais la dimension d'exaltation thymique ainsi que les troubles intellectuels (logorrhée, fuite des idées) qui caractérisent les états

hypomaniaques, ne sont pas retrouvés chez les enfants hyperactifs. Ceux-ci auraient au contraire tendance à l'autodépréciation.

Cette opinion n'est pas partagée par Diatkine et Denis [44], dans leur discussion sur la place de l'instabilité dans les psychoses infantiles. Reprenant les théories de Mélanie Klein sur les mécanismes de l'identification projective et des défenses maniaques, ils considèrent que l'instabilité majeure ne peut facilement être différenciée de l'hypomanie. L'hyperactivité serait une stratégie antidépressive proche de l'état maniaque, chez ces enfants qui présentent de grosses difficultés à élaborer la position dépressive.

Flavigny, en 1988 [56], s'appuyant sur le fait que l'hyperactivité est surtout le fait des garçons, montre que l'instabilité est une manifestation liée à l'établissement de la position virile, c'est-à-dire à l'intériorisation psychique de la référence sexuelle comme étant masculine.

B. Les travaux des auteurs anglo-saxons : l'hyperkinésie

Aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, l'instabilité de l'enfant a aussi été décrite dès le début du XXème siècle. Dès leurs premiers travaux, la majorité des auteurs de langue anglaise insistent sur l'organicité de ce qu'ils envisagent comme un syndrome, et qu'ils définiront ultérieurement comme un trouble à part entière.

Le médecin anglais Still semble être le premier, avant Paul-Boncour en France, à se pencher sur la nature organique de l'hyperactivité. Dans une publication du Lancet en 1902 [143], il explique les troubles du comportement de vingt enfants qui présentent les caractéristiques de ce que l'on nommerait aujourd'hui « hyperactivité » (agitation extrême, incapacité à soutenir l'attention, échec scolaire, même en l'absence de retard mental) par la présence d'une anomalie cérébrale lésionnelle, dans la mesure où ces troubles surviennent dans les suites de traumatismes crâniens ou de méningo-encéphalites aiguës. Il nomme cette entité pathologique « syndrome de lésion cérébrale », traduction de « brain damage syndrome ». Son étude précise que ces enfants provenaient souvent de familles chaotiques, mais qu'une population non négligeable d'entre eux semblait recevoir une éducation adéquate. Il suggère une prédisposition biologique, probablement héréditaire, à ce type de comportement, prédisposition qu'une atteinte cérébrale pré ou post-natale (infectieuse ou traumatique) viendrait révéler.

Cependant, à la même époque, d'autres travaux mettent en défaut ce lien de causalité entre l'hyperactivité et les lésions cérébrales. Pour Tredgold, en 1908, des troubles du comportement et des

difficultés d'apprentissage peuvent devenir patents à l'école primaire, alors que l'observation clinique néo-natale n'avait décelé aucun indice de souffrance cérébrale.

Progressivement, va se développer l'idée que, si la lésion cérébrale peut très bien passer inaperçue cliniquement, l'existence de troubles du comportement et notamment d'une hyperactivité, est suffisante pour affirmer l'authenticité de l'atteinte cérébrale, aussi indétectable soit elle. Ce parti pris étiologique ne manquera pas de heurter un grand nombre d'auteurs et de susciter de vives polémiques.

Smith, en 1926, proposera alors de remplacer la terminologie de « lésion cérébrale » par celle de « lésion cérébrale *a minima* » (« *minimal brain damage* »).

L'hypothèse lésionnelle séquellaire se voit renforcée par la survenue en 1918 de l'épidémie d'encéphalite von Economo qui sévit aussi bien en Europe qu'en Amérique du Nord. En effet, on observe alors chez nombre d'enfants survivants, comme séquelles de l'affection, un bouleversement de la personnalité, des difficultés d'apprentissage, et surtout un comportement hyperactif.

Ebaugh, en 1923, décrit à la suite de cette encéphalite « un changement complet de caractère. Des enfants normaux, dont l'adaptation à l'école et à la maison était bonne, étaient devenus soudainement *hyperkinétiques*, leur état était marqué par des périodes de bavardages incessants, de tension et de crises d'émotions, conduisant souvent à une incorrigibilité et à l'incapacité d'aller à l'école » [52].

Le terme « hyperkinésie » avait été emprunté à la sémiologie neurologique de l'adulte, par Hohmann-Kennedy, dès 1921, dans son étude sur les séquelles de traumatismes crâniens et de l'encéphalite von Economo chez l'enfant. C'est désormais cette appellation qui désignera le syndrome anglo-saxon dont le maître symptôme est l'hyperactivité motrice.

En 1937, Bradley [31] décrit un syndrome associant troubles de l'attention, hyperactivité et labilité émotionnelle, sans déficit de l'intelligence, et qu'il met sur le compte d'une lésion cérébrale probable. Sa grande découverte est le repérage d'un effet paradoxal à deux types de drogues chez les enfants souffrant de ce syndrome : le trouble est aggravé par les barbituriques qui sont habituellement sédatifs, alors qu'il est considérablement amélioré (comportement et performances scolaires) par une amphétamine (benzédrine) dont on pouvait au contraire s'attendre à ce qu'elle aggrave l'hyperactivité motrice. Ces effets pharmacologiques sont dès lors considérés comme la preuve de l'étiologie structurelle et/ou neurobiologique de l'hyperactivité, réalité désormais entendue outre-Atlantique.

D'un point de vue thérapeutique, cette publication n'aura, à l'époque, qu'un écho limité. En revanche, à partir des années 1950, la découverte des neuroleptiques (1952) et celle d'un autre psychostimulant,

le méthylphénidate (1957), vont donner lieu au développement extraordinaire des études sur les bénéfices de la chimiothérapie dans l'hyperkinésie de l'enfant.

En 1947, Strauss et Lehtinen adoptent un point de vue fonctionnaliste et montrent, grâce au recours à des tests neuropsychologiques, les désordres cognitifs et perceptivo-moteurs rencontrés chez les enfants hyperkinétiques présentant par ailleurs une inadaptation scolaire et familiale. Ils attribuent ces désordres à des lésions cérébrales passées inaperçues et définissent le syndrome de « Minimal Brain Injury ». Cette perspective, issue des théories émergentes sur le traitement de l'information, sera par la suite légitimée par l'approche cognitive en développement.

En 1957, Eisenberg emploie à son tour le terme d'hyperkinésie désignant des enfants dont « l'activité motrice est excessive par rapport à la normale étant donné l'âge et le sexe de l'enfant ». Ce symptôme est, pour l'auteur, un des troubles psychiatriques les plus fréquents chez les enfants présentant des lésions cérébrales. Par la suite, il orientera différemment sa conception de l'hyperkinésie, en englobant certains troubles spécifiques des apprentissages scolaires dans un syndrome ayant une évolution propre et se rencontrant chez des enfants dont l'atteinte cérébrale n'est pas prouvée.

Tenant compte des polémiques suscitées par l'affirmation de l'étiologie lésionnelle de ce syndrome, l'Oxford International Study Group of Child Neurology, réuni en 1963, soutient l'opinion qu'on ne peut conclure par la seule étude des signes comportementaux à la présence d'une lésion, y compris une lésion indétectable. C'est alors à un *dysfonctionnement* neurologique que sont attribués les troubles observés, vocable qui permet de se soustraire à la nécessité de procurer des preuves observables. Ce groupe recommande de substituer le terme « lésion cérébrale a minima » (*minimal brain damage*) par celui de « dysfonctionnement cérébral a minima » (*minimal brain dysfunction*).

Notons malgré tout, face à ce courant organiciste très largement prédominant, les réactions de plusieurs auteurs anglo-saxons qui, dans une démarche originale d'inspiration psychanalytique, réaffirment l'aspect essentiellement psychoaffectif de l'hyperactivité (Segal et Winnicott). Pour eux, les manifestations comportementales agies témoignent d'un conflit psychoaffectif – intérieur ou avec l'extérieur – encore non élaboré par l'enfant et contre lequel il lutte. Ainsi, l'hyperactivité n'est, de leur point de vue, que l'expression symptomatique d'une pathologie réactionnelle voire de perturbations plus graves dans l'organisation de la personnalité.

Néanmoins, entre 1960 et 1970, les interrogations concernant l'organicité du syndrome hyperkinétique restent au centre des débats. De nombreuses études rétrospectives et longitudinales recherchent, dans les antécédents périnataux ou familiaux, des facteurs lésionnels ou héréditaires.

Ainsi, Prechtl, en 1961, définit le syndrome d'hyperexcitabilité du nouveau-né qui correspond à l'association d'anomalies cliniques décelées à l'examen neurologique (hypertonie, tremblements des membres lors de l'activité spontanée, seuil du réflexe de Moro extrêmement bas) et qui survient chez une grande proportion d'enfants ayant subi des atteintes lors de la grossesse ou de l'accouchement. L'observation longitudinale lui permet de constater qu'un grand nombre de ces nouveaux-nés hyperexcitables développent ultérieurement un syndrome « choréiforme ». A l'opposé, Rutter et *al.* concluent en 1966 à l'absence de corrélation significative entre les troubles du comportement (dont l'hyperkinésie) et les complications néonatales.

De 1970 à 1980, l'accent est mis, dans la description clinique des points cardinaux du syndrome, non plus sur l'hyperactivité motrice, mais sur le déficit de l'attention et l'absence de contrôle des impulsions. L'intérêt s'est déplacé du pôle moteur (hyperkinésie), au pôle idéique (déficit attentionnel), mais le présumé du déficit neurologique persiste. D'autres hypothèses étiopathogéniques que les dommages cérébraux sont avancées, appuyées par les données récentes de la neurophysiologie. Sont ainsi mis en exergue un hyperéveil cortical, un déficit dans la neurotransmission ou une immaturité neurologique.

L'utilité d'un traitement par les psychostimulants devient, à partir des années 1970, l'objet d'un débat passionné entre les psychiatres d'Amérique du Nord, au moment même où les classifications internationales proposent des critères précis de diagnostic de l'enfant hyperkinétique standard. Dans le DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – APA, 1968), la « Réaction hyperkinétique de l'enfant » fait son apparition.

De 1980 à nos jours, les efforts portent principalement sur l'affinement des critères diagnostiques de l'hyperactivité et l'extension des recherches scientifiques. Il faut noter les hésitations conceptuelles des groupes de travail chargés d'élaborer la définition de la notion d'hyperactivité dans le DSM, avec notamment une alternance entre des points de vue uni-, bi- ou tridimensionnel, selon les éditions.

Il faut aussi noter qu'en France, parallèlement au point de vue psychodynamique, les points de vue nord-américains et la notion d'hyperactivité en tant que catégorie diagnostique à part entière pénètrent progressivement, notamment avec l'école de l'hôpital Robert Debré (M. Dugas, puis M-C Mouren-Siméoni, M. Bouvard, et M-F Le Heuzey). [28 ; 29 ; 51]

C. Discussion

L'histoire du concept d'hyperactivité infantile a donc été marquée rapidement par la naissance de deux courants théoriques distincts qui n'ont, depuis lors et jusqu'à nos jours, pas cessé de s'affronter avec ardeur et passion.

D'un côté, l'approche résolument défendue par les auteurs anglo-saxons considère l'hyperactivité comme un syndrome, une entité diagnostique à part entière, caractérisée par une symptomatologie et une évolution spécifiques, ainsi qu'une étiopathogénie essentiellement neurobiologique, accordant peu de place à la vie psychique du sujet.

De l'autre côté, la tendance encore défendue à l'heure actuelle par un grand nombre de pédopsychiatres français conteste la validité du syndrome hyperkinétique et envisage les troubles observés comme des symptômes aspécifiques, ne relevant pas d'une origine unique neurobiologique mais de multiples facteurs d'ordre principalement psychoaffectif et relationnel.

L'enjeu de ce débat se situe bien évidemment à un autre niveau que celui des définitions, il se situe au niveau des orientations thérapeutiques à proposer, orientations subordonnées à l'étiopathogénie. Dans l'hypothèse du trouble neurobiologique, la légitimité de la chimiothérapie est prépondérante, alors qu'avec la vision psychodynamique, ce sont les techniques psychothérapeutiques qui dominent les options thérapeutiques, avec l'objectif de mettre à jour le sens profond inconscient du symptôme, et non pas de simplement le masquer, comme il est parfois reproché au médicament.

Au niveau des terminologies, l'école française restera tout au long de l'histoire fidèle à « l'instabilité de l'enfant » ou encore à « l'hyperactivité infantile ». Au contraire, les anglo-saxons désigneront par divers acronymes successifs le syndrome puis le trouble correspondant. Delion [43], suivant Barkley, résume ainsi l'évolution des idées dominantes en quatre périodes : 1900-1960 : le « *Brain Damage Syndrome* » puis le « *Minimal Brain Dysfonction* » (*MBD*) sont responsables des troubles du comportement ; 1960-1970 : le déclin du dysfonctionnement cérébral mineur et l'âge d'or du syndrome de l'enfant hyperkinétique ; 1970-1980 : l'émergence des troubles de l'attention ; 1980-1990 : la création du « Trouble déficitaire de l'attention » (*Attention deficit disorder : ADD*) puis du « Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH) » (*Attention déficit hyperactivity disorder : ADHD*).

Eu égard à ces disparités, la nécessité se fait sentir de créer un outil de référence qui procure un minimum d'unicité dans la désignation de ces troubles.

II - HISTOIRE ET ÉVOLUTION DES CLASSIFICATIONS NOSOGRAPHIQUES

La première apparition de l'hyperactivité infantile dans les classifications nosographiques survient dans le DSM-II, 2ème édition de la classification internationale des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*), mise au point par l'American Psychiatry Association.

Comme toute classification en psychiatrie, basée sur la nécessité pour les cliniciens d'harmoniser leur langage, non seulement d'une équipe professionnelle à l'autre, mais aussi d'une communauté scientifique d'un pays à un autre, elle se fonde principalement sur des consensus, initialement empiriques. Il n'existe en effet en psychiatrie aucun marqueur biologique indiscutable spécifique de tel ou tel trouble. Tout consensus étant par essence instable et en tout cas transitoire, les classifications se doivent d'être régulièrement révisées afin d'affiner, dans un souci de rigueur scientifique, les critères d'inclusion et d'exclusion qui permettent de délimiter une pathologie.

Ainsi en est-il de la définition de l'hyperactivité infantile, qui a connu de multiples remaniements, au fur et à mesure que divers travaux ont permis de préciser, au moyen d'analyses factorielles, comment les manifestations symptomatiques qui la caractérisent devaient être organisées.

A. DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders)

1 - DSM-II, 1968

La « Réaction hyperkinétique de l'enfance », classé dans les « Troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent », désigne le trouble dont le principal symptôme est la désinhibition motrice. L'impulsivité ne fait pas partie des symptômes décrits dans cette catégorie diagnostique.

Paradoxalement, eu égard à la pensée ambiante en Amérique du Nord, le DSM-II se démarque clairement de la perspective biologique alors en vogue, d'une part en postulant que l'instabilité de l'enfant est une réaction secondaire à diverses difficultés rencontrées dans l'entourage familial et/ou social et d'autre part en précisant que ce diagnostic ne peut être posé si le trouble est la conséquence d'une lésion cérébrale [58]. Cette orientation, inspirée des travaux d'influence analytique, sera néanmoins totalement abandonnée dans les éditions ultérieures du DSM.

2 - DSM-III, 1980

Le DSM-III privilégie l'abord cognitif et donne une place centrale au déficit attentionnel. Le trouble est rebaptisé « Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité » et classé dans la catégorie intitulée « Troubles déficitaires de l'attention ». L'hyperactivité et l'impulsivité font partie du tableau clinique pour lequel 3 catégories sont retenues :

- (1) Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (314.01) dans lequel « l'enfant montre des signes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité inappropriés, compte tenu du développement correspondant à son âge mental et réel ». Il est précisé que les symptômes étant « variables, ils peuvent ne pas avoir été observés directement par le clinicien ».
- (2) Trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité (314.00) où « les manifestations sont toutes identiques à celles du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, à l'exception de l'hyperactivité »
- (3) Trouble déficitaire de l'attention, type résiduel (314.80) où l'hyperactivité a disparu mais les symptômes d'inattention et d'impulsivité sont toujours présents. Les caractéristiques associées comprennent : « obstination, entêtement, négativisme, autoritarisme, brutalité, labilité de l'humeur, mauvaise tolérance à la frustration, crises de colères, mauvaise estime de soi ».

Le DSM-III accepte aussi la coexistence de deux diagnostics : trouble déficitaire de l'attention (314) et trouble des conduites (312).

3 - DSM-III-R, 1987

Dans cette édition révisée du DSM-III, le sous-type « Trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité » est abandonné. Le syndrome est alors considéré comme unidimensionnel, avec un regroupement des différents symptômes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité sous forme d'une liste unique de 14 items. Si un sujet répond à 8 de ces 14 items, alors il souffre d'un « Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité » (TDAH).

Les critiques faites au DSM-III-R sont nombreuses, en particulier l'absence de preuves empiriques dans l'élaboration des critères et le fait que, finalement, le diagnostic de TDAH peut être posé en l'absence de l'une des composantes majeures du trouble. Les catégories diagnostiques sont éminemment hétérogènes.

De nombreux travaux de recherche suivent, permettant de préciser la place des différentes manifestations symptomatiques et d'étudier la validité d'un abord multidimensionnel du trouble [34 ; 12]. Il apparaît ainsi que les enfants uniquement inattentifs diffèrent des enfants inattentifs et hyperactifs sur le plan des conséquences comportementales, qu'ils présentent moins de troubles des conduites, sont moins impulsifs, moins rejetés par leurs pairs mais sont davantage repliés sur eux-mêmes. [80 ; 81]

La révision des critères permet la mise au point du DSM-IV qui, selon les traducteurs du manuel, ne représente plus seulement le consensus d'experts qu'était fondamentalement le DSM-III. Le DSM-IV est le résultat du regroupement d'un nombre considérable de données empiriques : revues de la littérature, ré-analyses de données cliniques, résultats d'études sur le terrain centrées sur les points litigieux de la classification [4]. L'optimisation de la concordance entre les critères du DSM-IV et ceux des autres systèmes diagnostiques, en particulier la CIM-10, fait aussi partie de cette révision.

4 - DSM-IV, 1994.

Aucun des principes généraux retenus dans le DSM-III n'a été abandonné dans le DSM-IV : approche clinique purement descriptive, modèle médical de type catégoriel, diagnostics reposant sur des listes de critères et évaluations multiaxiales.

Dans le DSM-IV, c'est dans la catégorie « Troubles : déficit de l'attention et comportement perturbateur » qu'est classé le « Trouble : Déficit de l'Attention /Hyperactivité » (F90.0)

On observe un modèle bidimensionnel (Déficit de l'attention et/ou Hyperactivité-Impulsivité) définissant trois sous-types cliniques de TDAH : une forme avec prédominance du déficit attentionnel, une forme avec prédominance de l'hyperactivité-impulsivité et une forme mixte. [Annexe1]

- 1) Dans la forme inattentive, l'enfant doit présenter au moins six des neuf critères d'inattention.
- 2) Dans la forme hyperactive, l'enfant doit présenter au moins six des neuf critères d'hyperactivité-impulsivité.
- 3) Dans la forme mixte, l'enfant présente à la fois six ou plus critères d'inattention et six ou plus critères d'hyperactivité-impulsivité.
- 4) A noter qu'il est également mentionné un « Trouble : déficit de l'attention/hyperactivité, non spécifié » (F90.9), réservé aux troubles avec symptômes évidents d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité, mais qui ne remplissent pas tous les critères de Trouble déficit de l'attention/hyperactivité.

Cette classification insiste sur la gêne fonctionnelle produite par les symptômes avant l'âge de 7 ans, sur la nécessité de constater cette gêne dans au moins deux types d'environnements différents et sur l'altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

B. CIM (Classification Internationale des Maladies)

1 - CIM-9, 1977.

La Classification Internationale des Maladies, éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé, comprend dans sa neuvième édition, une rubrique intitulée « Syndrome d'instabilité de l'enfance (syndrome hyperkinétique de l'enfance) ».

Il s'agit de « troubles caractérisés essentiellement par une faible capacité d'attention et de la distraction. Dans la première enfance, le symptôme le plus frappant est une hyperactivité, sans inhibition, pas vraiment organisée et contrôlée mais dans l'adolescence, l'activité peut au contraire être diminuée ». L'association fréquente à d'autres symptômes est également relevée : impulsivité, variations marquées de l'humeur, agressivité ainsi qu'un retard de l'acquisition des aptitudes spécifiques, une pauvreté et une perturbation des relations [113].

Il est précisé que « si l'instabilité est symptomatique d'un autre trouble, c'est ce dernier qui devra être codé ».

Plusieurs sous-groupes diagnostiques sont individualisés :

1) perturbation simple de l'activité et de l'attention (314.0) où l'inattention, la distraction, la turbulence sont les principaux symptômes ;

2) instabilité avec retard du développement (314.1) où le syndrome d'instabilité est associé à un retard de la parole, de la maladresse, des difficultés en lecture ou à d'autres retards dans l'acquisition des aptitudes spécifiques ;

3) troubles de la conduite associés à une instabilité (314.2) où le syndrome d'instabilité est associé à des troubles importants de la conduite sans retard du développement. Il s'agit ici d'une catégorie mixte, à la différence du DSM-III qui a bien séparé ces deux troubles mais qui accepte leur co-existence.

2 - CIM-10, 1993

Les critères diagnostiques pour la recherche des « troubles hyperkinétiques » (F. 90) exigent la présence d'une inattention, d'une hyperactivité et d'une impulsivité qui sont de début précoce, envahissantes, persistantes, et présentes dans plusieurs situations, et qui ne sont pas dues à un autre trouble. [Annexe 2]

Les critères de base servant au diagnostic sont tout à fait comparables entre le Trouble : déficit de l'attention/hyperactivité du DSM-IV et le trouble hyperkinétique de la CIM-10 [114]. Ces classifications diffèrent toutefois dans le poids qu'elles accordent aux dimensions du trouble : impulsivité et hyperactivité constituent une même dimension dans le DSM-IV, alors que la CIM-10 les considère comme séparées. Ainsi, le trouble hyperkinétique selon la CIM-10 est proche de la forme mixte du TDAH du DSM-IV.

La CIM-10 établit quatre sous-groupes :

- 1) Trouble de l'activité et de l'attention (F90.0) dans lequel l'ensemble des critères du trouble hyperkinétique (F.90) sont réunis, c'est-à-dire au moins 6 symptômes d'inattention, 3 d'hyperactivité et 1 d'impulsivité, alors que ceux du trouble des conduites (F.91) ne le sont pas.
- 2) Trouble hyperkinétique et trouble des conduites (F90.1) quand l'ensemble des critères du trouble hyperkinétique (F.90) et l'ensemble des critères du trouble des conduites (F.91) sont simultanément présents.
- 3) Autres troubles hyperkinétiques (F90.8)
- 4) Troubles hyperkinétiques sans précision (F90.9)

Ces deux classifications internationales, qui sont parmi les plus utilisées, suscitent, du fait de leur caractère purement descriptif du symptôme comportemental, un grand nombre de critiques que nous aborderons en discussion.

C. CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent)

Cette classification, issue d'un groupe de travail composé de psychiatres français, a vu le jour à la fin des années 80. Elle a été réactualisée plusieurs fois et révisée de façon importante en 2000. La CFTMEA se démarque nettement des 2 classifications précédentes par son objectif permanent d'aborder les différents troubles rencontrés en pédopsychiatrie en respectant l'approche psychodynamique dominante en France, c'est-à-dire en donnant la priorité à la compréhension des

mécanismes psychologiques et des structures de personnalité, tout en répondant aux exigences d'une critérisation indispensable. Cette approche est éloignée de celles du DSM-IV et de la CIM-10 qui, se voulant a-théoriques, sont allées jusqu'à récuser les références à la psychose et à la névrose.

Ainsi, il existe dans cette classification, qui compte au total neuf chapitres, quatre catégories principales classées de 1 à 4 et qui correspondent à l'identification du diagnostic structural : l'identification du caractère psychotique, névrotique, narcissique ou réactionnel des troubles constitue le premier temps de la démarche diagnostique. Celle-ci repose sur l'anamnèse et l'observation mais également sur l'élaboration de l'aspect éminemment subjectif de la rencontre, et notamment de l'analyse des mouvements transférentiels.

1 - La CFTMEA, 1993 [108]

Dans cette classification, l'instabilité psychomotrice se trouve répertoriée sous le nom « hyperkinésie, instabilités psychomotrices » (6.08) parmi les « troubles psychomoteurs », dans la catégorie 6 qui regroupe les « Troubles des fonctions instrumentales et des apprentissages ».

Le premier temps de l'évaluation doit, comme nous l'avons dit plus haut, rechercher l'existence éventuelle d'un trouble relevant d'une des 4 catégories principales « psychose », « troubles névrotiques », « pathologies de la personnalité et troubles évolutifs hors névrose et psychose », « troubles réactionnels ». La catégorie dans laquelle figure l'instabilité psychomotrice est donc une catégorie soit complémentaire si l'instabilité est constatée au sein d'une de ces quatre catégories, soit principale dans le seul cas où les troubles ne peuvent pas s'inscrire dans les catégories 1 à 4.

2 - La CFTMEA R-2000, 2002. [107]

Dans cette version récente, on note diverses innovations qui portent sur des aspects cliniques, psychopathologiques, nosographiques, et qui permettent de renforcer les liens avec la CIM-10.

Les principes qui confèrent son originalité à la CFTMEA n'ont pas été modifiés, et les auteurs notent qu'il « est apparu possible de reconnaître la place prise par des terminologies ou par des modes d'orientation taxinomique qui sont employés dans d'autres classifications- mais cela sans céder sur le maintien des perspectives psychopathologiques ». Ainsi, la classification française prend en compte les orientations symptomatiques et comportementales, tout en obligeant le clinicien à s'interroger en tout premier lieu sur la signification de ces troubles dans la perspective de l'économie psychique du sujet.

L'instabilité se trouve, dans cette version révisée, exclue des « troubles psychomoteurs » pour être classée, en tant que « hyperkinésie avec troubles de l'attention » (7.00.) parmi les « troubles hyperkinétiques » (7.0.) dans le chapitre 7 intitulé « troubles des conduites et des comportements », qui regroupe les troubles à dominante comportementale, dont certains constituent des syndromes suffisamment individualisés en tant que tels.

Néanmoins, il reste essentiel de rechercher dans quels cas ce regroupement symptomatique peut s'intégrer dans l'une des 4 premières catégories, désormais étiquetées « autisme et psychoses », « troubles névrotiques », « pathologies limites » et « troubles réactionnels ».

La description symptomatique est brève et globale dans la CFTMEA : l'hyperkinésie est caractérisée d'un point de vue symptomatique avec un versant psychique et un versant moteur. L'impulsivité est ici incluse dans la dimension psychique du trouble [Annexe 3]. Les symptômes sont décrits comme susceptibles de varier selon le contexte et ne sont pas énumérés dans le détail, contrairement aux descriptions précises de faits qui deviennent des critères dans les deux classifications internationales vues précédemment. Ceci a pour corollaire que la CFTMEA se prête mal à des études épidémiologiques.

Comme dans la CIM-10, les deux versants attentionnel et moteur doivent être présents pour satisfaire à la description du trouble hyperkinétique, à la différence du DSM IV dans lequel existe la forme « Trouble : déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante ».

Les auteurs de la CFTMEA R-2000 ont, eux, isolés foncièrement des troubles hyperkinétiques (catégorie 7 caractérisée par la composante comportementale prédominante), les « troubles de l'attention sans hyperkinésie » (6.13.), qui sont classés, « dans une perspective descriptive, sans référence étiopathogénique » [107], parmi les « troubles cognitifs et des acquisitions scolaires » (6.1.) dans la catégorie « troubles spécifiques du développement et des fonctions instrumentales » (6.).

D. Discussion

Malgré les efforts considérables faits depuis plus de 20 ans pour mettre en place des systèmes de classification cohérents, la question de la validité des diagnostics ainsi identifiés reste posée. Les critiques formulées à l'encontre des classifications internationales restent nombreuses et participent à entretenir le doute sur le bien-fondé de l'existence même du « trouble hyperactivité ».

Certes, tout le monde s'accorde pour déclarer que ces classifications sont des outils nécessaires de standardisation, indispensables dans le domaine de la recherche, de l'épidémiologie, de l'évaluation thérapeutique, qui nécessitent rigueur, fiabilité, reproductibilité [96].

La précision avec laquelle ont été élaborées les deux grandes classifications internationales (DSM IV, CIM-10) a le mérite d'avoir pour objectif de clarifier le champ clinique en limitant le flou, propice à tous les débordements, qui entoure le concept d'hyperactivité, cette « nébuleuse syndromique » comme la désigne Marcelli [96].

Cependant, et c'est une des principales critiques, de par la volonté d'une analyse quantifiable, ces classifications ont tendance à mettre en avant la partie la plus visible du comportement, les symptômes, en particulier ceux qui dérangent, au détriment des aspects structurels plus profonds (organisation de la personnalité, dynamique familiale et individuelle), qui ne sont que peu, pour ne pas dire pas, pris en compte.

Rappelons toutefois que le DSM IV est une classification multiaxiale, qui comprend 5 axes : Axe I : les troubles cliniques ; Axe II : les troubles de la personnalité ; Axe III : les affections médicales générales ; Axe IV : les problèmes psychosociaux et environnementaux ; Axe V : l'évaluation globale du fonctionnement. Ce système multiaxial a pour ambition d'être « adéquat pour le classement et la communication des informations cliniques, pour saisir leur complexité et pour décrire l'hétérogénéité des sujets qui ont le même diagnostic » [4]. Ainsi, on pourrait espérer que, grâce aux différents axes, la symptomatologie visible se verrait complétée par des éléments plus structurels, et par des informations anamnestiques synchroniques et diachroniques.

Malheureusement, dans la réalité de la pratique clinique, il apparaît qu'à partir du moment où l'axe I constitue le diagnostic, les autres axes sont peu évalués, ou peu pris en compte. S'ils le sont, ils paraissent simplement apposés au diagnostic de l'axe I, mis en parallèle, comme s'il n'y avait pas de lien entre eux. Par exemple, en ce qui concerne les troubles de la personnalité (Axe II), il est précisé que « lorsque le sujet a *conjointement* un trouble de l'axe I et un trouble de l'axe II, le diagnostic principal ou le motif de consultation est normalement celui de l'axe I... [4] ». Aucune connexion entre les deux « troubles » ne semble envisagée. Le symptôme n'est qu'un moyen de porter le diagnostic, sa valeur ou son sens au sein de l'économie psychique du sujet ne sont pas considérés. La réflexion semble se porter uniquement dans une recherche de lien de causalité objective, linéaire, excluant la complexité, la subjectivité et l'intersubjectivité, dimensions pourtant essentielles dans la manière dont un sujet peut trouver sa place dans son environnement, peut apprendre à agir, interagir et réagir face aux diverses situations auxquelles il est confronté.

Outre la critique précédente qui pointe la prépondérance de l'analyse des manifestations repérables, bruyantes, sur les contenus plus latents des comportements, c'est également le manque de spécificité des critères choisis, leur caractère transnosographique, qui créent la polémique. L'inattention ou l'instabilité psychomotrice peuvent être des symptômes qui s'expriment dans divers

troubles psychopathologiques ainsi que dans certaines affections médicales ou iatrogènes (hyperthyroïdie, épilepsie, syndrome de l’X fragile...) [58]. La grande étude épidémiologique de Rutter en 1970 [130] a démontré que l’inattention en tant que symptôme n’est pas spécifique ; dans cette étude, le défaut de concentration est associé de façon significative et équivalente aux « troubles émotionnels » et aux « troubles des conduites ».

Ainsi, la question de la pertinence de hisser des symptômes au rang de catégories morbides individualisées est de nouveau posée, y compris aux Etats-Unis, comme en témoigne l’article récent de Kendel et Jablensky [76] : les auteurs discutent la tendance à assimiler implicitement les catégories décrites dans les classifications actuelles à des maladies (passage de la notion de « disorder » à celle de « disease »). Ils précisent qu’il faut différencier utilité et validité : en effet, un diagnostic peut avoir une certaine utilité pragmatique, notamment thérapeutique, mais la question de la validité est d’un tout autre ordre. Le consensus d’un groupe d’experts et la vérification de la reproductibilité de l’application d’un ensemble de critères par différents observateurs (le coefficient Kappa mesurant l’accord interjuges) ne sauraient être suffisants. Pour ces auteurs, deux des critères fondamentaux de validité d’une entité pathologique dans un système catégoriel sont d’une part, la possibilité d’établir des frontières claires entre normal et pathologique et d’autre part, le fait que la population concernée ne recoupe pas la population décrite dans d’autres entités. Ces deux points, nous y reviendrons, sont justement très discutables au sujet du diagnostic de « Trouble déficit de l’attention/hyperactivité », trouble qui entretient des « comorbidités » avec une fréquence telle (70% des enfants diagnostiqués TDAH ont également un « Trouble oppositionnel » ou un « Trouble des conduites ») que l’on est en droit de se poser la question d’un recouvrement syndromique entre TDAH et d’autres troubles, et donc de la légitimité d’en faire une catégorie diagnostique à part entière. Corrélativement est donc posée la question de l’hétérogénéité des cas regroupés par les classifications internationales sous l’étiquette « syndrome hyperkinétique ».

Pour reprendre le problème soulevé plus haut de la limite, toujours difficile à fixer, entre le normal et pathologique, il faut rappeler que, concernant l’hyperactivité infantile, cette distinction est d’autant plus délicate qu’il faut prendre en compte le niveau de développement de l’enfant, en fonction de son âge. Ainsi, Marcelli [96] rappelle qu’en plus des difficultés inhérentes à tout système de classification en psychiatrie, des obstacles supplémentaires surgissent dans le domaine particulier de la pédopsychiatrie. En effet, contrairement à ce qui s’observe chez l’adulte, la sémiologie chez l’enfant change d’expression et de signification en fonction de l’évolution de la croissance. La dépendance importante à l’entourage, en particulier à la famille, est une autre donnée à prendre en compte, de même que le caractère limité de l’évocation spontanée de la symptomatologie par le patient lui-même (dans nombre de cas, ce sont les parents ou les enseignants qui mettent en avant une plainte).

Après ces considérations sur les insuffisances des deux grandes classifications internationales, on peut de nouveau souligner le caractère novateur du travail fondateur opéré au plan nosographique par le Pr Misès qui, grâce à la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, a permis de réconcilier le légitime souci d'objectivation des échanges scientifiques en psychopathologie et les apports incontestables de la psychanalyse à la compréhension des troubles psychiques, spécifiquement chez l'enfant et l'adolescent. Il est néanmoins indéniable que cette classification, davantage utilisée dans la pratique quotidienne des pédopsychiatres français par rapport au DSM-IV, se prête peu à la rigueur scientifique d'études épidémiologiques quantifiables.

III - POSITION ACTUELLE DU PROBLÈME, À L'AUBE DU XXI^E SIÈCLE

Dans la continuité des oppositions historiques qui ont couvert le champ de l'hyperactivité au niveau théorique, l'antagonisme des conceptualisations, avec d'un côté les théories biologiques du cerveau et de l'autre les théories du psychisme, continue d'alimenter les débats entre les défenseurs de l'une ou l'autre de ces approches.

Néanmoins, les choses ont évolué et si les auteurs continuent à ne pas toujours partager la même conception étiologique de l'hyperactivité, ils sont nombreux à reconnaître l'existence de points de convergence dans le champ de la clinique (la description des comportements). Ils se montrent plus ouverts à accepter la diversité des approches et l'ouverture de ponts entre la psychopathologie et la neurobiologie.

A. Question du cadre nosologique

Si l'on considère le niveau d'analyse purement clinique, on peut dire qu'il existe à l'heure actuelle un consensus sur la réalité de l'existence d'une entité cliniquement identifiable chez une catégorie particulière d'enfants qui sont « agités », ne « tiennent pas en place » et qui présentent des difficultés attentionnelles ainsi qu'une impulsivité invalidantes. En somme, l'existence d'une « hyperactivité pathologique » clinique n'est plus contestée. L'affirmation selon laquelle il s'agirait d'un mythe inventé de toutes pièces perd de sa vigueur.

En revanche, la caractérisation de cette entité clinique en tant que trouble individualisé appelé TDAH ou encore THADA (Trouble hyperactif avec déficit de l'attention) est encore loin de faire l'unanimité. L'enquête de Gilloots [65], réalisée auprès de pédopsychiatres français dans le but d'étudier la correspondance entre la reconnaissance du symptôme par le clinicien (qui dans cette étude

se réfère dans sa pratique majoritairement à la psychanalyse) et l'utilisation des catégories nosographiques montre l'important décalage qui existe entre la bonne reconnaissance clinique du trouble et le fait de soumettre cette réalité clinique à la rigueur nosographique. En effet dans la nosographie, le diagnostic de THADA est implicitement lié à la question encore fortement débattue de l'étiologie organique du trouble.

Au niveau de l'usage des terminologies en France, on trouve selon les auteurs les termes d'hyperactivité, d'instabilité psychomotrice, d'hyperkinésie, d'hyperactivité avec troubles de l'attention, de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (THADA). Dans les pays anglo-saxons, au contraire, le terme désormais consacré est celui d'*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* affublé de son acronyme ADHD. L'emploi de ces différentes appellations participe à entretenir le flou concernant la définition du trouble, car tout en voulant désigner des états cliniques similaires, ces appellations renvoient à des concepts étiopathogéniques différents.

Nous verrons qu'actuellement, pour un grand nombre d'auteurs français [28 ; 58 ; 125 ; 133 ; 155], la terminologie « Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité » (THADA) est réservée, non pas à l'ensemble des tableaux d'hyperactivités réunissant les critères cliniques des classifications, mais à ceux dont l'origine est constitutionnelle, primaire, par opposition aux hyperactivités dites secondaires, symptomatiques d'autres troubles.

B. Question de l'étiologie : émergence d'une conception nuancée

La question de l'étiopathogénie exacte de l'hyperactivité infantile reste encore ouverte et largement spéculative.

Les auteurs nord-américains, restés fidèles à une vision organiciste, estiment qu'il s'agit d'un syndrome bien défini, reposant sur des critères diagnostiques et étiopathogéniques précis ; l'agitation serait la conséquence d'un trouble de l'attention d'origine neurologique, justifiant la mise en route d'un traitement psychostimulant. Dans leur pratique, la définition proposée par le DSM-IV regroupe *l'ensemble* de la symptomatologie sous l'expression Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (THADA).

A l'inverse, la majorité des pédopsychiatres français préfèrent retenir le caractère transnosographique de l'hyperactivité, considérée comme l'expression symptomatique d'un trouble de la personnalité ou de conflits affectifs et méritant une prise en charge psychothérapique.

A côté de ces deux positions extrêmes, l'une purement organiciste et l'autre purement psychogénétique, une attitude nouvelle et plus nuancée émerge dans la littérature française [28 ; 58 ; 125 ; 133 ; 155]. Elle consiste à postuler que l'instabilité psychomotrice de l'enfant peut être soit « primitive » (THADA), soit « secondaire » (à un trouble psychopathologique, à des conditions environnementales défavorables ou encore à des affections médicales). Cette hypothèse se situe dans le prolongement de l'idée d'un *continuum*, introduite par Ajuriaguerra dès 1973, entre deux extrémités représentées d'un côté par l'instabilité « subchoréique », d'origine constitutionnelle et de l'autre par l'instabilité « affectivo-caractérielle ».

1 - L'hyperactivité primitive ou idiopathique ou constitutionnelle (THADA)

Les avancées des neurosciences (voir page 63) ont démontré que certains comportements hyperactifs étaient sous-tendus par des troubles objectifs de l'attention, validant ainsi le concept de THADA [125].

Dans cette perspective neurocognitive, le diagnostic et l'appellation THADA doivent être réservés à certains cas bien définis d'instabilité dite constitutionnelle. Il s'agit de la forme syndromique d'instabilité, définie comme une entité clinique spécifique, de nature essentiellement neurobiologique, ayant son propre génie évolutif et répondant positivement à l'action des psychostimulants. Le THADA serait donc une des multiples causes d'hyperactivité. Sur une *vulnérabilité constitutionnelle* liée à des facteurs génétiques et neurobiologiques, des facteurs de risque environnementaux (familiaux, sociaux) viendraient interagir. La constitution et l'évolution du THADA serait liée au jeu complexe de ces interactions entre les deux niveaux – endogène et exogène – qui seuls ne sont suffisants pour aboutir à l'apparition d'une hyperactivité au sens pathologique du terme. Environ 10% des enfants hyperactifs relèveraient d'un diagnostic de THADA [32 ; 155].

2 - Les hyperactivités secondaires ou symptomatiques ou réactionnelles

Pour ces auteurs français, s'il fait peu de doute que l'hypothèse d'un trouble primaire et idiopathique peut légitimement être évoquée dans certains cas, il faut toutefois reconnaître que dans la majorité des situations auxquelles le clinicien est confronté, l'hyperactivité ne représente en réalité qu'une des nombreuses manifestations symptomatiques d'un quelconque trouble psychopathologique caractérisé, de conflits psychoaffectifs internes ou externes, ou encore d'une pathologie somatique ou iatrogène.

Ainsi, de multiples troubles ou affections diverses peuvent se traduire cliniquement par une instabilité psychomotrice dite alors secondaire : le tableau 1, inspiré de Fourneret [58], illustre les principaux de ces troubles.

Tableau 1 : Troubles pouvant entraîner une hyperactivité et/ou un déficit de l'attention *secondaires* [58].

TROUBLES D'ORIGINE PSYCHOAFFECTIVE	
Troubles psychopathologiques	
	Troubles envahissants du développement (autisme, psychose infantile, dysharmonie d'évolution)
	Troubles de la personnalité (état limite)
	Troubles anxieux d'allure névrotique (anxiété, angoisse de séparation, phobies)
	Troubles de l'humeur (dépression, hypomanie, manie)
Circonstances environnementales défectueuses	
	Conditions environnementales difficiles (maladies, deuils, séparations...)
	Attitudes parentales inadéquates ou incohérentes
	Carences affectives, éducatives, relationnelles
	Troubles psychopathologiques chez l'un des parents
AFFECTIONS SOMATIQUES	
Anté et périnatales :	Alcoolisme ou toxicomanie maternel(le) Ischémie/anoxie Dysmaturité, poids de naissance < 2500 gr
Infectieuses :	Encéphalite. Méningites bactériennes Parasitoses
Endocriniennes :	Troubles de la fonction thyroïdienne (hyperthyroïdie, hypothyroïdie traitée) Hypopituitarisme Hypoparathyroïdie
Neurologiques :	Epilepsies Lésions cérébrales Déficits sensoriels Affection neurologique progressive ou métabolique
Neuropsychologiques	Retard mental Retard de langage Troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dysphasie, dyspraxie) Précocité intellectuelle
Cardiologiques	Tétralogie de Fallot opérée Agénésie des gros vaisseaux
Chromosomiques	Syndrome de l'X fragile Syndrome de Klinefelter Syndrome de Turner
Toxiques	Intoxication aux métaux lourds
Traumatiques	Syndrome subjectif des traumatisés crâniens
Iatrogènes	Traitement par Théophylline, corticoïdes, barbituriques, anti-épileptiques

3 - Interactions réciproques entre facteurs endogènes et facteurs exogènes

A l'heure actuelle, on peut dire que l'attitude qui consiste à tenir compte de la complexité des relations entre maturation neurobiologique et développement de la personnalité l'emporte sur l'attitude dichotomique organique/psychoaffectif. Les interactions réciproques entre déterminants lésionnels, fonctionnels et psychoaffectifs sont mises en exergue. En effet, un trouble d'origine lésionnelle ne peut manquer d'entraîner des répercussions psychiques sur l'enfant lui-même, mais aussi sur ses parents, ce qui a d'importantes conséquences dans l'établissement et le développement de la relation entre l'enfant et ses parents. Inversement, il est incontestable que les perturbations de la relation précoce parents-enfants ont un retentissement sur le développement de la personnalité et sur la mise en place des fonctions instrumentales.

Il y a donc deux théories qui se sont longtemps opposées et qui aujourd'hui se rejoignent et se complètent. La prise en charge de l'hyperactivité se doit d'intégrer plusieurs niveaux de lecture de la pathologie. La lecture à un niveau symptomatique a autant de pertinence que la lecture à un niveau psychopathologique. Chacun de ces niveaux de lecture reste compatible avec le fait d'interroger les mécanismes tant dans une perspective psychodynamique que neurophysiologique. Loin d'être inconciliables, ces deux approches paraissent au contraire étroitement complémentaires pour la compréhension globale des enfants hyperactifs.

Dans la suite de ce travail, nous nous proposons d'utiliser le terme « hyperactivité » pour désigner ce tableau clinique particulier (sans référence à l'étiologie) sur l'existence duquel presque tous les cliniciens, quelle que soit leur référence théorique, s'accordent désormais. L'appellation « Trouble Hyperactivité avec Déficit de l'Attention » et son acronyme THADA seront réservés à l'appellation de l'hyperactivité primitive, constitutionnelle, d'origine vraisemblablement neurocognitive.

Nous proposons de décrire dans la deuxième partie l'état des connaissances concernant le THADA, en termes d'épidémiologie, de clinique, de comorbidités, de diagnostics différentiels, de traitements, d'évolution.

DEUXIEME PARTIE :

**LE TROUBLE HYPERACTIVITÉ
AVEC DÉFICIT DE L'ATTENTION (THADA)**

Ce tableau clinique est devenu en l'espace de quelques années un des motifs de consultation parmi les plus fréquents en pratique pédopsychiatrique. Nous avons vu de quelle façon, parfois radicale, il questionne sur la place du symptôme dans la compréhension du trouble dont souffre l'enfant.

Il est même parvenu dans les débats sur la place publique, par le biais des médias, de la télévision et d'internet. Des craintes sont régulièrement énoncées concernant les risques d'une inflation des prescriptions de médicaments amphétaminiques chez les enfants, suivant le modèle qui s'est opéré aux Etats-Unis, où l'utilisation de psychostimulants pour traiter l'hyperactivité a littéralement explosé depuis les années 1990 (augmentation chiffrée entre 400% [161] et 2000% au cours des années 1990 [47]) et où actuellement près de 5 millions d'enfants (soit 5% des enfants) prennent des stimulants.

La littérature foisonne d'articles innombrables concernant le sujet et ce travail n'a pas l'ambition d'être exhaustif sur toutes les données disponibles. On peut en effet rappeler que plus de la moitié des articles scientifiques publiés dans le monde ces dernières années, relatifs à la pédopsychiatrie sont consacrés à l'hyperactivité [101]. On ne dénombre pas moins de 9427 références pour le terme « Attention Deficit Hyperactivity Disorder » dans la base de données Pubmed depuis le début des années 1980, en date du 21 février 2006.

Afin d'envisager la question centrale mais difficile du diagnostic, nous souhaitons dresser un état des lieux des principales données scientifiques disponibles aujourd'hui relatives à ce trouble chronique, complexe et invalidant.

Nous envisagerons pour commencer l'épidémiologie, la clinique, la question des comorbidités et des diagnostics différentiels, les principales hypothèses étiopathogéniques, aussi bien selon les théories neurodéveloppementales que selon les théories psychodynamiques, les outils d'évaluation, les traitements et l'évolution du trouble.

I - EPIDÉMIOLOGIE

A. Généralités

Actuellement, la prévalence du THADA est estimée entre 3 et 5 % des enfants prépubères. [33]

De nombreuses études ont été menées à travers le monde pour déterminer la fréquence de l'hyperactivité et en décrire les caractéristiques associées. Les résultats parfois très discordants,

comme nous allons le voir, sont souvent expliqués par des variations méthodologiques d'une étude à l'autre [98].

L'épidémiologie psychiatrique est une discipline récente. En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les travaux pionniers sont ceux de Rutter dans les années 1970. Ils ont permis d'identifier les particularités méthodologiques de l'épidémiologie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent [129]. Chez l'enfant, en effet, l'aspect développemental doit être pris en compte car un même symptôme peut être pathologique ou non selon l'âge de la vie.

De plus, chez l'enfant, les sources d'informations sont multiples, contrairement aux pratiques de recherche chez l'adulte. Des études ont confirmé l'intérêt de combiner diverses sources d'information : l'enfant, l'entourage familial et/ou l'entourage scolaire [126 ; 134 ; 138]. Selon que l'enfant est identifié hyperactif par ses parents, son enseignant et son médecin ou par l'un seulement des trois intervenants, la prévalence varie de 1% à 6% [82]. La concordance entre ces trois « systèmes » d'identification n'est donc pas élevée.

B. Les difficultés.

1 - Méthodologiques

La première série de travaux, conduits avant la parution des critères diagnostiques du DSM-III (1980) mesure la prévalence des troubles externalisés, des symptômes comportementaux. Les critères diagnostiques utilisés sont variables et imprécis, les méthodes de recueil de données dissemblables, ce qui aboutit à des prévalences d'hyperactivité très variables (49% dans une étude de 1958 qui recueillait l'avis des mères sur les comportements de leur enfant [83] versus 16% dans une étude de 1981 qui utilisait des questionnaires proposés aux parents et aux enseignants [136]).

La deuxième série de travaux, à partir de 1985, utilise les critères diagnostiques des deux classifications internationales DSM ou CIM ; les critères sont étudiés à partir d'entretiens cliniques ou d'instruments diagnostiques standardisés. Mais selon que l'on se réfère à l'un ou l'autre de ces manuels de classification, les écarts de prévalence sont importants. Les études des auteurs européens utilisant la CIM-10 montrent une prévalence du « trouble hyperkinétique » de l'ordre de 1 à 2 % [144 ; 147] alors qu'elle est de 5 à 10 % dans les études qui utilisent le DSM-IV [144].

En outre d'autres études montrent comment la prise en compte des différents sous types de THADA proposée par le DSM-IV entraîne une nette augmentation de la prévalence du trouble par rapport aux versions précédentes du DSM : 9,6 % selon les critères DSM-III, 10,9 % selon les critères DSM-III-R et 17, 8 % selon les critères DSM-IV (forme inattentive : 9 % ; forme hyperactive : 3,9 % ;

forme mixte 4, 8 %) [13]. Ces données sont confirmées par une autre étude [166] incluant 8258 enfants et qui retrouve des prévalences de THADA de 7,3 % pour les critères DSM-III-R et de 11, 4 % pour les critères DSM-IV (forme inattentive : 5,4 % ; forme hyperactive : 2,4 % ; forme mixte : 3,6 %). Cette étude conclut que les critères DSM-IV, en comparaison du DSM-III-R, majorent la prévalence mais permettent de mieux caractériser l'hétérogénéité du trouble. Les questions de la spécificité et de la sensibilité des critères sont ici posées.

2 - Le normal et le pathologique

La difficulté à fixer des seuils différenciant le normal et le pathologique dans ce type de symptomatologie est démontrée par certaines études [152 ; 139]. Ces deux études utilisant le même questionnaire, sur le même type de population, retrouvent des prévalences très différentes d'hyperactivité (20% et 5,8%) pour des seuils respectivement fixés à 1.5 et 2 déviations standards au-dessus de la moyenne.

Cette question du normal et du pathologique est une question vaste, complexe, entourée de multiples autres questions dans les champs de l'éthique, de la culture, de la sociologie, de la politique... C'est une question qui dépasse le thème de l'hyperactivité mais qu'il nous semble important de discuter ici.

Fourneret rappelle que la fébrilité motrice, l'instabilité qui en découle, l'opposition et dans une certaine mesure l'irritabilité ou l'agressivité font partie intégrante de la vie émotionnelle de tout un chacun et sous-tendent en partie le développement affectif du jeune enfant [58].

M.F. Le Heuzey considère que cette question du normal et du pathologique est la première qui doit se poser dans la démarche diagnostique du clinicien devant un enfant présenté par ses parents comme agité et désobéissant, comme dans toute autre situation médicale, et que cette question devrait être pesée en fonction des normes sociales, familiales et scolaires, ainsi qu'en fonction de l'âge et du développement de l'enfant [85].

Marcelli approfondit le sujet et y consacre tout un chapitre de son ouvrage sur la psychopathologie de l'enfant [96]. Il aborde tout d'abord le problème de la définition du normal. Selon le point de vue auquel on se réfère, on peut envisager le normal selon quatre définitions : la première envisage le normal selon un idéal de santé physiologique, par opposition à la maladie ; la seconde envisage le normal en tant que moyenne statistique, considérant le pathologique dès lors que le sujet s'éloigne de la zone médiane de la courbe de Gauss ; la troisième envisage le normal en tant qu'idéal, utopie, selon un système de valeur soit du groupe social, ce qui revient plus ou moins à le confondre

avec le normal statistique, soit personnel (idéal du Moi) ; la quatrième envisage le normal comme un processus dynamique d'adaptation. Il n'existe pas réellement de définition simple et satisfaisante du normal ; chacun des cadres de référence offre des limites et des exceptions où s'insinue le pathologique.

Marcelli rappelle que pour le pédopsychiatre, la question de la normalité ou non d'une conduite manifeste (mentalisede ou agie) est à replacer dans une quadruple évaluation (symptomatique, structurelle, ontogénétique et environnementale). Tout d'abord l'évaluation symptomatique qui consiste non pas à dire si le symptôme est normal ou pathologique, mais à rechercher quel rôle il joue au sein du fonctionnement mental de l'enfant : a-t-il un pouvoir pathogène ou constitue-t-il un facteur organisateur ? Pour répondre à cela, il s'agit de poursuivre son évaluation psychopathologique selon les dimensions d'une part économique (le symptôme constitue-t-il, au sein de la structure psychique, une formation réactionnelle risquant d'amputer le Moi de certaines de ses fonctions ou, au contraire peut-il s'inclure dans une reprise de ses intérêts et investissements divers ?) et d'autre part dynamique (la conduite symptomatique permet-elle une liaison de l'angoisse conflictuelle autorisant la poursuite du mouvement maturatif ou, à l'opposé, s'avère-t-elle inefficace pour lier cette angoisse qui resurgit sans cesse et entrave ce mouvement?). Ces deux approches du symptôme se complètent et renvoient à l'approche structurelle et à l'approche génétique.

En fait, toutes ces approches synchroniques ne peuvent suffire à distinguer le normal du pathologique. La capacité de progression que préserve la conduite symptomatique et qu'autorise l'organisation structurelle ou, au contraire, leurs pouvoirs de fixation et/ou de régression qui peuvent entraîner des distorsions du développement ne peuvent s'apprécier qu'à travers une perspective diachronique.

La dernière dimension à prendre en compte dans l'évaluation du normal et du pathologique dans le fonctionnement de l'enfant est bien sûr le contexte environnemental parental, fraternel, scolaire, résidentiel, amical, religieux, culturel...

Mazet [100] souligne qu'à ce jour, très peu de travaux spécifiques sur la dimension transculturelle de l'hyperactivité ont été entrepris ou publiés. Il insiste pourtant sur l'importance d'une telle approche, dans une perspective développementale, en rapportant que dans les cultures traditionnelles, le symptôme acquiert un sens par rapport à toute l'histoire familiale, celle de l'entourage actuel comme des ancêtres ; l'accès aux « théories étiologiques » élaborées par le patient et son entourage à partir de leur environnement culturel est essentiel, la signification culturelle du symptôme, de la maladie et du handicap est primordiale à prendre en compte.

Toutes ces réflexions nous semblent pointer que la recherche quantitative d'une limite entre le normal et le pathologique reste nécessairement une affaire subjective, au moins partiellement. Cette dimension vient forcément entraver une démarche méthodologique qui se veut objective, rationnelle, scientifique, basée sur des comparaisons statistiques.

C. Les études diagnostiques du THADA

1 - En population générale

Une revue complète de la littérature en termes d'épidémiologie s'avère bien difficile, du fait de la multiplicité de travaux existants.

Le tableau ci-dessous (tableau 2) regroupe quelques-unes de ces études réalisées dans diverses régions du monde et montre une relative stabilité de la prévalence dans les différents pays. La plupart des études ont été réalisées dans des pays occidentaux, une étude provient d'un pays ayant des conditions économiques différentes (Porto Rico) et retrouve des données comparables. [25; 28]

Tableau 2. Etudes épidémiologiques de prévalence du trouble hyperactivité avec déficit de l'attention.

Etude	Population étudiée	N*	Critères diagnostiques	Prévalences
Shekim <i>et al.</i> (1985) [138]	générale (USA)	114	DSM-III	12 % (parents) 4 % (enfants)
Satin <i>et al.</i> (1985) [134]	générale (USA)	94	DSM-III	24 %
Offord <i>et al.</i> (1987) [111]	générale (Canada)	3289	DSM-III	8 % G** ; 3,3 % F*** (4-16 ans)
Anderson <i>et al.</i> (1987) [5]	générale (Nouvelle-Zélande)	792	DSM-III	6,7 % (G/F = 2,2)
Velez <i>et al.</i> (1989) [157]	générale (USA)	776	DSM-III R	15 % (9-14 ans) 8,3 % (13-20 ans)
Bird <i>et al.</i> (1989) [25]	générale (Porto Rico)	777	DSM-III	9,5 % (trouble sévère) 16,2 % (quelle que soit la sévérité)
Baumgaertel <i>et al.</i> (1995) [13]	scolaire (Allemagne)	1077	DSM-IV DSM-III R DSM-III	17,8 % 10,9 % 9,6 %
Wolraich <i>et al.</i> (1996) [166]	scolaire (USA)	8258	DSM-IV DSM-III R	11,4 % 7,3 %
Costello <i>et al.</i> (1996) [37]	générale (USA)	4500	DSM-III R	1,94 %
Gaub <i>et al.</i> (1997) [61]	générale (USA)	2744	DSM-IV	8 %
Gadow <i>et al.</i> (2000) [60]	scolaire (Ukraine)	600	DSM-IV	19,8 % (10-12 ans)
Cuffè <i>et al.</i> (2001) [39]	scolaire (USA)	3419	DSM-III R	1,51 % (adolescents)
Rowland <i>et al.</i> (2002) [126]	scolaire (USA)	362	DSM-IV	12,7 %

Légende : *N = nombre d'enfants ; **G = Garçons ; ***F = Filles.

Si l'hyperactivité constitue aujourd'hui un des motifs de consultation parmi les plus fréquents rencontrés en pratique quotidienne, l'augmentation apparente des taux de prévalence depuis la description clinique du trouble paraît toutefois plus apparente que réelle et semble liée à l'amélioration des moyens diagnostiques, au dépistage plus précoce et à la large vulgarisation qu'a connue ce concept auprès du grand public [58].

La prévalence moyenne globale reconnue du THADA chez l'enfant prépubère (6 à 12 ans), selon les critères DSM-III ou DSM-III R, se situe aux alentours de 3 à 5 % (3 % selon l'American Psychiatric Association, 1980).

Au sein du THADA, la répartition des 3 sous-types cliniques distingués par le DSM-IV est la suivante : le type mixte représente 60 à 65% des cas, le type inattentif 28 à 31% et le type hyperactif/impulsif 7 à 9% [41].

2 - En population clinique.

Les premières études en population clinique rapportaient des chiffres élevés : 22 à 40% [141]. Les études plus récentes concluent à des prévalences encore variées en relation avec des biais de recrutement [98]. En effet, selon que l'enfant consulte en pédiatrie aux USA [38] ou en Inde [19], ou alors en pédopsychiatrie [63], la prévalence du THADA au sein de l'échantillon étudié a été respectivement retrouvée à 2 % ; 15,7 % des garçons / 4,1 % des filles ; ou 8 %.

Ces études en population clinique ont néanmoins permis d'étudier plus précisément la forte comorbidité du THADA.

D. Etudes de prévalence des comorbidités.

Le THADA est un trouble dit hautement comorbide. Deux tiers des enfants ayant un diagnostic de THADA présentent au moins un autre diagnostic psychiatrique (trouble des apprentissages, trouble oppositionnel, trouble des conduites, trouble anxieux, trouble de l'humeur, tics) [33]. Ceci a été démontré par de multiples études épidémiologiques réalisées aussi bien en population générale qu'en échantillons cliniques. Nous reviendrons dans un autre chapitre (voir page 52) sur la question de la légitimité de cette appellation « comorbidité » qui pose d'évidents problèmes théoriques.

Des chiffres très élevés et variés de comorbidité sont retrouvés entre THADA et Trouble oppositionnel et/ou Trouble des conduites : 42,7% [111] ; 47,2% [5] ; 57% [157] et jusqu'à 93% [25]. Globalement, la prévalence de cette comorbidité est estimée à 70 % [120]

En ce qui concerne l'association de la dépression au THADA, ces études en population générale trouvent des prévalences de 13 % [157], 15 % [5] et 26,8 % [25]. Dans les séries cliniques, ces chiffres varient de 15 à 75 % [120].

La comorbidité anxieuse est évaluée entre 24 % [157], 26 % [5] et 51 % [25].

La cooccurrence avec les troubles des apprentissages varie de 10 à 92 % selon les études en population clinique [117 ; 21] et de 2 à 5 % en population générale [120].

Il est estimé que 18 % des enfants présentant un THADA auraient des tics [98].

E. Etudes des facteurs associés au THADA.

Les études épidémiologiques de seconde génération ont permis d'identifier des associations entre THADA et différentes variables.

Nous nous proposons ici de décrire les résultats concernant certains facteurs associés statistiquement au THADA.

1 - Age et sexe.

Les études descriptives mettent en évidence une diminution de la prévalence du THADA avec l'âge, puisque environ 20 % des formes de l'enfance s'atténuent voire disparaissent à l'adolescence [29].

En fait, Biederman montre que le THADA persiste plutôt dans 85 % des cas à l'adolescence [24], mais que, par contre, la symptomatologie du THADA se modifie avec l'âge, les symptômes d'hyperactivité-impulsivité s'atténuent voire disparaissent, tandis que l'inattention subsiste. D'ailleurs, la prévalence du trouble baisse, entre l'enfance et l'adolescence, plus chez les garçons (de 10 à 7 % environ), que chez les filles (reste stable autour de 3 %) [111]. L'une des explications avancées serait la plus forte représentation du sous-type déficit attentionnel chez les filles.

Les premiers résultats des études réalisées chez les adultes semblent suggérer que le THADA est plus persistant à l'âge adulte qu'il avait été pensé initialement [162] mais ces données sont encore trop disparates pour être concluantes [93 ; 94].

Concernant le sexe, les études s'accordent à retrouver une prévalence du THADA plus élevée chez les garçons que chez les filles. Le sex-ratio varie de 2/1 à 4/1 en population générale et est de l'ordre de 9/1 en population clinique [5 ; 98 ; 111]. Les différences de distribution selon le sexe sont maximales pour les enfants d'âge scolaire. Certains auteurs pensent que le THADA serait sous-estimé chez les filles, du fait de la présentation clinique (forme inattentive prédominante) qui serait moins bruyante que chez les garçons et donc susceptible de passer davantage inaperçue [33].

2 - Facteurs environnementaux et familiaux

Il s'agit de variables intervenant dans des modèles étiologiques polyfactoriels. Les auteurs précisent que ces facteurs environnementaux et psychosociaux ne semblent pas jouer un rôle étiopathogénique direct vis-à-vis du THADA, mais qu'ils en constituent un facteur d'aggravation [33].

Concernant l'habitat, une étude montre une supériorité significative des prévalences de THADA (associé à un ou plus autre trouble) en milieu urbain par rapport au milieu rural [111]. Une autre ne confirme pas ce résultat pour le THADA [145]. Il est possible que le résultat de la première étude soit davantage la conséquence d'une moins bonne tolérance d'un certain niveau d'activité à la ville (lieux de loisirs exigus, classes surchargées) qu'à la campagne (activités de plein air, grands espaces, encadrement personnalisé dans une classe à effectif réduit) [122].

Concernant les facteurs culturels, le THADA a donné lieu à des travaux épidémiologiques dans des régions du monde très différentes. Les résultats ont parfois montré des disparités importantes en termes de prévalence, comme par exemple entre le Royaume Uni et les Etats-Unis (1 à 2 % [147] contre 8 % [61]). Toutefois, des travaux transculturels ont bien démontré que les prévalences étaient comparables dans les divers pays du monde dès lors que les méthodes de mesure et les critères diagnostiques étaient harmonisés.

Concernant les facteurs psychosociaux, des associations entre THADA et événements stressants tels que placement en institution, remariage, adoption ou décès d'un des parents ont été retrouvées par l'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, réalisée par Valla et al. [153].

Une étude longitudinale [157] a montré l'importance de l'accumulation des événements stressants dans la survenue mais aussi dans la persistance d'un THADA.

Bouvard et al. soulignent qu'un événement de vie difficile peut être à l'origine d'un état clinique qui répond aux critères du THADA mais qui se situe en fait entre un THADA et un trouble de l'adaptation [29]. Ceci va dans le sens des critiques, faites plus tôt dans ce travail, de l'absence de spécificité des symptômes du THADA qui peuvent se manifester dans des situations psychopathologiques variées et en particulier dans des situations perturbantes émotionnellement comme celles décrites ici.

Les travaux de Rutter ont aussi montré l'importance des facteurs de risque psychosociaux : mésentente parentale importante, bas niveau socio-économique, famille nombreuse, criminalité paternelle, trouble mental maternel, placement familial précoce. L'agrégation de ces facteurs définit un « index d'adversité », dans la genèse et la persistance des troubles mentaux de l'enfance, dont le THADA et les troubles psychopathologiques qui lui sont associés [23 ; 112]. Une étude sur l'impact

de ces facteurs de risque dans l'environnement familial a montré un lien statistiquement significatif avec l'hyperkinésie [23]. La présence de 1, 2, 3 ou 4 de ces facteurs entraîne un risque de respectivement 7,4%, 9,5%, 34,6% et 41,7% d'avoir un enfant hyperkinétique [15].

Des études suggèrent de plus qu'un conflit familial chronique et une cohésion familiale diminuée sont plus fréquents dans les familles des enfants hyperactifs que dans les familles contrôles et auraient un impact plus pernicieux et important sur l'enfant qu'une éventuelle psychopathologie parentale [123].

Cependant, dans la mesure où les facteurs de risque psychosociaux représentent des facteurs prédictifs « universels » du fonctionnement adaptatif des enfants et de leur santé mentale, ils ne sont pas spécifiques du THADA. Sur cet argument, les conclusions de ces études amoindrissent la place et le sens de ces facteurs, en soutenant l'idée qu'ils doivent plutôt être considérés comme des facteurs favorisant, intervenant sur un sujet qui présente une vulnérabilité sous-jacente d'ordre physiologique, ou comme des facteurs aggravant le processus évolutif.

D'autres études explorent la qualité des liens de l'enfant à sa famille. Dans l'ambition d'observer une rigoureuse scientificité (groupes appariés, système de codage préétabli dans la notation des interactions observées entre la mère et son enfant, dans certaines situations bien définies comme le jeu libre ou une tâche précise), les chercheurs analysent l'observable de manière quantitative (en terme de plus ou moins que les mères contrôles). Ainsi, il a été noté que les mères d'enfants hyperactifs cherchent moins d'interactions sociales que les mères du groupe témoin durant le jeu libre alors que les enfants hyperkinétiques ont donné davantage de réponses aux interactions entreprises par leur mère dans cette situation [40]. D'autre part, les mères d'enfants hyperkinétiques répondent moins aux interactions engagées par leurs enfants, elles les encouragent moins à jouer seuls (en les stimulant ou en posant des questions sur leurs jeux). Pendant le jeu libre, elles donnent deux fois plus d'ordres à leurs enfants que les mères d'enfants témoins et leurs enfants se montrent moins obéissants et coopératifs que le groupe témoin. D'autres travaux ont également montré ces modalités relationnelles et de communication plus négatives chez les mères d'enfants hyperkinétiques : les résultats sont semblables au sujet des ordres donnés. Ils ont également révélé que lorsque les mères n'interagissent pas, leurs enfants ont tendance à interagir plus et ils se montrent moins capables de jouer seuls. Durant la situation de tâche imposée, les mères d'enfants hyperkinétiques approuvent moins les interactions de leur enfant, même si celui-ci agit de manière appropriée [99].

Une étude prospective sur 267 familles a mesuré l'influence du comportement maternel par rapport à l'enfant (évalué successivement quand l'enfant avait 6 mois, 2 ans, 3 ans ½) sur le développement d'un trouble hyperkinétique à l'âge de 5 ou 6 ans. Elle a montré que l'intrusivité des

soins maternels (interruptions fréquentes et interférences physiques des activités engagées par le bébé), la séductivité du comportement maternel (recherche de contacts physiques et sensoriels) et la surstimulation (jeux trop compliqués et échanges verbaux trop fréquents) étaient des prédicteurs d'un comportement hyperkinétique chez l'enfant à 5 ou 6 ans. [73]

Toutefois, dans la majorité des études qui traitent de la relation mère-enfant hyperkinétique, il est généralement admis que le comportement négatif de la mère (réprimandes constantes, punitions, absence d'approbations) est purement réactionnel aux désobéissances itératives de son enfant hyperkinétique. Le dysfonctionnement des modalités relationnelles et affectives ne serait qu'une des répercussions du THADA, un schéma de tentative d'adaptation éducative, certes plus pathogène qu'efficace (renforcement négatif), aux débordements dus au trouble.

D'ailleurs, cette analyse se voit confortée par d'autres expériences menées en double aveugle, étudiant les interactions mère-enfant hyperkinétique pendant le jeu libre et pendant une tâche imposée, un groupe recevant des médicaments, l'autre n'en recevant pas. La constatation de l'incidence positive de la médication sur la relation (les enfants obéissent plus aux directives de leur mère, mais répondent moins souvent aux interactions sociales ; les mères se montrent plus attentives à cette obéissance et diminuent leurs directives) est diversement interprétée par les auteurs : certains pensent pouvoir en inférer, de façon peut-être un peu hâtive, que l'attitude négative des mères à l'égard de leur enfant hyperactif est donc bien réactionnelle aux manifestations cliniques présentées par leur enfant [72], d'autres s'abstiennent de conclure et même de formuler des hypothèses [142 ; 10].

Pour conclure cette partie sur l'épidémiologie, nous retiendrons plusieurs points. Le premier est la difficulté qu'ont eue les auteurs à mettre au point des méthodologies unanimes concernant le THADA : consensus sur la définition c'est-à-dire l'identification de l'entité, validation des critères diagnostiques, étude des seuils à partir desquels les symptômes sont pathologiques, nécessité de combiner les sources d'information, prise en compte des caractéristiques développementales du trouble.

Le second concerne la question encore largement débattue des comorbidités, de leur prévalence très importante.

Le troisième est une remarque concernant l'impossibilité dans laquelle se sont retrouvés les auteurs pour trancher en faveur du statut de *cause* ou d'*effet* des modalités relationnelles dysfonctionnelles qu'ils observaient entre les parents et leurs enfants hyperactifs ; remarquons surtout l'insistance qu'ils ont mise à vouloir statuer sur cette question. S'il est évident que l'impact des qualités relationnelles dans la construction, l'adaptation et le bien-être d'un sujet ne peut être nié, il nous semble que le recours à un modèle linéaire qui mettrait en relation directe une *cause* et son *effet*, est forcément

insuffisant et délétère. Ainsi, il nous paraît important d'insister sur le fait que même si les interactions négatives n'avaient pas été jugées réactionnelles (*effet*) mais primitives (*cause*), il faudrait veiller à ne pas revenir à une trop grande simplification transformant le parent en cause du symptôme de l'enfant. Et inversement, il est impératif de veiller à ne pas négliger ces aspects interactionnels sous prétexte qu'ils ne sont peut-être que la conséquence du trouble.

II - DESCRIPTION CLINIQUE, ASPECTS DÉVELOPPEMENTAUX.

La caractéristique essentielle du THADA est un mode persistant (au moins 6 mois par définition) d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité, plus fréquent et sévère que celui observé habituellement chez des sujets d'un niveau de développement similaire. Ces comportements se retrouvent dans différents environnements, en particulier familial et scolaire. Ils entraînent une altération cliniquement significative du fonctionnement adaptatif, social et scolaire (se reporter aux annexes 1 à 3 pour les critères diagnostiques).

La sémiologie de ce trouble se modifie en fonction de l'âge et d'un certain nombre de variables (sous-types diagnostiques, contexte environnemental). Ceci nous conduit à parler tout d'abord de l'âge de début des troubles avant de décrire la forme « typique » du THADA, c'est-à-dire la forme mixte classiquement décrite chez l'enfant d'âge scolaire prépubère (6 à 12 ans). Nous envisagerons ensuite quelques particularités cliniques selon l'âge et l'influence de facteurs situationnels.

A. Age de début

Le THADA débute dans la petite enfance : par définition avant 7 ans (critères diagnostiques DSM et CIM), presque toujours avant 5 ans et fréquemment avant 2 ans [146]. Les symptômes de THADA apparaîtraient dès le début de la marche [125]. La plupart des études ont en fait évalué un âge moyen de début du trouble autour de 3 à 4 ans, en sachant que les informations parentales en terme de début sont parfois peu fiables [9]. Il s'agit là d'un débat nosographique qui tente de tenir compte de l'aspect développemental.

D'autres auteurs, tels Mille [104], dont la référence théorique reste principalement psychodynamique, soulignent également la possibilité d'une apparition très précoce du trouble, ce qui constitue pour eux un des signes de dysfonctionnements des interactions précoces mère-enfant.

L'étude d'Applegate met l'accent sur le décalage qui existe entre l'apparition des premiers symptômes et l'apparition de l'altération du fonctionnement global de l'enfant indispensable au

diagnostic. D'après les parents, les premiers symptômes apparaîtraient en moyenne 2,5 ans avant le début du retentissement du trouble [6]. Il n'est pas rare que ce soit le retentissement scolaire qui révèle la gravité du trouble et qui motive la première consultation.

B. Forme « mixte » de l'enfant 6 à 12 ans

Il s'agit d'un tableau invalidant, « bruyant », marqué par les trois types de manifestations qui constituent le « noyau » symptomatique du trouble : l'hyperactivité, le déficit de l'attention et l'impulsivité. Il ne faut pas méconnaître la grande diversité des symptômes ou des troubles associés ou « comorbides » tels que les troubles des apprentissages, les troubles des conduites et les troubles émotionnels.

1 - L'inattention.

Le trouble de l'attention est de nos jours l'élément central du syndrome, car il est considéré par beaucoup d'auteurs comme la base physiopathologique du dysfonctionnement [125]. Il est illustré par une « difficulté à se concentrer » de façon durable et une « distractibilité » quasi constante avec impossibilité de saisir une information pertinente dès lors qu'il existe des distracteurs (bruits de fond, conversations, télévision...). On parle aussi de « labilité de l'attention », de « difficultés à soutenir l'attention », de « difficultés à maintenir la concentration », pour qualifier un enfant qui est « distrait par un rien », « parasité par les stimulations extérieures », « tête en l'air », « incapable de se fixer à quelque chose », « n'a pas commencé un jeu qu'il passe déjà à un autre ». Ainsi, concernant ce déficit, certains auteurs préfèrent le terme d'attentivité à celui d'attention, soulignant par là que la perturbation est avant tout une perturbation dans l'ordre de la durée et qu'il s'agit d'un enfant qui peut être normalement attentif, mais pas de façon durable à la même chose [103].

Pour les auteurs de l'école française, ce déficit attentionnel correspond au versant psychique de l'instabilité. L'enfant est constamment sollicité par les stimuli externes, tout est prétexte à découverte mais dans le même temps, tout est prétexte à changer en permanence d'investissement dans un mouvement psychique ininterrompu. Les raisonnements intellectuels sont rendus difficiles par ces incessants changements ; la pensée logique est difficile, même si, à l'évidence, cet enfant est souvent intelligent. Les activités qui demandent une continuité dans le déroulement des tâches sont interrompues précocement, oubliées, perdues... Ceci amène l'enfant à de graves difficultés scolaires, ainsi qu'à des difficultés dans ses rapports avec les autres qu'il entraîne dans son mouvement perpétuel. La dynamique devient rapidement conflictuelle avec ses pairs et avec les adultes et l'enfant se retrouve souvent en position de bouc émissaire [43], avec des répercussions sur son estime de soi.

Les symptômes d'inattention s'extériorisent préférentiellement dans les situations de groupe alors qu'ils paraissent moins évidents en situation duelle.

2 - L'hyperactivité motrice.

L'activité motrice est la manifestation la plus rapidement repérable, la plus visible, et celle qui dans les premières descriptions cliniques avait la plus grande importance sémiologique. Elle constitue souvent le principal grief des parents ou de l'instituteur et motive la consultation.

C'est avant tout une mobilité, une activité excessive par rapport à « la normale », celle-ci restant soumise au facteur de tolérance (familiale, sociale et culturelle) et compliquant l'évaluation objective. Il s'agit d'un enfant qui bouge trop. Mais la quantité d'activité n'est pas seule en jeu, car c'est surtout une activité incessante, ininterrompue, en tous sens. Cet aspect est très bien souligné par le qualificatif « restless » (mot à mot « sans repos ») utilisé par les Anglo-saxons.

De nombreux auteurs mettent l'accent sur le fait que cette activité est tellement éparpillée que l'observateur ne peut en saisir le fil conducteur. C'est une activité apparemment tous azimuts [49], mal coordonnée et non constructive.

L'enfant semble avoir conservé la motricité explosive et brouillonne des premiers mois qui suivent l'acquisition de la marche, qu'Henri Wallon a décrite dans sa théorie du développement [159]. L'expérience d'une consultation est ainsi décrite par Delion et Golse : « il est très rapidement en mouvement [...]. Sa fébrilité apparaît davantage lorsqu'on lui demande d'exécuter une tâche [...] Le dessin est bâclé, le papier est froissé, les crayons abîmés, les réponses inappropriées à ce qui est demandé », accompagnées souvent de bruits tonnants et incongrus. « L'immobilité n'est pas possible pour lui et quand, à force de réprimandes et de discours moraux, les parents obtiennent un moment de répit, celui-ci ne dure que quelques instants et le rythme effréné reprend ses droits ». L'enfant se tortille, se balance, « grimpe, saute sur sa chaise, ouvre les tiroirs, touche à tout, claque les portes, s'enfuit dans le couloir » [43]. Cet enfant envahit littéralement l'espace, épuise ses parents qui tentent de limiter ses débordements. « Il semble être l'objet de deux tendances contradictoires, dont l'une est largement prédominante sur l'autre, celle qui l'emporte dans ses tourbillons incessants » ; toutefois, lorsque l'enfant parvient à nouer une relation dans un moment d'accalmie, il n'est pas rare qu'il montre « une autre facette de lui, exprimant combien il souffre de cette instabilité et manifestant une demande d'aide pour obtenir un apaisement ».

L'impact relationnel de ce comportement moteur qui ne peut être contenu dans les limites de l'acceptable est profond et inquiétant, l'entourage est fréquemment exténué, dépassé et excédé. Le risque de sévices n'est pas négligeable [125].

Les comportements de mises en danger dans l'exploration incessante et désorganisée de nouvelles expériences s'avèrent parfois périlleuses comme en témoigne la répétition des accidents et des blessures minimales mais fréquentes [125].

L'évaluation quantitative de l'hyperactivité motrice est généralement réalisée à l'aide d'échelles comportementales, la plus couramment utilisée étant celle de Conners [36]. En revanche, rares sont les descriptions cliniques qui tiennent compte des divers aspects qualitatifs de l'hyperactivité. Certes, l'activité motrice se définit par l'abondance de mouvements, mais également par leur portée dans le temps, par leur amplitude dans l'espace et par l'aisance et la tonicité avec lesquelles ils sont posés. Dans la perspective de la psychomotricité, il existerait donc toute une sémiologie de l'hyperactivité motrice à découvrir ou à redécouvrir, que ce soit en termes de troubles toniques, de troubles praxiques, de troubles spatio-temporels ou d'altérations des représentations mentales liées au corps agissant. Outre sa contribution à l'argumentation d'un diagnostic différentiel, cette analyse fine des perturbations qualitatives de l'action dans ses divers composants pourrait aider à déterminer des méthodes thérapeutiques spécifiques.

3 - L'impulsivité

Cette notion nous introduit dans le champ cognitif de l'action. L'impulsivité est le plus souvent associée à l'hyperactivité ; définie comme un besoin impérieux d'accomplir un acte et illustrée par l'impossibilité de différer un désir, elle serait le témoin d'une perturbation des mécanismes de contrôle inhibiteur de l'action [135]. Elle est souvent responsable du rejet de l'enfant par son entourage (interventions intempestives et dépourvues de tact) ; elle perturbe aussi bien son fonctionnement moteur (impatience, brusquerie) que son développement cognitif (non prise en compte de toutes les données d'un problème avant de donner une réponse, difficultés à anticiper les conséquences de ses actes).

L'enfant impulsif n'attend pas son tour dans les jeux, répond spontanément sans avoir demandé la parole en levant la main, interrompt les conversations, s'immisce dans les discussions. Il abandonne une activité avant de l'avoir terminée, et est de ce fait pénalisé dans l'organisation de son travail par une absence de stratégie et une incapacité à planifier. Sa grande difficulté à se conformer aux règles est rapidement interprétée comme un refus délibéré des consignes et règlements, ce qui lui vaut d'incessantes réprimandes [58]. Il semble insensible aux récompenses et aux punitions. Seule l'immédiateté des gratifications paraît avoir de la valeur pour lui.

Sur le plan moteur, l'impulsivité conduit à des actes risqués dans lesquels il ne perçoit pas le danger, à des bris d'objets lui appartenant ou appartenant à son entourage. Il bouscule ses camarades, leur arrache les objets des mains, s'impose dans les jeux, ce qui le rend fort importun.

Pour certains auteurs, les modifications fréquentes et rapides de l'humeur, les brusques passages du rire aux larmes sont aussi à mettre sur le compte de l'impulsivité dans le domaine émotionnel, de même que les réactions d'agressivité déclenchées par d'éventuelles frustrations [125].

4 - Les signes associés

Parmi les autres manifestations non spécifiques du THADA, on peut noter les troubles de l'affectivité. Cette composante est diversement appréciée. Certains auteurs décrivent une labilité émotionnelle, avec passages de l'euphorie à la tristesse, que l'on peut rapprocher de la notion fréquemment utilisée d'hyperémotivité. Ce sont des enfants qui extériorisent immédiatement leurs émotions dans leur comportement [103], de façon imprévisible. Le terme d'irritabilité est parfois employé. On peut le rapprocher de celui d'excitabilité et situer ces deux termes dans le registre du réactionnel : ces enfants « réagissent » vivement sur le plan affectif.

L'intolérance à la frustration avec crises de colères explosives est également notée [29], ainsi que l'entêtement, l'autoritarisme, le manque d'empathie de ces enfants, incapables d'envisager le point de vue des autres, d'apprécier leurs besoins et leurs sentiments [109]. De ce fait, ils présentent une grande difficulté à établir des relations stables et de bonne qualité avec les autres, au contraire, ils présentent fréquemment un vécu d'hostilité qui peut aboutir à des manifestations d'agressivité plus ou moins importantes (bagarres...). Ces symptômes associés constituent des critères de chevauchement entre le diagnostic de THADA et celui de Trouble oppositionnel avec provocation tel qu'il est défini dans le DSM-IV (F91.3). Nous y reviendrons dans la discussion concernant l'étude des comorbidités du THADA (voir page 54).

Certains auteurs se questionnent également sur le faible investissement du langage constaté chez beaucoup de ces enfants. L'investissement prévalent du psychomoteur pourrait avoir amené l'enfant, au cours de son développement, à communiquer avec autrui préférentiellement et avec plus de facilité par le biais de messages comportementaux que par le langage parlé [43].

Au niveau du retentissement du trouble, on note de graves répercussions sociales, psychologiques et cognitives. Ces enfants sont souvent rejetés par leurs pairs, parfois par les enseignants et quelquefois même par leur famille. Le vécu constant d'échec et de réprimandes les conduit à la démotivation, à une dévalorisation d'eux-mêmes, au découragement, au désinvestissement voire au contre-investissement des activités ou des tâches qui les mettent en difficulté. Au niveau de leurs compétences scolaires, les symptômes sont responsables d'une grande fluctuation du

« rendement » [109], aboutissant aux redoublements et dans les cas sévères à l'échec voire à l'exclusion du système scolaire.

Sur le plan neurologique, l'examen peut mettre en évidence des signes neurologiques mineurs dits « soft signs » tels que des troubles de la coordination motrice, des anomalies dans l'organisation gestuelle et la motricité fine, des troubles du tonus (syncinésies, dysdiadococinésies) et de l'équilibre (difficultés à maintenir un équilibre unipodal), des signes non spécifiques à l'électroencéphalogramme. Ces anomalies interviennent dans la maladresse rencontrée chez certains enfants présentant un THADA et peuvent expliquer leurs difficultés à réaliser des activités nécessitant une coordination motrice fine. Classiquement rattachées à la notion de « dysfonctionnement cérébral a minima », elles sont désormais envisagées comme un simple retard de maturation psychomotrice, qui serait fréquent chez ces enfants.

5 - Variations dans l'expression clinique.

La question de la variabilité de l'expression clinique du THADA et de son intensité en fonction du contexte est une donnée rapportée par la plupart des auteurs qui énoncent que l'observation ponctuelle en consultation d'un enfant pourtant authentiquement hyperactif ne révèle parfois aucun symptôme d'hyperactivité. Ces auteurs invitent donc à la vigilance et à la connaissance de ces fluctuations afin de ne pas récuser à tort un THADA sur la foi d'un examen unique [122].

Les paramètres susceptibles d'atténuer la présentation clinique du trouble sont en particulier toutes les situations qui représentent une nouveauté pour l'enfant et qui sont possiblement accompagnées d'une légère appréhension. Cet effet de la nouveauté de l'environnement dans l'expression clinique du trouble a été bien mis en évidence par Zentall qui montre que le niveau d'activité des enfants THADA diminue dans les environnements nouveaux et augmente avec le degré de familiarité [169].

Les situations « seul à seul » dans un cadre structuré où l'enfant est l'objet de l'attention exclusive de l'adulte sont également des situations permettant une accalmie, aussi bien du point de vue de l'activité motrice que des difficultés attentionnelles. L'environnement scolaire contemporain est, comme on le sait, bien loin de cette description : situations de groupe, brouhaha, stimulations visuelles, sont des facteurs de distraction et d'excitation qui amplifient les symptômes.

Le niveau de motivation de l'enfant est une autre donnée qui peut influencer l'intensité des symptômes. Nous avons vu que les enfants qui souffrent d'un THADA éprouvent des difficultés à maintenir leur attention en l'absence de gratifications immédiates. A l'inverse, en cas de stimulation

importante et de récompense prévue dans un très court délai, l'enfant pourra exercer un meilleur contrôle sur son activité et sa concentration. C'est l'argument qui est avancé afin d'expliquer la raison pour laquelle très souvent, l'enfant semble parvenir à rester attentif longuement dans la pratique des jeux vidéo, alors que toutes les autres activités sont interrompues rapidement. La succession rapide des plans, les changements d'angle et de focale, les bonus distribués sont les éléments mis en avant dans cette explication [122].

Ces observations ont des implications dans la prise en charge de ces enfants pour lesquels l'évaluation systématique du cadre de vie semble primordiale afin de permettre une meilleure adéquation du contexte environnemental à leur style de réactivité (aménagement scolaires, choix d'activités de loisir adaptées...) [75].

L'article de Purper-Ouakil [122] rapporte aussi que le comportement des enfants hyperactifs est susceptible de varier en fonction de leur état interne. Un état de fatigue ou au contraire de surmenage, une affection somatique, un état de stress peuvent jouer un rôle d'accentuation ou d'atténuation des manifestations du THADA. Ces variations liées à l'état interne sont habituelles, y compris chez les enfants ne souffrant pas de THADA. Elles sont cependant remarquables dans le cadre du THADA par leur intensité et le retentissement familial qu'elles occasionnent.

Des variations saisonnières ont également été évoquées, devant la constatation d'un nombre plus faible de symptômes au mois d'Août [77], attribuée initialement à des fluctuations de la sérotonine cérébrale, mais cette hypothèse a finalement été infirmée par d'autres études. On peut plutôt supposer que du fait des vacances scolaires, les contraintes étant moindres, la symptomatologie du THADA est atténuée ou mieux tolérée.

Des variations au cours du nyctémère ont aussi été évoquées et il semble que le niveau d'activité des enfants présentant un THADA soit plus important l'après-midi que le matin.

Le tableau 3 de la page suivante résume les situations environnementales susceptibles d'influer sur l'intensité des symptômes du THADA.

Tableau 3. Fluctuations contexte-dépendantes des symptômes THADA (d'après [93])

Augmentation	Diminution
Situations requérant effort/attention soutenue	Situation duelle ou supervision
Situations monotones	Situations nouvelles
Situations non structurées	En cas de récompense prévue
Fatigue	Si renforcement positif fréquent des comportements appropriés
En présence de la mère	En présence du père

C. Formes selon l'âge

L'aspect développemental de l'hyperactivité est encore imparfaitement décrit dans la littérature et l'objet de peu de publications. Il est pourtant bien évident que cette dimension est primordiale dans l'étude de toute manifestation présentée par un enfant ; sa signification et sa valeur sémiologique ne peuvent être étudiée indépendamment de l'état d'avancement de la croissance, aussi bien en termes de maturation du système nerveux central que de structuration du psychisme.

1 - Hyperactivité à l'âge préscolaire

a. Le proto-THADA.

Le diagnostic de THADA est classiquement posé vers l'âge de 6-7 ans, mais certains travaux suggèrent qu'un repérage beaucoup plus précoce des symptômes, dès l'âge de 3 ans, pourrait être fait. Des travaux récents ont montré que les trois sous-types d'hyperactivité du DSM-IV sont valides pour des enfants de 4 à 6 ans [79].

Certains auteurs (Lecendreux et *al.* [87]) ont décrit l'hyperactivité des enfants de moins de 6 ans sous le terme « proto- trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité » (proto-THADA). Ils se sont intéressés à la description de particularités comportementales très précoces, dès la période périnatale, chez des enfants diagnostiqués ultérieurement hyperactifs.

Ils notent que la présence de signes d'hyperactivité *in utero* est souvent évoquée par des mères qui, en comparaison avec des grossesses antérieures, indiquent que leur enfant était déjà très remuant pendant la deuxième partie de la grossesse, qu'il donnait des coups de pieds, qu'il se retournait dans leur ventre... Quelle que soit la part de reconstruction après-coup, il est important de ne pas négliger ces descriptions qui peuvent être informatives, la vie intra-utérine représentant à l'évidence les premiers temps de l'histoire de tout individu.

Après la naissance, diverses manifestations ont été décrites chez le bébé, telles que des pleurs excessifs dont la valeur prédictive est cependant bien faible. En revanche, selon M. Lecendreux et *al.*, un bébé réclamant beaucoup d'attention et de soin, ou ayant besoin qu'on s'occupe en permanence de lui dès l'âge de six mois, pourrait s'avérer être un bébé à risque d'hyperactivité. On peut regretter que dans cette description soit peu prise en compte la dimension interactionnelle de cette quête intense d'attention du bébé, possiblement liée en partie à des projections parentales.

Chez l'enfant de moins de deux ans, des difficultés d'endormissement liées à un hyperéveil et une excitation paradoxale au moment du coucher ont été repérées, de même que des éveils nocturnes fréquents avec retour difficile au sommeil ou un abandon de la sieste à un âge précoce. Ces signes constituent ce que Lecendreux et *al.* désignent sous la notion de « tempérament sommeil difficile » du jeune enfant. Il n'est cependant pas établi que les enfants présentant un tel « tempérament » soient plus à risque de développer ultérieurement un THADA [88].

Chez l'enfant entre 2 et 6 ans, ces auteurs ont décrit le « tempérament éveil difficile ». Celui-ci correspond à des enfants qui s'éveillent au monde de façon heurtée, avec irritabilité et hyperactivité principalement et dont la description traduit une sorte d'état d'hyperalerte (changements brusques d'humeur, faible consolabilité...) qui pourrait faire le lit d'un tableau hyperactif ultérieur [109].

D'après une étude récente, les formes mixtes (selon le DSM-IV) à début précoce (entre 3 et 6 ans) auraient un devenir plus défavorable que les formes à début plus tardif (entre 6 et 7 ans) [163].

En réalité, l'hyperactivité chez le jeune enfant est un problème délicat et encore assez mal connu, dont les implications cliniques, pronostiques, préventives, thérapeutiques et éthiques sont évidentes. La reconnaissance de signes hyperprécoces de THADA suscite encore de vifs débats pour un certain nombre de raisons que nous souhaitons aborder maintenant.

b. Discussion

L'étude de l'hyperactivité chez le jeune enfant est difficile à plusieurs égards.

Tout d'abord, autour de 3 ans, les différents signes d'alarme qui peuvent être relevés (agitation, turbulence, intolérance à la frustration, troubles du sommeil) s'avèrent fort peu spécifiques et les difficultés d'attention à proprement parler sont délicates à mettre en évidence à cet âge. La question de la comorbidité associée au trouble hyperactif reste épineuse en général et l'est encore plus avant l'âge de six ans où les conduites d'opposition et d'agressivité sont encore bien banales. Enfin, le retentissement fonctionnel du THADA, comme nous l'avons déjà dit, n'est généralement observable

qu'avec un décalage temporel par rapport à l'apparition des premiers symptômes, souvent au moment de la scolarisation. Or ce retentissement est nécessaire à l'établissement du diagnostic selon les critères DSM-IV.

Il faut de fait noter que les outils de dépistage disponibles sont généralement peu adaptés au cas de l'hyperactivité du très jeune enfant. Parmi les échelles d'évaluation psycho-comportementale utilisées en pédopsychiatrie, la CBCL d'Achenbach (Child Behaviour Check List [2]) dispose d'une version adaptée aux enfants les plus jeunes mais qui ne vise pas particulièrement la question de l'hyperactivité. La récente classification « Zero to three » (DC 0/3) [170] est intéressante mais l'hyperactivité n'y apparaît pas comme une catégorie diagnostique ; la place du diagnostic précoce d'hyperactivité reste à discuter au sein des différentes catégories de cette classification [66].

Malgré ces mises en garde invitant à la plus grande prudence dans l'établissement du diagnostic de THADA chez le jeune enfant, il faut souligner que dans la littérature internationale apparaissent d'ores et déjà certaines séries d'enfants de seulement deux ou trois ans traités par des molécules amphétamines-like dans le cadre d'un supposé THADA. Cette attitude est déplorée par de nombreux cliniciens, parmi lesquels B. Golse, qui considère que dans l'état actuel des connaissances, aucun dépistage hyperprécoce à but préventif ne peut réellement être envisagé en matière d'hyperactivité et que la recherche de signes prédictifs du développement ultérieur d'une hyperactivité est au mieux illusoire, au pire dommageable du point de vue de l'éthique de l'annonce d'un pronostic.

Cet auteur insiste sur l'insuffisance de la prise en compte du système interactif et de l'histoire relationnelle dans la description du proto-THADA. Or il paraît évident que plus l'enfant est jeune, plus il se trouve inscrit dans les interactions familiales et plus la symptomatologie qu'il présente devrait être décrite par rapport à l'ensemble de son histoire médicale et relationnelle et non de manière isolée [66]. Misès déclare à ce titre que « la psychiatrie du bébé et la psychopathologie précoce ont ceci de particulier qu'elles imposent de centrer le regard sémiologique simultanément sur le bébé lui-même mais aussi sur la nature du lien entre le bébé et l'adulte qui dispense les soins et enfin sur l'adulte de référence, c'est-à-dire sur l'environnement relationnel de l'enfant » [107].

Au-delà de ces débats, il est vrai que l'hyperactivité n'est pas un trouble qui se déclare soudainement et les parents savent bien dire que leur enfant hyperactif était déjà difficile avant l'âge de six ans. La notion de proto-THADA a donc le mérite de pointer l'existence de ces *symptômes* débutants, ceci ayant pour corollaire la possibilité de mettre en place une prise en charge précoce sans attendre la constitution d'un authentique trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, c'est-à-dire une prise en charge qui cible le symptôme même en l'absence d'un diagnostic établi. La

psychomotricité occupe souvent une place de choix dans les préconisations visant à traiter le symptôme avant même que l'on puisse réellement se prononcer sur un diagnostic.

2 - Hyperactivité chez l'adolescent

Les premiers travaux publiés dans les années 1990 portant sur le suivi des enfants hyperactifs suggéraient que le trouble s'atténuait en fin d'adolescence. En fait, les études de suivi plus récentes indiquent que si les manifestations symptomatiques se modifient quelque peu, l'hyperactivité ne disparaît pour autant pas si souvent qu'on l'avait pensé. Les études rapportent un taux de maintien du trouble (tableau complet tel qu'il est décrit chez l'enfant ou bien rémission partielle entraînant encore une gêne fonctionnelle et des répercussions dans divers domaines) de l'ordre de 70% chez les enfants ayant antérieurement présenté un THADA [30].

Du point de vue clinique, le diagnostic de THADA est difficile à faire à l'adolescence lorsqu'il n'a pas été réalisé plus tôt car, comme le suggèrent la plupart des études catamnestiques, au fur et à mesure que le sujet avance en âge, la symptomatologie du THADA se transforme : les symptômes d'hyperactivité motrice s'atténuent tandis que les symptômes liés au déficit attentionnel passent au premier plan. On peut retrouver l'incapacité à rester en place, le besoin de bouger, mais souvent, il s'agit davantage d'une impression subjective de nervosité et d'agitation. L'impulsivité est difficile à contrôler. Les difficultés attentionnelles et organisationnelles persistent en général, les dysfonctionnements cognitifs sont importants.

A l'inverse, l'adolescence étant une période de la vie au cours de laquelle le développement normal amène le sujet à extérioriser ses conflits et son mal-être, des comportements agis peuvent apparaître, dont certains peuvent prendre l'aspect d'un THADA. Rappelons donc que le diagnostic de THADA exige que les symptômes entraînant la gêne fonctionnelle ait été présents avant l'âge de 7 ans.

Les conséquences scolaires, familiales, relationnelles déjà constatées chez l'enfant peuvent persister à l'adolescence. De nouveaux domaines sont également concernés par les répercussions du trouble : sexualité, loisirs, gestion de l'argent, conduite à risque de véhicules, usage de drogues, violence. Ces adolescents ont de grosses difficultés de scolarité. Une étude a montré que moins d'un adolescent hyperactif sur cinq poursuit une scolarité normale (sans redoublement, sans changement d'établissement) [30].

L'hyperactivité influence aussi les conduites sexuelles. Par rapport à une population témoin du même âge, davantage de conduites sexuelles à risque sont notées chez les adolescents hyperactifs avec une activité sexuelle plus précoce, des changements de partenaires plus fréquents, des infections

sexuellement transmissibles plus souvent constatées, une contraception moins respectée, un nombre plus important de grossesses [30].

Les comorbidités sont aussi fréquentes chez l'adolescent, principalement le trouble oppositionnel et le trouble des conduites. Cette association à l'adolescence est importante à repérer car elle augmente le risque d'évolution vers un abus de substances toxiques, vers des comportements à risque ou vers une personnalité antisociale lors du passage à l'âge adulte.

III - COMORBIDITÉS

Les troubles comorbides ont une prévalence particulièrement élevée dans le THADA (autour de 70 % pour les troubles oppositionnels et des conduites ; 25 à 30 % pour les troubles émotionnels). Qu'il s'agisse d'études épidémiologiques portant sur des échantillons de la population générale ou qu'il s'agisse d'échantillons cliniques, le THADA présente la particularité d'être associé à un autre trouble dans la plupart des cas. Les cas de THADA « purs » ne dépassent guère 10 % des cas [32], à tel point que certains auteurs s'interrogent sur la validité de l'entité diagnostique Trouble déficit de l'attention avec hyperactivité.

A. Réflexions sur la notion de comorbidité.

Cette notion de comorbidité suscite en effet de nouveaux questionnements épistémologiques, autour du problème des limites de l'application du modèle médical traditionnel dans le champ de la psychopathologie.

Dans le modèle sémiologique médical classique sur lequel sont basées les études épidémiologiques parmi lesquelles les études des « troubles associés », les symptômes sont constatés et, lorsqu'ils sont considérés comme pathologiques, ils sont regroupés en entités morbides distinctes les unes des autres. Le concept de comorbidité a ici toute sa place.

Dans le modèle psychodynamique où la globalité de la personnalité est prise en compte, il s'agit souvent plus de « symptômes qui témoignent des divers niveaux de souffrance, des tentatives de réaménagements et des moyens de défense mis en œuvre » [97] que de « comorbidités ».

La principale question posée par ces considérations, et encore largement débattue, est la suivante : Ces entités dites comorbides sont-elles réellement des maladies distinctes qui coexistent ou au contraire s'agit-il des diverses manifestations d'une même pathologie ?

Il faut signaler que le concept de comorbidité est né des remaniements successifs des classifications dans un souci de tenter de diminuer l'hétérogénéité intracatégorielle, créant de ce fait un plus grand nombre de sous-catégories jugées distinctes, mais augmentant en fait les taux de comorbidités [74].

La dénomination de comorbidités de deux troubles suppose un certain nombre d'exigences diagnostiques : il faut tout d'abord avoir défini de manière précise chacun d'entre eux, ce qui revient à garantir la valeur discriminative des critères diagnostiques utilisés et à considérer ces deux troubles comme indépendants dans une approche catégorielle référencée à un système de classification.

Or on sait qu'au sujet du THADA les symptômes sont assez peu spécifiques puisqu'ils peuvent être communs à plusieurs troubles : par exemple les difficultés attentionnelles sont aussi des critères diagnostiques dans les troubles thymiques (les critères DSM-IV étant alors « diminution de l'aptitude à se concentrer » pour l'épisode dépressif ou « distractibilité » pour l'épisode maniaque), de même que l'hyperactivité motrice (« agitation » pour le diagnostic de l'épisode dépressif selon le DSM-IV, ou « augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice » pour celui de l'épisode maniaque ». Ainsi au sens strictement critériologique, le recouvrement symptomatologique rend le diagnostic de troubles indépendants délicat. Il soulève d'emblée un problème inhérent à toute classification diagnostique : celui du « poids diagnostique » des items. Ceux-ci peuvent être choisis en fonction de leur présence ou de leur absence permanente dans une pathologie ou bien selon leur capacité à discriminer deux pathologies. Dans le premier cas, la sensibilité et l'utilité clinique sont augmentées, dans le second, la spécificité et la valeur discriminative pour le diagnostic sont favorisées.

De plus, les systèmes diagnostiques utilisés à travers le monde ne sont pas strictement équivalents en terme de délimitation de la pathologie, et si l'on ne se réfère qu'aux classifications internationales DSM-IV et à la CIM-10, on voit déjà des différences apparaître : la CIM-10 par exemple, comporte une catégorie mixte « Trouble de l'hyperactivité et troubles des conduites » là où le DSM-IV établit une comorbidité entre d'une part « Trouble déficit de l'attention/hyperactivité » et d'autre part « Troubles des conduites ». Cette distinction influe indéniablement sur la fréquence des comorbidités. On peut aussi penser qu'elle témoigne, dans une certaine mesure, des doutes des auteurs britanniques sur la possibilité de différencier l'hyperactivité et les troubles des conduites [51].

Si en outre, comme la majorité des pédopsychiatres français, on change de niveau de lecture pour envisager la situation de l'enfant selon une approche globale se référant aux théories psychodynamiques, on est alors amené à se reporter à la classification CFTMEA. Dans cette classification, rappelons-le, les troubles hyperkinétiques ne doivent être cotés comme diagnostic principal que lorsque ce regroupement symptomatique ne s'intègre pas dans le cadre d'une des quatre

premières catégories (Autisme et troubles psychotiques ; troubles névrotiques ; pathologies limites, troubles de la personnalité ; troubles réactionnels). Or dans la pratique clinique pédopsychiatrique, les symptômes du trouble hyperkinétique ne sont isolés que dans un nombre limité de cas et s'intègrent le plus souvent dans un autre cadre psychopathologique [58 ; 97]. On comprend que la notion de comorbidité soit, dans cette perspective, peu valide.

Après ces réflexions sur les limites de l'approche médicale classique dans la recherche des comorbidités (choix des critères, référence à une classification, oubli de la perspective structurelle et psychodynamique), il faut malgré tout insister aussi sur les intérêts d'une telle approche. Elle permet de montrer l'importance quantitative (études épidémiologiques à l'appui) de l'association de divers symptômes comportementaux, affectifs, cognitifs, instrumentaux et souligne l'existence de probables liens entre eux, qu'ils soient liés à des facteurs de vulnérabilité génétiques communs ou à des mécanismes psychodynamiques.

Les enjeux de ces débats, qui restent encore ouverts, autour des comorbidités du THADA concernent les domaines diagnostiques différentiels, pronostiques et thérapeutiques, dans la mesure où il est avancé qu'en fonction de la comorbidité qui l'accompagne, un sous-groupe de THADA pourrait avoir des facteurs de risque, une expression clinique, une évolution et une réponse au traitement médicamenteux variables [24].

B. Les troubles comorbides du THADA.

1 - THADA et Trouble oppositionnel avec provocation / Trouble des conduites

Les Troubles des conduites se caractérisent par une agressivité, une cruauté, une transgression des règles sociales pouvant aboutir dans certains cas à de véritables conduites délinquantes. Un seul des quinze critères diagnostiques proposés est nécessaire au cours des 6 derniers mois, ou trois au cours des 12 derniers mois (DSM-IV).

Le Trouble oppositionnel avec provocation est un ensemble de comportements coléreux, contestataires, hostiles ou provocateurs. L'agressivité physique n'est pas stipulée parmi les critères DSM-IV. Quatre manifestations ont dû être constatées au cours des 6 derniers mois pour poser le diagnostic.

Selon la vision médicale classique, la *comorbidité* du trouble oppositionnel / trouble des conduites avec le THADA est de l'ordre de 70 % (40 à 90 % selon les études !); ce risque de comorbidité augmenterait avec la sévérité du THADA, avec l'adversité psychosociale, la discorde familiale, le bas niveau socio-économique, l'existence d'un trouble mental chez les parents et

l'existence de troubles des conduites dans les antécédents familiaux [120]. Dans le THADA, l'agressivité est reconnue comme le meilleur prédicteur précoce du risque d'évolution vers un trouble des conduites [120]. La comorbidité THADA - trouble des conduites est désignée comme un facteur de risque pour l'évolution chez l'adolescent et le jeune adulte vers des conduites antisociales ou l'abus de substances alors que ce risque est faible pour les THADA « purs ». Cette comorbidité est associée à une symptomatologie bruyante et le pronostic psychosocial de cette forme clinique est souvent défavorable. Nous reviendrons sur cette question de l'évolution présumée du THADA vers des conduites antisociales, question à la pointe de l'actualité en rapport avec le plan de prévention de la délinquance préparé par le gouvernement (voir pages 93-94).

Nous remarquons que l'association THADA avec Trouble des conduites/Trouble oppositionnel peut être envisagée de diverses manières. Soit il s'agit d'une *comorbidité* (deux troubles survenant indépendamment) ; soit il s'agit d'une *modalité évolutive* (le THADA pouvant évoluer vers un Trouble des conduites) ; soit encore - comme nous l'avons vu dans le chapitre sur la description clinique - il s'agit d'une *coloration clinique* liée aux *répercussions* d'un des troubles (des symptômes du Trouble oppositionnel ou du Trouble des conduites pouvant survenir dans le tableau clinique du THADA : colères, opposition, hostilité, bagarres, bris d'objets du fait de l'impulsivité et de l'hyperactivité, non soumission aux règles et consignes).

En fait, la polémique sur la question de l'interdépendance des deux troubles n'est pas récente. L'évolution de la place des Troubles des conduites au sein des classifications est intéressante car elle conditionne l'appréciation de la comorbidité entre le THADA et les autres troubles du comportement. Le DSM-III individualise les Troubles déficitaires de l'attention (*Attention Deficit disorder*) et les Troubles des conduites alors que le Trouble oppositionnel est classé dans une autre catégorie diagnostique. Le DSM-III-R a réuni le Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, le Trouble des conduites et le Trouble oppositionnel dans la catégorie des « Troubles des comportements perturbateurs » (« *Disruptive Behavior Disorder* »). Le DSM-IV a choisi de renommer une section « Troubles déficit de l'attention et comportements perturbateurs ».

La question est de déterminer si les différentes dimensions de cette catégorie Troubles perturbateurs des comportements (inattention, hyperactivité, impulsivité, agressivité, opposition) constituent des troubles spécifiques ou bien si elles représentent des sous-types de la catégorie dans laquelle les symptômes varieraient uniquement en fonction de la forme ou de la sévérité psychopathologique. Certains auteurs proposent d'ailleurs d'augmenter le nombre de sous-types cliniques du THADA selon la présence de certains symptômes potentiellement importants pour l'évolution, telles que les formes agressives et les formes anxieuses [74]. Rappelons à cet égard l'existence dans la CIM-10, au sein de la catégorie « Troubles hyperkinétiques », du sous-groupe

mixte réunissant à la fois les critères du Trouble hyperkinétique et ceux du Trouble des conduites.

La recherche de critères externes (activité motrice, impulsivité...) qui pourraient permettre de discriminer THADA, Trouble des conduites et Trouble oppositionnel a motivé plusieurs études factorielles mais il faut conclure à l'échec de cet objectif.

Il faut aussi souligner l'incertitude intrinsèque du statut nosographique du Trouble oppositionnel à propos duquel il est suggéré par certains auteurs qu'il n'est peut-être qu'une manifestation sub-syndromique du Trouble des conduites. D'autres au contraire considèrent ces deux troubles comme des entités distinctes.

Dans la CFTMEA, on ne retrouve pas de *trouble* oppositionnel mais des « conduites d'opposition » (9.2) dans la catégorie « Variations de la normale ». Cette position, qui consiste à ne considérer les conduites d'opposition que comme une variation de la normale peut néanmoins être contestée. S'il est clair que le plus souvent, les conduites d'opposition sont, au moins initialement, une réponse à une inadéquation cadre éducatif, la pratique clinique révèle néanmoins des situations où ces « conduites » peuvent évoluer vers un authentique « trouble » de la personnalité.

Concernant le *trouble* des conduites individualisé, il n'existe pas en tant que tel dans la CFTMEA mais on retrouve une catégorie « Autres troubles caractérisés des conduites » qui regroupe, entre autres, les conduites de « Fugues » (7.73), « Violences contre les personnes » (7.74), « conduites à risque » (7.75), « Errance » (7.76) qui sont les seuls diagnostics de la CFTMEA mis en correspondance avec le Trouble des conduites de la CIM-10.

2 - THADA et dépression

De nombreuses études, en particulier anglo-saxonnes, concluent à une comorbidité forte entre le THADA et les troubles dépressifs. Les prévalences avancées vont de 3 % (chiffre identique à celui de la population générale) à 75 % [118]. La disparité de ces résultats tient au fait que la reconnaissance clinique de la dépression chez l'enfant doit tenir compte d'abord de sa fréquente méconnaissance par les parents et les enseignants, ensuite des éventuelles réticences qui peuvent perdurer face à ce diagnostic chez l'enfant [96], et enfin des différences de son expression clinique développementale [118]. Il est utile de rappeler qu'il y a quelques dizaines d'années seulement, il était encore soutenu que l'enfant ne pouvait faire l'expérience pathologique d'une dépression ou de troubles émotionnels sévères [59].

La dépression chez l'enfant peut se manifester par des symptômes qui sont communs aux troubles de l'humeur et au THADA : difficultés à fixer son attention, irritabilité, impulsivité, parfois agitation motrice, d'où la difficulté à différencier ces troubles.

Dans les études qui concluent à une forte comorbidité entre THADA et dépression, le fait que les symptômes dépressifs apparaissent généralement ultérieurement aux symptômes du THADA est généralement souligné, faisant ainsi du trouble dépressif un trouble secondaire aux difficultés liées au THADA : le rejet, les brimades, l'isolement, les résultats scolaires insuffisants seraient à l'origine d'une perte de l'estime de soi qui, dans la chronicité, favoriserait dans un second temps la survenue d'une dépression significative. Une des études prospectives de Biederman montre que la dépression associée au THADA n'est pas une simple réaction dépressive à un trouble handicapant mais une « vraie » dépression clinique [22].

Ces études, qui suivent le modèle médical traditionnel, montrent aussi que les deux troubles ont des évolutions distinctes et indépendantes l'une de l'autre : l'hyperactivité ne présume pas de l'évolution de la dépression, la rémission de l'un ne va pas de pair avec la rémission de l'autre. En revanche elles déterminent aussi qu'il existe une vulnérabilité familiale commune à ces deux troubles qui pourrait être l'effet de facteurs de stress communs ou d'une vulnérabilité génétique commune. [120]

Si l'on analyse, comme Marcelli, ces résultats en tenant compte de la conception psychodynamique, on peut rappeler que la sémiologie de la dépression de l'enfant dévoile certes des moments d'instabilité s'exprimant souvent sous la forme de colères ou d'opposition mais aussi des moments de ralentissement et de quasi repli qu'il s'agit de ne pas oublier. « Certains enfants présentent une symptomatologie soit plus pauvre, soit plus floue mais surtout plus durable dans la mesure où elle est souvent ignorée ou déniée, en premier lieu par les parents. Les manifestations d'agitation, d'irritabilité risquent alors de prendre peu à peu le devant de la scène aboutissant à des tableaux d'allure caractérielle ou comportementale. Ceci explique la fréquente « comorbidité » telle qu'on la décrit dans la littérature anglo-saxonne » [96]. A l'occasion de la consultation spécialisée, il est important de savoir faire la part des choses et de dépister les formes subsyndromiques de troubles internalisés (attitudes de repli, d'inhibition) que les familles ont parfois du mal à évaluer [120].

En outre, Marcelli précise que chez le jeune enfant (3 à 6 ans), l'instabilité correspond, dans un contexte dépressif, non pas tant à un équivalent dépressif qu'à une conduite de lutte contre des affects dépressifs. Nous y reviendrons dans un autre chapitre (page 74).

3 - THADA et Trouble anxieux

La comorbidité des troubles anxieux avec le THADA est estimée autour de 25 à 40 %. Les troubles anxieux portent surtout sur le trouble anxieux généralisé et le trouble anxiété de séparation. Il existe aussi une co-occurrence possible avec les troubles obsessionnels compulsifs par l'intermédiaire de la comorbidité avec le syndrome de Gilles de la Tourette [120]. Une revue de la littérature effectuée par Biederman met également en évidence un risque accru d'hyperactivité chez les sujets dont les parents présentent des troubles anxieux [24].

Une moindre impulsivité est classiquement décrite chez les enfants qui présentent une telle comorbidité et il semblerait que le sous-type attentionnel du THADA soit plus fortement représenté lorsque cette comorbidité existe [120].

La difficulté de différenciation entre des symptômes déterminant un THADA et des manifestations variées d'anxiété reste au centre des débats concernant cette comorbidité. D'ailleurs, la classification CIM-10 recommande, si les critères d'un trouble anxieux sont réunis, de ne pas faire le diagnostic de trouble hyperkinétique, sauf si l'agitation s'accompagne d'autres symptômes en faveur d'un trouble hyperkinétique.

4 - THADA et Trouble bipolaire

Le débat sur l'existence d'une maladie maniaco-dépressive dans l'enfance a fait couler beaucoup d'encre depuis le début des années 1950. A la suite du concept de « psychose maniaco-dépressive » dont la sémiologie était calquée sur celle de l'adulte, celui de « psychose affective » proposé par Harms en 1952 a ouvert la perspective reconnaissant la possibilité d'expressions symptomatiques propres à l'enfant [115]. La description clinique comprenait l'alternance tranchée de moments de tristesse anormale accompagnée d'une perte des intérêts et d'une inexpressivité du visage avec des moments d'agitation, d'agressivité, de conduites de clowneries sans cause apparente. Néanmoins, l'évolution de ces formes graves de dépression chez l'enfant survenant dans un contexte à tonalité psychotique ne paraissait pas ouvrir la voie à une organisation maniaco-dépressive à l'âge adulte, mais à diverses formes de psychose dissociative ou à une organisation de type psychopathique ou caractériel.

La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) retient pour ces enfants le terme de « psychoses dysthymiques de l'enfant » (1.40.), définissant les « psychoses où les troubles de l'humeur occupent une place centrale » [107]. Le terme de « trouble bipolaire » n'est employé dans cette classification que dans la rubrique suivante qui ne concerne plus l'enfant mais l'adolescent : « troubles thymiques de l'adolescent » (1.41.). Ainsi, en terme d'évolutivité, seules les formes observées chez des enfants proches de la puberté semblent être mises

en lien avec le trouble bipolaire tel qu'il est défini chez l'adulte. Cette position est également celle d'autres auteurs qui s'interrogent sur l'existence d'une « manie prépubère ». Marcelli souligne que l'ensemble symptomatique le plus caractéristique de la manie adulte, à savoir l'accélération du cours de la pensée, la logorrhée, les jeux de mots et coqs à l'âne, ne sont sauf exception jamais décrits chez l'enfant prépubère [96].

En dépit de la controverse toujours d'actualité sur la validité du trouble bipolaire avant l'adolescence, de nombreux auteurs plaident en faveur de la possibilité de reconnaître et d'isoler une maladie maniaco-dépressive dans sa forme monopolaire et plus encore dans sa forme bipolaire typique, chez l'enfant dès l'âge de 6-7 ans [96]. Le diagnostic exige des critères rigoureux parmi lesquels les antécédents familiaux, un long suivi évolutif et des moments nets et soudains d'inversion de l'humeur qui sont l'élément le plus important. Ces formes sont toutefois très rares : la prévalence du trouble bipolaire est estimée à 1% sur la vie entière et à seulement 0,3% en population juvénile [35].

Au sujet de la comorbidité entre THADA et trouble bipolaire, les chiffres de prévalence avancés sont souvent élevés et laissent quelque peu perplexes quand ils atteignent parfois 80%. La question du recouvrement symptomatique des critères diagnostiques proposés par le DSM-IV pour ces troubles est la première qui s'impose. Biederman estime à 23% le nombre d'enfants souffrant d'un THADA associé à une bipolarité [84]. Des antécédents d'hyperactivité infantile sont retrouvés chez 20% des bipolaires adultes. D'autres études de suivi ne retrouvent pas cette comorbidité [35]. En fait, si l'on se réfère à l'ensemble des publications disponibles actuellement, le lien entre THADA et bipolarité paraît encore bien ténu. La relation entre les deux troubles n'est pratiquement supportée que par les travaux d'un seul groupe (l'équipe de Biederman de la Harvard Medical School) avec certes des résultats reproductibles mais dans lesquels la perspective développementale est ignorée ou absente [35]. De plus, la terminologie utilisée dans ces études est celle de l'adulte, qui paraît peu pertinente chez l'enfant et induit probablement un niveau de confusion supplémentaire.

Malgré cela, de multiples hypothèses ont été proposées afin de tenter d'éclaircir les relations entre THADA et troubles bipolaires. Une vulnérabilité génétique commune a été suggérée mais n'est pas validée à ce jour [35] ; une autre approche envisage le THADA comme une forme « frustrée » du trouble bipolaire ; ces deux troubles seraient alors apparentés, se répartiraient le long d'un continuum de gravité et constitueraient des degrés différents de la même pathologie [116] ; le THADA pourrait être une manifestation prodromique d'un trouble thymique, hypomaniaque, maniaque ou bipolaire qui ne s'affirmerait qu'à l'adolescence ; le THADA a aussi été envisagé comme un facteur de risque du développement ultérieur d'un trouble bipolaire [84]. Les recherches n'en sont probablement qu'à leurs débuts dans ce domaine et devront se poursuivre afin d'apporter davantage d'éléments informatifs pertinents sur l'éventuelle relation entre les deux troubles.

5 - THADA et Troubles des apprentissages

La co-occurrence des troubles spécifiques des apprentissages avec le THADA est reconnue dans la littérature avec des prévalences allant de 10 à 92% selon les études [98]. Cette comorbidité fréquente implique une recherche systématique des troubles spécifiques des apprentissages qui sont souvent occultés par les troubles comportementaux et attentionnels du THADA, auxquels on attribue généralement l'échec scolaire.

On trouve dans la littérature une description des troubles du langage oral des enfants hyperactifs. Ils présentent des difficultés syntaxiques, de planification, de séquentialité, d'organisation du discours [151]. Une étude récente met en évidence un antécédent de retard du développement du langage chez 30 % des enfants présentant un THADA [156].

Les troubles d'acquisition du langage écrit ont fait l'objet de nombreuses recherches. Les taux de comorbidité les plus fiables, entre troubles de la lecture et THADA, sont rapportés entre 23 et 39% [151], alors qu'en population générale, seuls 4 à 6% des enfants présentent un trouble spécifique de l'acquisition du langage écrit.

Les caractéristiques de la lecture de ces enfants sont une grande lenteur, des erreurs nombreuses à composante visuo-attentionnelle (sauts de lettres, de mots, substitutions entre lettres et mots visuellement proches, erreurs séquentielles) en plus d'erreurs phonologiques fréquentes (substitutions de sons, mauvaise analyse de composants sonores). La compréhension de la lecture est souvent altérée. En écriture, le graphisme est généralement médiocre de par des difficultés des enfants à contrôler leurs gestes moteurs et une tendance à faire de nombreuses ratures en rapport avec l'impulsivité. La dysorthographe se manifeste par des erreurs de sons, des élisions, des substitutions, des erreurs de segmentation des mots. L'orthographe lexicale est réduite et l'orthographe grammaticale nécessitant une réflexion sur les phrases est absente.

Dans une perspective neurocognitive, il est considéré par certains auteurs que les troubles des apprentissages et l'hyperactivité pourraient résulter d'un dysfonctionnement commun. Il y aurait chez l'enfant hyperactif des « faiblesses » neurodéveloppementales accrues [150]. L'éventualité d'une origine génétique commune au trouble du langage (oral ou écrit) et à l'hyperactivité avec déficit de l'attention est également avancée, en raison des caractéristiques retrouvées dans les deux pathologies, à savoir un retard de développement du langage, des déficits en mémoire à court terme et des difficultés en lecture.

Dans une perspective psychodynamique, on peut envisager une autre lecture de l'articulation entre hyperactivité et difficultés d'apprentissages scolaires. L'apprentissage de la lecture se produit

normalement chez l'enfant à un âge où les conflits psychoaffectifs s'apaisent, ce qui facilite l'investissement sublimatoire de la connaissance scolaire (investissement épistémophilique). On peut concevoir qu'un « excès d'angoisse prégénitale entraîne un déni des productions mentales et une inhibition de l'activité symbolique nécessaire aux premières acquisitions scolaires » [46]. A partir de cette conception, on peut considérer que la défaillance des processus de pensée et des processus langagiers joue un rôle dans la survenue des difficultés scolaires ainsi que des symptômes d'hyperactivité [92].

6 - THADA et tics

La littérature fait état d'une forte prévalence des tics chez les enfants qui souffrent d'un THADA : 18% de ces enfants présenteraient des tics [98]. L'association avec un syndrome de Gilles de la Tourette est considérée comme rare en France contrairement aux écoles nord-américaines [62]. Les tics isolés sont caractérisés dans la CFTMEA par des gestes brusques, soudains, affectant des groupes musculaires restreints, « en éclair », impérieux et involontaires, répétés à intervalle variable ; ils ne peuvent faire l'objet d'un contrôle et d'une suppression volontaire que pendant une période de durée réduite ; ils disparaissent pendant le sommeil. La maladie de Gilles de la Tourette est définie par la survenue de tics multiples, moteurs, affectant plusieurs groupes musculaires, mais aussi vocaux et d'évolution prolongée.

Dans une perspective psychodynamique, selon Marcelli, les tics traduisent « la facilité, chez certains enfants, avec laquelle passent dans la motricité les affects, conflits et tensions psychiques. L'association à une instabilité est d'ailleurs fréquente. Devant cette facilité, on conçoit que le tic puisse devenir une voie de décharge tensionnelle privilégiée » [96].

C. Diagnostics différentiels

Le diagnostic de THADA est un diagnostic difficile, basé uniquement sur la clinique. Une des étapes primordiales de ce diagnostic est l'élimination des diagnostics différentiels, c'est-à-dire les diagnostics qui constituent un tableau clinique évocateur de THADA pourtant sous-tendu par d'autres mécanismes physio ou psychopathologiques. Il s'agit donc au sein des tableaux cliniques d'hyperactivité avec déficit de l'attention, de rechercher ceux que nous avons décrits dans la première partie de ce travail (cf. page 27) comme réactionnels ou secondaires à d'autres troubles.

Cette question du diagnostic différentiel est très intriquée avec celle de la reconnaissance des comorbidités. En effet, lorsque l'instabilité est associée à un autre trouble, la distinction entre une simple cooccurrence (comorbidité) des deux troubles et le fait qu'au contraire l'instabilité puisse être

L'expression symptomatique de cet autre trouble n'est pas chose aisée. Cette difficulté est bien représentée par les troubles des apprentissages par exemple, dont on sait qu'ils peuvent engendrer des difficultés attentionnelles et de comportement du fait de l'échec scolaire qu'ils provoquent, mais qui sont également considérés comme une forte comorbidité du THADA. Dans le premier cas, les symptômes d'hyperactivité et d'inattention peuvent être envisagés comme réactionnels aux troubles spécifiques d'apprentissages, il s'agit donc d'un diagnostic différentiel du THADA ; dans le deuxième cas, la présence des troubles des apprentissages n'exclut pas que les symptômes d'hyperactivité et d'inattention soient sous-tendus par un authentique THADA (comorbidité). Quoiqu'il en soit, il est certain que dans la pratique, le problème est bien plus complexe que cette présentation binaire et qu'il serait probablement illusoire de vouloir dissocier des éléments aussi enchevêtrés.

Néanmoins, un certain nombre de situations cliniques doivent être écartées afin que le diagnostic de THADA puisse être valable. Citons en premier lieu l'hyperactivité non pathologique appelée généralement « turbulence » du jeune enfant, qui ne provoque pas de répercussions sur la qualité de son fonctionnement. Citons ensuite les troubles psychiatriques et somatiques qui peuvent induire des symptômes d'agitation motrice et d'inattention, tels que les troubles autistiques, les troubles sévères des apprentissages, l'épilepsie, les lésions cérébrales, certaines encéphalopathies, les affections génétiques, les déficits sensoriels, le retard mental, plusieurs endocrinopathies. La prise de certains traitements doit également être attentivement recherchée, certaines instabilités ayant une origine iatrogénique indéniable (corticoïdes, anti-asthmatiques, certains anti-épileptiques, barbituriques) ; il s'agit également de penser à une possible cause toxique telle qu'une intoxication aux métaux lourds. Une fois ces causes médicales éliminées, il s'agit de préciser si les symptômes peuvent être mis en lien dans une certaine mesure avec des troubles psychoaffectifs qu'ils soient réactionnels à des conditions environnementales ou témoignent d'une fragilité intrapsychique individuelle de l'enfant.

IV - ÉTIOPATHOGÉNIE

Face à un tableau d'hyperactivité avec déficit de l'attention, il est nécessaire comme nous venons de le voir, d'adopter tout d'abord une démarche à visée étiologique pour mesurer la part de ce qui revient à des pathologies identifiables, à des causes purement neurologiques ou à des facteurs psychoaffectifs.

Concernant le THADA en tant qu'entité nosologique définie, caractérisant un trouble constitutionnel de la fonction d'attention et étant une des causes possibles d'hyperactivité infantile, aucune étiologie identifiable unique n'est reconnue à ce jour. Pour autant, les hypothèses

étiopathogéniques sont nombreuses. Bien que cette question soit encore largement débattue dans la littérature, l'hypothèse d'un déterminisme intrinsèque de nature neurobiologique paraît aujourd'hui admise par bon nombre d'auteurs en raison de la convergence d'au moins cinq types de facteurs que nous allons exposer dans le chapitre intitulé « bases neurobiologiques du THADA ».

Par ailleurs, si des facteurs psychoaffectifs sont présents chez 75 à 80% des enfants consultant pour un syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention, ils n'éliminent pas toujours pour autant l'existence d'une base constitutionnelle du déficit de l'attention et/ou de l'hyperkinésie, autrement dit le diagnostic de THADA. En fait, dans plus de 75% des cas selon L.Vallée, les deux composantes psychogène et constitutionnelle sont associées [154]. Il faut donc éviter de réduire la démarche conceptuelle du diagnostic étiologique à une attitude dichotomique : origine neurologique versus origine psychoaffective. L'hyperactivité infantile constitue en fait un modèle plurifactoriel où sont réunis des mécanismes neurobiologiques et des mécanismes psychodynamiques, les uns n'excluant pas les autres.

De ce fait, nous avons volontairement choisi d'inclure les hypothèses étiopathogéniques selon les « approches psychodynamiques de l'hyperactivité infantile » dans cette deuxième partie de notre travail, pourtant consacrée au THADA. Nous souhaitons ainsi appuyer la conception selon laquelle les différents niveaux de lecture organique/fonctionnel/psychique ont tous leur légitimité dans l'approche globale d'un enfant.

A. Bases neurobiologiques du THADA

1 - Facteurs neuropsychologiques.

Des contributions fondamentales ont été apportées ces vingt dernières années, par l'approche dite fonctionnelle de la neuropsychologie et la psychologie cognitive, à la compréhension des troubles comportementaux et attentionnels observés dans le THADA.

Les observations cliniques et les données expérimentales indiquent que la majorité des enfants souffrant d'un THADA présente une efficacité intellectuelle globale normale ou supérieure à la moyenne des enfants [41].

Le concept théorique actuel de THADA repose sur la notion de troubles des fonctions exécutives et plus spécifiquement sur le déficit du contrôle inhibiteur des impulsions. Les fonctions exécutives se réfèrent à l'ensemble des processus nécessaires à la réalisation de tâches complexes. Il s'agit de la capacité à inhiber des réponses automatiques, à sélectionner une réponse pertinente parmi d'autres, à élaborer un plan d'action, à le séquencer en opérations élémentaires qu'il s'agit d'organiser,

de hiérarchiser, de planifier, à maintenir un programme d'action dirigé vers un but et à vérifier la pertinence d'une réponse ou d'une séquence d'action. Une des nombreuses modalités de ce contrôle est l'« inhibition de réponse » et c'est elle qui serait spécifiquement perturbée dans le THADA [123].

Plusieurs modèles cognitifs du THADA ont été développés autour de cet aspect de « défaut d'inhibition de réponse ». Intégrant les données recueillies dans les autres domaines de la recherche sur l'hyperactivité, Barkley considère le déficit d'inhibition de réponse motrice comme le processus fondamental dans ce trouble [8]. Ce déficit *primaire* entraîne des perturbations secondaires des quatre autres sphères des fonctions exécutives : 1. la mémoire de travail (non verbale) ; 2. l'autorégulation des processus de motivation, de vigilance et des affects ; 3. l'internalisation du discours (mémoire de travail verbale) ; 4. la reconstitution. Or ces autres fonctions exécutives exercent un rétrocontrôle (feedback) sur les processus d'inhibition, ce qui, dans les conditions normales, permet une autorégulation et un fonctionnement adaptatif optimal avec une fluidité et une flexibilité des réponses motrices. Dans le THADA, la totalité de ces fonctions exécutives est perturbée en répercussions du défaut d'inhibition de réponse. Ceci aggrave en retour par feedback les trois processus simultanés qui composent les processus d'inhibition de réponse : 1. l'inhibition d'une réponse potentielle latente à un événement ; 2. l'inhibition ou interruption d'une réponse en cours ; 3. le contrôle des interférences, c'est-à-dire le contrôle des événements ou stimuli intercurrents, susceptibles de perturber la capacité d'inhibition de réponse.

Ainsi, la dimension « impulsivité » de l'hyperactivité serait le reflet de ce déficit de contrôle inhibiteur des impulsions et serait la plus à même de caractériser l'hyperactivité du point de vue des mécanismes cognitifs [123]. En fait, ceci est vrai pour le sous-type mixte de THADA, mais ne peut s'appliquer totalement au sous-type attentionnel qui justifie un autre modèle interprétatif. Le défaut fondamental dans ce sous-type impliquerait non pas un déficit d'inhibition mais un déficit de l'attention focalisée et de la vitesse de traitement de l'information [41]. Cependant la majorité des données expérimentales dans le THADA concerne la forme mixte et il semble donc nécessaire d'approfondir les connaissances des fonctions exécutives chez les enfants principalement inattentifs.

Quoiqu'il en soit, le déficit des fonctions exécutives impliquerait plus spécifiquement certaines structures cérébrales ainsi qu'un dysfonctionnement des systèmes catécholaminergiques.

2 - Facteurs neurochimiques

L'étude des mécanismes neurochimiques impliqués dans l'expression clinique de l'hyperactivité idiopathique a considérablement profité des progrès techniques et méthodologiques réalisés ces dix dernières années. Après plusieurs travaux princeps aux résultats contradictoires, l'implication des neurotransmetteurs principalement dopaminergiques mais aussi noradrénergiques est maintenant couramment reconnue dans la physiopathologie du THADA [58]. Des arguments expérimentaux, paracliniques et pharmacologies convergent dans ce sens.

Les expérimentations ont montré que sur un plan physiologique, les neurones noradrénergiques du locus cœruleus ont une implication majeure dans les processus d'attention sélective et de vigilance (maintien d'une attention soutenue [149]). Le système noradrénergique augmente le rapport signal/bruit, c'est-à-dire permet une focalisation sur le signal en atténuant le bruit de fond susceptible de contenir des stimuli distracteurs. Il innerve de façon importante le cortex préfrontal qui joue un rôle fondamental dans le traitement de l'information, dans les processus d'inhibition de réponse et dans la mémoire de travail [123].

Le système dopaminergique, lui, exerce par son implication dans les processus motivationnels et de renforcement (effet de récompense [69]), une régulation sur la réponse motrice et comportementale. L'activation des neurones dopaminergiques diminue le rapport signal/bruit c'est-à-dire qu'il favorise le maintien d'un état d'alerte et l'aptitude à la réponse à de nouveaux stimuli. Les neurones dopaminergiques sont essentiels à la sélection, l'initiation, le séquençage et le maintien des fonctions motrices.

Les dosages de ces deux monoamines ou de leurs métabolites chez des sujets hyperactifs suggèrent un hypofonctionnement des systèmes dopaminergiques et noradrénergiques dans le THADA. Ils montrent aussi une corrélation de la dopamine avec les mesures comportementales d'hyperactivité/impulsivité [123].

Thomas et Willems [149] précisent que les dysfonctionnements constatés dans les différents systèmes de neurotransmetteurs doivent être compris en termes d'*équilibre* entre eux (et non pas en termes d'action individuelle de chacun) et d'interactions se développant au cours du temps entre ces différents systèmes, en fonction de la *maturation* neuronale et de l'âge de l'enfant. Cet aspect neurodéveloppemental est aussi fondamental pour Vallée [155] qui rappelle que la cinétique de répartition des récepteurs dans les différentes régions cérébrales varie au cours du développement maturatif de l'enfant. Cet auteur insiste sur ce point et invite à bien garder en tête, lorsqu'on décide d'instituer un traitement psychotrope chez un jeune enfant, que les sites d'action du médicament sont

précisément des sites en cours de maturation. Il évoque qu'inversement, l'absence de traitement peut aussi être délétère dans le déroulement du processus neurodéveloppemental.

Les arguments pharmacologiques appuyant l'hypothèse du dysfonctionnement neurochimique dans la physiopathologie du THADA reposent sur la constatation de l'efficacité des psychostimulants comme la D-amphétamine ou le méthylphénidate sur les symptômes du trouble ; or ces molécules font partie des inhibiteurs de recapture de la dopamine et de noradrénaline et agissent en augmentant la concentration synaptique de ces deux neurotransmetteurs. Par ailleurs, l'efficacité actuellement suggérée de l'atomoxétine, un inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline [123], pourrait conforter l'hypothèse du *déséquilibre* entre les neurotransmetteurs évoquée plus haut.

3 - Facteurs neuroanatomiques

Différentes techniques d'imagerie cérébrale ont été utilisées dans l'exploration de l'hyperactivité et convergent vers l'implication de certaines structures cérébrales (essentiellement le cortex préfrontal et les ganglions de la base) qui sont modulées par les systèmes dopaminergiques et noradrénergiques. Des anomalies morphologiques et des anomalies fonctionnelles ont été identifiées, sans pour autant être pathognomonique du THADA.

Les données structurelles les plus récentes sont fournies par l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Les principales études contrôlées rapportent des anomalies des ganglions de la base et des lobes frontaux avec une diminution du volume du cortex préfrontal droit chez les hyperactifs et une perte de l'asymétrie des noyaux caudés [123].

Les données fonctionnelles sont apportées par le PETscan (positron emission tomography), le SPECTscan (single photon emission computerized tomography) et l'IRMf (IRM fonctionnelle). Ces techniques permettent une étude indirecte du métabolisme du cerveau et donc de son activité.

Avec le PETscan, une réduction globale de 8% du métabolisme cérébral du glucose a été constatée chez 25 adultes hyperactifs depuis l'enfance comparés à des sujets contrôles [167] et des résultats similaires ont été trouvés chez des adolescents présentant ce trouble. Cette réduction du métabolisme du glucose était plus prononcée dans le cortex préfrontal, le striatum et le thalamus, des régions cérébrales qui sont impliquées dans le contrôle de l'activité motrice et dans l'attention.

Avec le SPECTscan, une diminution des débits sanguins régionaux, corrélée avec une diminution de l'activité régionale, a été mise en évidence dans le striatum et les régions

pérventriculaires postérieures chez des enfants présentant un THADA. Une normalisation des débits sanguins chez ces enfants a été constatée après traitement par méthylphénidate [90].

Des données très récentes en IRMf montrent, chez des enfants présentant un THADA, une diminution de l'activation des régions frontales au cours d'un test de Stroop qui est une tâche nécessitant une bonne gestion d'une situation d'interférences des stimuli (par exemple, le mot « rouge » est écrit avec une encre verte ; la tâche consiste à dénommer la couleur d'encre et à inhiber la lecture automatique du mot) [168]. Cette étude de Zang et al. (2005) indique par ailleurs que l'administration de méthylphénidate chez ces enfants tend à réactiver ces zones. L'étude de Silk et al. (2005) conclut également à un dysfonctionnement frontal, striatal et pariétal chez des adolescents présentant un THADA, mis en évidence par une moindre activation de ces régions par rapport à des sujets témoins [140].

Tous ces travaux objectivent des modifications anatomiques et fonctionnelles de certaines régions cérébrales chez les sujets souffrant d'un THADA. Reste à préciser si ces modifications sont la cause des symptômes observés dans le THADA ou bien si elles sont la conséquence d'une réorganisation neuronale en lien avec des facteurs environnementaux, selon le concept de neuroplasticité (capacité des neurones à modifier leur structure, leur production, leur contenu moléculaire ou leurs connexions en fonction de divers facteurs environnementaux).

4 - Facteurs génétiques

Le poids des facteurs génétiques ou « hérédité » est étudié de plusieurs façons, par des études d'agrégation familiale, par des études d'adoption et par des études de jumeaux. C'est la convergence de ces différentes approches qui permet de confirmer la vulnérabilité génétique à une pathologie.

Pour l'hyperactivité, les études d'agrégation familiale confirment une incidence plus élevée du THADA chez les apparentés au 1^{er} et au 2nd degrés d'enfants hyperactifs. La fréquence du THADA augmente significativement de 6% à 57% dans la fratrie d'un sujet présentant ce trouble. Cependant, les études d'agrégation familiale de ce type ne permettent pas de distinguer le poids des facteurs éducatifs et/ou psychologiques de celui des facteurs génétiques. Il est donc important d'effectuer des études de jumeaux afin de préciser ces résultats [69].

Concernant le THADA ou ses symptômes comportementaux et cognitifs, les études de jumeaux montrent un taux de concordance plus élevé chez les jumeaux monozygotes (66%) que chez les dizygotes (28%) dont le capital génétique commun est moins important [123].

Les études d'adoption suggèrent par ailleurs une fréquence plus importante du THADA chez les parents biologiques d'enfants hyperactifs adoptés que chez leurs parents adoptifs [123].

Finalement, les chiffres d'héritabilité pour l'hyperactivité semblent concordants selon le type d'étude génétique autour de 80%. L'hyperactivité est de ce fait considérée, parmi les affections de l'enfant et de l'adulte, comme une des pathologies psychiatriques pour lesquelles la vulnérabilité génétique est la plus importante [69].

A l'heure actuelle, il n'est pas encore possible de déterminer quels gènes sont impliqués dans cette prédisposition génétique. La piste dopaminergique est la plus explorée et des travaux récents plaident en faveur d'une possible interaction de plusieurs gènes d'expression modérée, notamment le gène DAT1 et le gène DRD4 [58].

Concernant le DAT, gène codant pour la protéine transporteur de la dopamine (*DA Transporter*), il a été l'un des premiers testés dans l'hyperactivité avec des résultats initiaux très significatifs puis moins évidents quand les études ont porté sur des échantillons de patients plus importants. Son rôle dans l'expression du syndrome d'hyperactivité reste donc à préciser.

La piste actuelle la plus explorée est celle du DRD4, gène codant pour le récepteur dopaminergique D4. Les résultats des nombreuses études qui se sont intéressées à ce gène montrent l'existence d'un lien hautement significatif entre l'un des allèles du gène DRD4 et l'expression du THADA. Cependant, comme le précise P. Gorwood [69], l'existence de ce gène n'est pas pour autant prédictif du trouble. Au contraire, c'est un facteur très modéré qui n'augmente le risque de survenue de la pathologie que de 1,5 à 2,5 fois. Il n'explique pas les 80% d'héritabilité décrits dans le THADA. Il est par ailleurs non spécifique de ce trouble. D'autres facteurs génétiques et/ou environnementaux d'interaction doivent être recherchés.

5 - Facteurs environnementaux

De nombreux facteurs environnementaux ont été examinés comme risques potentiels de THADA mais aucun ne peut être considéré à ce jour comme une condition nécessaire et suffisante à la survenue du trouble. Il est probable que la vulnérabilité constitutionnelle issue des facteurs endogènes que nous venons de décrire (facteurs génétiques, anatomiques, chimiques et cognitifs) n'est pas non plus suffisante en elle-même pour aboutir à la constitution d'une hyperactivité au sens pathologique du terme. Il faut vraisemblablement pour cela que des facteurs exogènes environnementaux (familiaux et/ou sociaux) interagissent avec ce terrain individuel vulnérable. C'est sans doute le jeu complexe des interactions à ces deux niveaux – endogène et exogène – qui contribue insidieusement à l'apparition et à l'évolution du THADA [58].

Parmi ces facteurs exogènes, l'utilisation de certains additifs alimentaires (colorants, agents de conservation ou arômes artificiels) ou l'apport excessif de sucre ont été évoqués comme potentiellement responsables du THADA. Cette idée a été très développée dans la presse populaire aux Etats-Unis mais des études méthodologiquement contrôlées ont finalement infirmé cette hypothèse [123].

Des complications obstétricales ou périnatales sont également suspectées comme facteurs prédisposants au THADA, en particulier la toxémie gravidique et l'éclampsie, une mauvaise santé ou l'âge avancé de la mère, la durée du travail, une postmaturité ou une détresse fœtale, un petit poids de naissance, une hémorragie prénatale. Ces complications obstétricales provoquent fréquemment une hypoxie chez l'enfant à naître. Cette hypoxie, surtout lorsque le fœtus y est exposé de façon chronique (toxémie par exemple), pourrait interférer sur la maturation des circuits neuronaux impliqués dans les fonctions motrices et attentionnelles [58 ; 123]. Cette hypothèse encore spéculative sera sans doute précisée par les recherches futures.

Les facteurs environnementaux relationnels ont également été étudiés, montrant notamment l'importance des facteurs de risque psychosociaux dont l'agrégation définit un « index d'adversité ». Les particularités des modalités interactives entre les mères et leurs enfants hyperactifs ont aussi fait l'objet de comparaisons avec les modalités interactives de mères contrôles dont les enfants sont indemnes de trouble hyperactif. Ces aspects sont développés dans une autre partie de ce travail (se reporter page 38) consacrée à l'étude des facteurs environnementaux et familiaux *associés* au THADA. En effet, souvent, ces facteurs sont considérés dans la littérature davantage comme « réactionnels » au trouble et susceptibles d'en aggraver le pronostic, que comme des facteurs jouant un rôle favorisant sa survenue.

Cette partie sur les bases étiopathogéniques neurobiologiques du THADA apporte un éclairage très intéressant sur *ce qui se passe au niveau cérébral dans le THADA*. De très nombreux facteurs endogènes et exogènes ont été étudiés. D'autres facteurs, les facteurs psychologiques, méritent d'être pris en compte dans la genèse du trouble, dès lors que l'on accepte d'envisager que la manière d'« être » de l'enfant correspond aussi à ce qu'il vit dans son univers intrapsychique. Pour notre part, il nous paraît évident que le fonctionnement de « l'appareil psychique » ne peut être totalement disjoint du substratum organique cérébral, qu'il est nécessairement sous la dépendance des échanges biochimiques entre les neurones cérébraux. La pensée aussi émane et se « matérialise » dans le cerveau qui lui-même reste en constante interaction avec l'environnement, celui-ci étant en retour capable de moduler la plasticité cérébrale.

B. Approches psychodynamiques de l'hyperactivité infantile.

Différents modèles de compréhension de l'instabilité psychomotrice ont été proposés dans une perspective psychodynamique, principalement à la suite des travaux sur la psychologie et la psychopathologie du développement précoce de l'enfant. En effet la plupart des auteurs situent les mécanismes de l'instabilité dans les phases très précoces du développement psychoaffectif du bébé. Il est souvent mis en évidence un « désaccordage » affectif et relationnel entre la mère et l'enfant au cours de la première année de la dyade.

1 - Distorsions du lien précoce mère-enfant.

Les hypothèses se centrent souvent sur la présence d'une dépression maternelle post-natale, ou sur d'autres situations à risque de perturbations des interactions précoces mère-enfant. Il peut s'agir de diverses situations dans lesquelles on peut identifier la présence de « facteurs de risque » qui sont eux-mêmes liés à l'enfant (maladie, présence d'un handicap sensoriel par exemple), ou à la mère (psychopathologie maternelle chronique ou transitoire, névrose de caractère, troubles de la personnalité) ou aux deux (prématurité, séparations).

Précisons que lorsque les auteurs évoquent la mère, ils ont moins en vue la mère en tant que personne que la mère en tant que fonction (maternante), avec tout ce qu'elle comporte d'inconscient et de fantasmatique, et étant bien entendu que dans la mise en œuvre de cette fonction, l'action de l'enfant sur sa mère est non moins importante que la réciproque.

Berger [16] propose une classification de l'instabilité en fonction de l'histoire familiale et relationnelle de l'enfant. Pour cet auteur, les instabilités liées à des interactions précoces très défectueuses (carencées, incohérentes ou intrusives, parfois liées à des séparations) seraient majoritaires, de même que serait fréquente la dépression maternelle précoce. Les enfants soumis à un forçage éducatif intrusif ou à une inadéquation du cadre éducatif seraient fortement représentés dans le groupe clinique étudié. Enfin, les mères instables ou nerveuses exprimant un maternage discontinu (manque d'adaptabilité aux rythmes de l'enfant et aux besoins de l'enfant) et dont les échanges avec leurs enfants sont marqués par la nervosité et l'agitation, forment un groupe significatif.

Malarrive et Bourgeois [91] remarquent, dans leur série d'enfants hyperkinétiques, l'absence de psychopathologie bruyante chez les mères. Ils mettent par contre en évidence la constance d'une « *pathologie relationnelle entre la mère et l'enfant* ». Ils observent chez ces mères « leur désarroi totalement inefficace et le fatalisme avec lequel elles paraissent "contempler" l'hyperkinésie », leur aspect « figé » face à leur enfant, « leur absence de compréhension, d'intuition vis-à-vis de tous les besoins, de tous les désirs de leur enfant, interprétant l'hyperkinésie comme un désir d'autonomie, d'indépendance, ne percevant jamais, ou le refusant fortement, le désir de symbiose de l'enfant, ses

besoins régressifs, ses moments dépressifs, et le traitant toujours au-dessus de son âge ». Ils notent l'absence de stimulations précoces pertinentes de l'enfant, d'où une incapacité pour celui-ci à intégrer la réalité extérieure, surtout lorsqu'au moment de la marche, il se trouve confronté à un cumul d'excitations extérieures. Ils remarquent aussi la difficulté de ces mères à jouer un rôle de repère sécurisant pour leur enfant, ce qui le conduit à fantasmer « l'autonomie permise par la marche comme un abandon manifeste et irréversible, ce d'autant plus que les mères entravent cette autonomie naissante en refusant les besoins normaux de régression ». Les auteurs font ici référence à un *trouble de l'individuation* dans une problématique de dépendance materno-infantile qui vient infiltrer le développement affectif. Ils considèrent l'hyperkinésie comme une fuite sur le mode de la « défense maniaque » que nous détaillerons plus loin dans ce chapitre. De plus, ils font état de l'absence d'objet transitionnel chez les enfants de leur série, constatation mettant sur la voie d'une *défaillance de l'accès au champ transitionnel* altérant les capacités de représentations, de pensée symbolique et l'accès à l'autonomie psychique.

Mazet [100] montre qu'il existe une *discontinuité* dans les échanges interactifs entre la mère en situation de dépression psychopathologique et le bébé très jeune. Ces défauts d'étayage confrontent l'enfant à une relation à un objet primaire imprévisible et inquiétant.

L'observation de nourrissons face au syndrome dépressif de leur mère a permis de mettre en évidence deux types de réactions extrêmes : soit le bébé adopte des réactions de retrait semblables à celles de la mère, soit il s'engage dans une *activité « anti-dépressive » d'hyperactivité* [15]. Dans le cadre d'une dépression maternelle où prédominent le ralentissement psychomoteur et l'émoussement affectif, une pauvreté des échanges entre les deux partenaires est notée. Par ailleurs, ces échanges s'établissent essentiellement par le biais de la motricité et entretiennent une hyperexcitabilité et une hypertonicité du bébé. A l'austérité du cadre interactif imposé par la mère, le bébé répond sur un mode moteur hypertonique. Pour Welniarz [160], l'instabilité et l'agitation peuvent être comprises comme une défense contre l'immobilité de la mort : la mère déprimée, en proie à des angoisses de mort, viendrait inconsciemment exciter son enfant afin qu'il fasse preuve de sa vitalité.

De ces distorsions des interactions précoces (inadéquation des stimulations, défaut d'ajustement des réponses de la mère aux besoins de l'enfant, discontinuité des soins maternels) découlent des défaillances dans l'appropriation des mécanismes qui assurent l'individuation, la maîtrise des instruments de symbolisation, l'accès à la vie fantasmatique. Le défaut d'élaboration de la fonction de contenance, que nous allons maintenant développer, occupe une place notable dans l'échec de ces processus.

2 - Défaillance de la fonction contenantante.

Lors de sa naissance, le bébé est soudainement plongé dans un monde complexe, bombardé de stimulations diverses et placé devant un excès d'excitations. Face à cet excès de stimulations sensitivo-sensorielles, le nouveau-né doit être protégé, mis à l'abri de l'impact envahissant et intrusif de la réalité extérieure, car tout psychisme, et encore plus tout psychisme débutant, ne peut effectuer son travail que sur de petites quantités d'énergie. Cette protection, dans les conditions habituelles, est assurée par le *système pare-excitation* qui est composé en partie par la fonction maternante, en partie par l'enfant lui-même et en partie par l'interaction entre ces deux composantes [67]. Le but est de faire parvenir à l'appareil psychique des quantités d'énergie sur lesquelles il pourra effectuer son travail, sans être débordé.

La composante maternelle du système pare-excitation correspond schématiquement à la fonction de *holding* décrite par Winnicott, c'est-à-dire à la façon dont l'enfant est porté. Par le maintien physique de l'enfant dans ses bras, la mère assure une fonction de filtrage et de tamisage par rapport à l'extérieur, la courbe de ses bras offrant à la fois une fonction de contenance et de protection à l'égard du « dehors ». Mais le *holding* n'est pas que gestuel : la mère veille aussi à ce que l'enfant ne soit pas submergé par un trop-plein de stimulations sensibles et sensorielles (bruit, lumière, froid) et finalement, elle le contient aussi psychiquement par sa voix, son regard et même sa pensée. Ces différents aspects du *holding* jouent une fonction de protection contre toutes les expériences souvent angoissantes qui sont ressenties dès la naissance, qu'elles soient de nature physiologiques, sensorielles, ou qu'elles concernent le vécu psychique du corps (angoisses de morcellement, absence d'orientation, etc). Le *holding* offre également une fonction de contenance et de limitation au bébé, en l'aidant à se rassembler tout en distinguant peu à peu ce qui est à lui (le soi) de ce qui ne l'est pas (le non-soi). Si le *holding* est assuré de manière suffisante et régulière, le *sentiment continu d'exister* de l'enfant est préservé et la maturation du nourrisson est alors possible.

Tout ceci concourt à l'édification des enveloppes cutanées et des enveloppes psychiques qui en dérivent selon la dynamique décrite par Esther Bick [20] : « dans les tout premiers moments, les parties de la personnalité sont ressenties comme n'ayant aucune force liante propre et tombent en morceaux à moins d'être tenues ensemble passivement grâce à la peau faisant office de limite. Mais cette fonction interne de contenir les parties du Self dépend à l'origine de l'introjection d'un objet externe reconnu apte à assurer cette fonction. Ultérieurement, l'identification à cette fonction contenantante de l'objet remplace l'état de non-intégration et permet le fantasme des espaces internes et externes ». L'objet optimal que le bébé reconnaît comme « tenant ensemble les parties de la personnalité » est le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur

familière de la mère (le *holding* de Winnicott). Il est expérimenté concrètement comme une enveloppe, comme une peau.

Un développement défectueux de cette première fonction de la peau, qu'il soit la conséquence de défauts d'adéquation de l'objet réel (par exemple, mères déprimées qui ne s'accordent pas bien aux besoins de leur enfant) ou d'attaques fantasmatisques de l'enfant contre l'objet, qui entament l'introjection, peut conduire au développement de ce qu'Esther Bick nomme « *une seconde peau* ». Par le biais de cette seconde peau, fréquemment de type musculaire, la dépendance à l'objet est remplacée par une pseudo-indépendance.

A la lumière de cette description, l'hyperactivité motrice et la carapace qu'elle induit peuvent être comprises comme une *seconde peau substitutive*, une enveloppe d'agitation motrice, permettant à l'appareil psychique en constitution de se donner une contenance et d'évacuer les angoisses archaïques et les affects douloureux : bouger permet de se sentir exister grâce au ressenti de contenance musculaire [66], dans une sorte de quête incessante de limites, de frontières.

La composante infantile du système pare-excitation permet aussi au bébé de pouvoir se protéger par lui-même vis-à-vis de diverses excitations émanant du dehors. De multiples mécanismes peuvent concourir à cet objectif [67].

La variation des états de vigilance, tout d'abord, qui constitue une capacité d'auto-régulation par le bébé de son accessibilité et de son attention psychique à l'égard de son environnement interactif. Il est désormais admis que certains bébés s'endorment parfois comme pour se protéger, à des moments très précis en fonction des fantasmes ou des affects véhiculés par la conversation qui se tient autour d'eux.

On sait également qu'il existe des processus d'habituation qui permettent au bébé, même très jeune, de prêter une attention de moins en moins forte à des stimuli qui se répètent de façon monotone et redondante.

Le bébé dispose en outre de *procédés autocalmants*, en particulier toutes les manœuvres d'autoholding, d'autocontention ou d'autoattachement sur lesquels les apports théoriques de Geneviève Haag ont été décisifs. Cet auteur décrit que les comportements de *rassemblement sur la ligne médiane* (jonction des mains, croisement des doigts, accollement de la plante des pieds...) peuvent participer à la fonction pare-excitation. Ses observations cliniques ont mis en évidence un niveau d'intégration et d'intériorisation (identificatoire) très corporelles de la relation mère-bébé dans les deux moitiés du corps, l'une étant assimilée aux fonctions maternelles, l'autre au rôle du bébé. Le bébé, par le rassemblement de ses deux moitiés, pourrait ainsi fantasmer la présence de sa mère, dans l'illusion corporelle d'une non-séparation évoquant la notion de « *peau commune* » [70].

Ceci nous amène à rappeler l'importance de la composante interactive du système pare-excitation. De fait, chacun des deux partenaires de l'interaction se trouve à même de rendre l'autre compétent ou incompétent. Le bébé, par sa part personnelle, influence profondément le style interactif de sa mère et la rend plus ou moins efficace dans sa fonction de pare-excitation tandis que celle-ci, de son côté, rend son bébé plus ou moins compétent dans ses manœuvres d'autoprotection. Par ailleurs, d'autres tiers, et en tout premier lieu le père, interviennent également dans le système interactif. Ainsi, la place de la fonction paternelle dans le développement des interactions précoces ne doit pas être négligée.

Ainsi, certains bébés dits « irritables » ou certains enfants « distractibles » ou « fortement parasités par des distracteurs » dont le seuil propre d'excitabilité se trouve trop faible et qui ne parviennent pas à gérer un afflux de stimulations simultanées, peuvent être compris comme des enfants qui n'ont pas mis en place un système pare-excitation personnel satisfaisant ou qui ont échoué à induire chez leur mère une fonction apaisante et protectrice efficace. Leur agitation *interne* témoignerait du *débordement pulsionnel* qu'ils ne peuvent élaborer. L'échec de leur recherche d'un objet extérieur apaisant est fréquemment avancé : l'objet premier, la mère, elle-même en prise avec son propre inconscient, ferait plutôt fonction d'objet excitant ou angoissant. L'agitation *externe* ferait alors office de pare-excitation substitutif, attestant la quête incessante de l'objet inaccessible et celle de limites physiques et corporelles, selon Bergès [18]. Néanmoins, dans des processus de cet ordre, l'enfant échoue dans la mise en place du système préconscient qui ne peut assurer pleinement les liaisons habituelles entre affects et représentations : les capacités de mentalisation sont mises en échec, le mode d'expression dominant reste centré sur le corps et l'agir.

3 - Défaut d'élaboration de la position dépressive et défenses maniaques.

Un certain nombre d'hypothèses se concentrent sur la question de la dépression de l'enfant. Pour Marcelli, l'instabilité chez le jeune enfant (3 à 6 ans) correspondrait, dans un contexte dépressif, non pas tant à un équivalent dépressif qu'à une conduite de lutte contre les affects dépressifs [96].

Golse [66] partage ce point de vue et constate que souvent, la disparition rapide des symptômes d'hyperactivité grâce à un traitement psychostimulant laisse apparaître des affects authentiquement dépressifs. Ceci suggère pour cet auteur que l'hyperactivité venait masquer ces affects dépressifs ou encore qu'elle fonctionnait comme une défense hypomaniaque à l'égard du noyau dépressif sous-jacent.

Ceci s'intègre dans la conception kleinienne des « *défenses maniaques* » dont le rôle est décisif en regard de la « *position dépressive* », concept clé dans la théorisation de Mélanie Klein sur le développement psychique et émotionnel du nourrisson, portant en particulier sur le travail de

séparation [137]. Pour de nombreux auteurs [44 ; 160], l'instabilité psychomotrice est à comprendre comme un défaut d'élaboration de la position dépressive dont nous allons rappeler les grandes lignes.

Dans les conditions habituelles, l'accession à la « position dépressive » au sens de Mélanie Klein résulte de la perception par le très jeune enfant (deuxième moitié de la première année de vie) de l'unicité de l'objet désormais intégré comme différent de lui. Elle correspond au passage de la relation d'objets partiels, caractéristique de la « position schizoparanoïde » précédente, à la relation d'objet total. Ce passage s'effectue lorsque tous les progrès et les expériences sensorielles du bébé vis-à-vis de son monde interne et de son monde externe lui font prendre conscience que les sensations proviennent d'un même objet, qu'il ressent maintenant comme séparé de lui, source unique de ce qui est à la fois bon (marquant la satisfaction) et mauvais (marquant la frustration). Les perceptions ne proviennent plus d'un « bon sein » ou d'un « mauvais sein », mais d'un *objet total* « mère » *non clivé*, somme de ce qui est bon et mauvais, source de ses gratifications comme de ses frustrations.

Pour l'enfant, distinguer sa mère comme une personne entière et différente de lui implique de reconnaître sa dépendance vis-à-vis d'elle. Il éprouve alors des sentiments ambivalents à son égard, à la fois des sentiments d'amour et des sentiments de haine. Cette *ambivalence* fait naître *l'angoisse dépressive de perte d'objet*, alimentée par les fantasmes destructeurs de l'enfant, qui craint d'endommager et de détruire l'objet total. Ces inquiétudes du bébé pour sa mère sont d'ailleurs entretenues par la réalité externe, les absences étant vécues comme disparition totale du fait que le tout petit enfant ne parvient pas encore à faire de distinction entre une absence passagère et une perte définitive.

D'intenses sentiments de nostalgie, de deuil et de culpabilité apparaissent, mobilisant chez l'enfant le désir de *réparation*. Le conflit dépressif est une lutte constante entre la destructivité de l'enfant et ses tendances d'amour et de réparation. Tout ce qui symbolise l'absence et la réapparition (récupérer un objet perdu, remplacer un objet par un autre) permet à l'enfant d'intégrer un sentiment de sécurité. La répétition des expériences positives est un facteur important pour aider l'enfant à surmonter son sentiment de perte. De même la réapparition assurée de la mère après ses absences, son amour et les soins continuels que le bébé reçoit de son entourage vont lui permettre de constater que ses agressions fantasmatiques contre ses objets sont sans effet.

Peu à peu s'élabore la position dépressive dans les conditions normales. L'enjeu est considérable puisqu'il s'agit, pour le sujet, d'acquérir les capacités psychiques nécessaires pour supporter la séparation d'avec un (bon) objet externe et de tolérer les angoisses dépressives liées aux tendances destructrices qui menacent le (bon) objet interne. L'élaboration de la position dépressive marque des progrès cruciaux dans l'établissement et l'acceptation de la réalité intérieure et de la réalité extérieure, à travers la découverte par l'enfant de sa propre réalité psychique et de sa dépendance à

l'égard de ses objets. Elle permet la constitution d'une relation d'objet stable et maturante. Elle entraîne aussi la diminution de l'omnipotence, la prédominance graduelle du refoulement sur le clivage, l'atténuation progressive des défenses archaïques qui accompagnaient le clivage (idéalisation ou dévalorisation de l'objet, projection persécutive, contrôle omnipotent, déni). C'est tout le climat de la pensée qui change grâce à la formation du *symbole*, permise par la reconnaissance de la distinction sujet-objet et grâce à la réparation qui ouvre la voie aux activités créatrices et sublimatoires.

Au seuil de la position dépressive apparaissent de nouvelles défenses, les *défenses maniaques*, qui sont mises en jeu lorsque la souffrance dépressive est ressentie comme intolérable et risquerait de submerger le Moi. Elles expulsent l'excès de souffrance à travers le déni de la dépendance envers l'objet, déni réalisé par un retournement de cette dépendance en « contrôle omnipotent, triomphe et mépris envers l'objet » [14]. Selon Mélanie Klein, elles font partie du développement normal car elles permettent temporairement à l'enfant de résister à des souffrances dépressives intolérables qui comportent un danger suicidaire [14].

C'est aussi la position de Hanna Segal [137] pour qui « bien souvent la souffrance ne peut être surmontée que par des défenses maniaques qui protègent le Moi du désespoir complet. Quand la souffrance et la menace diminuent, les défenses maniaques peuvent progressivement céder le pas à la réparation ». Néanmoins, elle précise que « lorsque les défenses maniaques deviennent trop fortes, des cercles vicieux entrent en jeu et le développement est empêché par des points de fixation ». Les défenses maniaques, lorsqu'elles sont massives et persistantes, ne permettent pas d'accéder à la réparation et gênent la reconnaissance de la réalité psychique.

Pour Mille [105], certes les défenses maniaques empêchent le vécu de souffrance mais au-delà « elles ne permettent pas la mise en œuvre des actions qui pourraient être entreprises pour soulager l'enfant ». « L'instabilité maniaque est donc bien à entendre comme une défense pathologique entravant la progression du développement psychoaffectif » et témoignant de la non élaboration de la position dépressive.

Misès [106] considère que dans les conditions habituelles, l'enfant prend appui, pour se protéger des angoisses dépressives qui l'assaillent, sur les mécanismes de défense maniaque qu'il met au service de la réparation de l'objet. Il précise que le succès de cette entreprise se joue dans des interactions où le rôle de la mère est essentiel ; elle doit donner une signification aux manifestations qui émanent de l'enfant et réaliser les ajustements nécessaires : tolérer les mouvements agressifs, doser les frustrations inévitables, de façon à ce que l'enfant conserve la représentation mentale qu'il se forme d'elle en son absence. En somme, elle le confirme dans son activité de restauration.

Si l'étayage maternel se trouve défaillant, en raison notamment de la menace que l'accès de l'enfant à une autonomie propre fait peser sur l'économie narcissique de la mère, l'enfant ne parvient pas à intégrer les angoisses dépressives et de séparation, ni à dépasser le conflit d'ambivalence. La vulnérabilité à la perte d'objet devient, de part et d'autre, un élément essentiel de la problématique, rendant impossible une réelle élaboration de la position dépressive par l'enfant.

L'échec dans l'organisation de la névrose infantile ne permet pas l'accès à la culpabilité névrotique et l'enfant reste soumis à des instances répressives archaïques et intransigeantes. La distinction entre réalité psychique et réalité externe n'est pas constante et s'établit en secteur à travers les clivages, tandis que persistent des modes archaïques de défense contre la résurgence de représentations fantasmatiques non intégrées et contre les risques de débordements de l'appareil psychique. *Des défaillances narcissiques* s'y relient, apparaissant à travers le manque de sécurité interne, la difficulté à assumer la régulation de l'estime de soi, l'incapacité à construire des idéaux qui laissent une marge suffisante de liberté : les exigences de « tout, tout de suite » s'expriment de façon impérieuse. Néanmoins, à travers ses symptômes, l'enfant tient à distance les angoisses les plus menaçantes et aménage sa vulnérabilité à la perte d'objet ainsi que les menaces dépressives et narcissiques qui s'y articulent.

4 - Expression d'une problématique familiale inconsciente

Dans une perspective systémique, quelques auteurs suggèrent que l'hyperkinésie infantile reflète une problématique se situant au niveau des interactions familiales. Ils constatent que les mères d'enfants hyperactifs sont souvent émotionnellement débordées dans leur fonction et ne peuvent compter sur les pères qui se dérobent à la coopération dans le couple et qui ne peuvent leur fournir une aide [15]. L'hyperkinésie infantile remplirait la fonction importante de *stabilisation de l'équilibre familial* en détournant l'attention du fait qu'il faudrait clarifier les relations familiales anormales dues à l'attachement très étroit d'un des parents à sa propre famille d'origine.

Dans la continuité de la notion d'« interactions fantasmatiques » développée par Lebovici, Flavigny rappelle que la conception psychodynamique tient compte, en termes d'interactions, des facteurs d'environnement, essentiellement la problématique des parents c'est-à-dire non pas en référence à des attitudes manifestes mais plutôt par rapport à des attitudes profondes liées à l'histoire personnelle (notamment de l'enfance des parents), prenant en compte la spécificité de la relation avec chaque enfant [56].

Un certain nombre de caractéristiques de la dynamique inconsciente des familles d'enfants instables sont ainsi mises en évidence de façon convergente par plusieurs auteurs français :

Du côté maternel est décrite « une proximité des fantasmes de mort à l'égard de l'enfant mâle, volontiers dissimulés derrière une attitude protectrice jouant alors comme une sollicitation incestueuse » [56]. Malarrive et Bourgeois notent chez les mères d'enfants hyperactifs une « attitude hyperprotectrice qui masque un rejet profond de leur enfant » [91]. Pour Lepage, il existe « des tendances agressives des parents envers leur enfant. Ces tendances agressives sont fortement culpabilisées et s'expriment à l'égard de l'enfant par des fantasmes de mort » qui entravent la qualité du maternage. L'auteur note également une « relation de dépendance » de chaque conjoint à l'égard de l'autre conjoint [89]. Flavigny relève dans son étude une « sollicitation incestueuse de la mère à l'égard de son garçon, cachant en fait une ambivalence et un rejet parfois exprimé dans des fantasmes de mort crus, non élaborés » [56]. Ainsi, cet auteur décrit que le fantasme d'une « catastrophe qui arriverait à son fils » est très classique dans la psyché maternelle de l'enfant instable, venant témoigner du fantasme agressif à son encontre. L'enfant hyperactif tenterait alors d'échapper à l'angoisse de mort qu'il sent projetée sur lui, en se rappelant en permanence à l'attention de sa mère, par son instabilité, tout en mettant le fantasme agressif de celle-ci à l'épreuve, au travers d'attitudes de provocation (se mettre en danger). L'instabilité est ici envisagée comme jouant un rôle de symptôme protecteur de l'angoisse.

Du côté paternel est noté « un évitement de la relation entre père et fils, favorisé par l'attitude de la mère ayant tendance à ne pas supporter l'interférence du père dans la relation entre elle et l'enfant » [56]. Malarrive et Bourgeois notent un « barrage au père » de la part de mères, une position ambivalente des pères qui se conduisent comme des « pères-mères » [91]. Lepage note le « manque d'instance paternelle » [89]. Flavigny remarque « la disqualification de la relation du père à son fils, tant du fait du père lui-même, cachant, derrière des rationalisations, une agressivité aiguë à l'égard de l'enfant du même sexe que lui (le renvoyant à une difficulté dans la relation à son propre père) que du fait de la mère, préservant la relation à son fils du fait notamment de l'agressivité qu'elle ressent (inconsciemment) à son égard et du fait de son souhait de ne pas faire intervenir un homme - le père - dans cette relation pour en conserver la maîtrise » [56].

Pour Flavigny, l'instabilité psychomotrice apparaît comme « non pas seulement un trouble du garçon comme en témoignent les statistiques, mais bien plus comme une manifestation liée à l'angoisse du garçon de ne pas parvenir à élaborer la « *position virile* » (c'est-à-dire l'intériorisation psychique de sa référence sexuelle comme étant masculine) du fait de la problématique éprouvée dans la relation aux parents ». Cette position virile semble, pour l'enfant, impossible à accepter du fait qu'il éprouve comme « réalisé » le vœu de son conflit oedipien (ce qui rend ce conflit irréprésentable psychiquement, inélaborable) et du fait que les souhaits agressifs ressentis chez les parents, notamment la mère, rendent difficile toute intériorisation apaisante d'où une fragilité de son développement narcissique [56]. ».

La manifestation chez la fillette aurait la même signification et dénoterait alors de l'« envie virile » de la fille.

5 - Fonctionnement opératoire

L'hypothèse d'un fonctionnement opératoire est également avancée, dans une perspective psychosomatique : l'instabilité serait l'expression psychosomatique d'enfants qui ont une pensée opératoire avec peu d'affects apparents et une carence importante de leurs capacités imaginatives, représentatives et fantasmatiques [158]. Il s'agit d'enfants dont l'activité est induite uniquement par le factuel, c'est-à-dire suscitée et entretenue par l'immédiat de l'environnement matériel des choses, des situations ou des personnes. C'est une activité monotone, pauvre et vide, privée d'impulsions imaginaires.

La base de la vie opératoire est un défaut du fonctionnement du système préconscient, « plaque tournante de l'élaboration mentale » selon Kreisler [78], et un isolement de l'inconscient. La charge liée aux affects et aux émois, mal véhiculée, inélaboree, reste enfermée et contenue hors des processus de mentalisation. Ainsi l'enfant dont le fonctionnement est opératoire, sujet à un état de tension interne, ne pourrait l'exprimer que par la voie somatique, par une décharge d'excitations non psychisées par le corps. L'agitation peut être assimilée à une telle voie de décharge lorsque l'élaboration psychique et l'accès aux représentations symboliques sont impossibles.

Ce type de fonctionnement se rencontre principalement dans les *dépressions essentielles* et dans ce que Kreisler a dénommé le « *comportement vide du jeune enfant* » observé chez des enfants souffrant de désordres somatiques sévères [78]. La question du lien entre dépression et instabilité est donc de nouveau posée ici.

6 - Personnalité de l'enfant instable.

Pour Malarrive et Bourgeois, l'instabilité correspond à une « dysharmonie d'évolution » : il s'agit d'une « organisation pathologique très précoce de la personnalité avec des niveaux dysharmonieux entre une intelligence et un langage pouvant être remarquables et un niveau très bas de structuration affective » [91].

Pour Lepage, « l'impression générale est celle d'une dysharmonie soit au niveau structurel, soit au niveau de la maturation fonctionnelle, soit les deux », les enfants hyperkinétiques appartenant au « groupe des états-limites » [89].

Flavigny confirme la précarité des mécanismes de défense névrotiques de type phobique ou obsessionnel, l'absence de trait psychotique avéré, les défenses de la personnalité apparaissant toujours efficaces et maintenant le lien à la réalité. En référence aux critères de l'école française, d'après l'approche de Misès, il considère l'enfant instable comme appartenant aux dysharmonies d'évolution, la structure de personnalité étant le plus souvent de type « limite » [56].

Pour Raoult, l'instabilité paraît liée à une structuration problématique de la personnalité (mauvais contrôle pulsionnel, troubles de la symbolisation, prévalence des mécanismes de défense archaïques, difficultés identificatoires et de différenciation des objets) et du développement (troubles instrumentaux, immaturité psychologique). Au plan psychopathologique, il relève, avec l'ensemble des auteurs, une incapacité à lier l'excitation sur un mode représentatif et une mauvaise différenciation des instances. Pour lui, c'est bien le cadre des *pathologies limites* de Misès qui est ainsi sollicité. Il en résume les repères communs : « défaillances dans l'appropriation des mécanismes qui assurent l'individuation, la maîtrise des instruments de symbolisation, l'accès à la vie fantasmatique ; défaut d'élaboration de la fonction de contenance ; défaut de liaison entre affect et représentation ; échec dans le registre de la transitionnalité ; défaut d'élaboration de la position dépressive, vulnérabilité à la perte d'objet ; nonaccès à une configuration oedipienne structurante, inconsistance de la fonction paternelle. » L'instabilité est « l'expression d'une carence narcissique, d'une fragilité des repères identitaires et identificatoires, de l'omniprésence de l'angoisse, de l'atteinte de l'image du corps et d'une dépressivité ».

V - MÉTHODES D'ÉVALUATION

L'évaluation symptomatique d'un enfant hyperactif est essentiellement basée sur les entretiens avec l'enfant et avec les parents et éventuellement sur les informations apportées par les enseignants et sur l'examen clinique, auxquels peuvent s'ajouter des échelles de comportement, des tests neuropsychologiques, des bilans complémentaires orthophoniques et psychomoteurs et éventuellement des tests de personnalité.

A. Evaluation clinique

C'est le temps essentiel de la démarche évaluative d'un enfant présentant une instabilité psychomotrice.

1 - L'entretien avec les parents et l'enfant.

L'entretien avec les parents permet de préciser le motif de consultation, la fréquence, la sévérité, l'ancienneté des symptômes avancés. Il renseigne sur la chronologie et la durée de leur survenue,

notions que l'enfant ne possède pas habituellement avant l'adolescence [51] mais qui sont des éléments importants du diagnostic. Cet entretien a aussi pour objectif d'obtenir des informations sur le contexte de vie familiale de l'enfant (fratrie ; âge, niveau socio-économique et mode éducatif des parents ; antécédents familiaux médicaux et psychiatriques, préoccupations éventuelles), sur ses antécédents (pré, per et post-nataux), sur son développement psychomoteur, sa scolarité, ses modalités relationnelles avec les enfants de son âge. Il précise aussi les répercussions du comportement de l'enfant au niveau familial, scolaire, social. La difficulté lors de cette étape anamnestique consiste à amener les parents, généralement excédés et dépassés, à décrire de la façon la plus objective possible les troubles de leur enfant en réduisant au minimum la part subjective de leur appréciation liée tant à leur inquiétude qu'à leur culpabilité.

Dans une situation où l'accent est souvent mis d'emblée sur l'agitation de l'enfant, il importe d'aider les parents à décentrer leurs plaintes en invitant l'enfant, si son âge permet un dialogue, à faire part de son vécu de la situation, des sentiments qu'il éprouve face à son inadaptation comportementale. Au cours de l'entretien avec l'enfant, l'analyse du comportement se voit ainsi complétée par une analyse dans les domaines affectif, cognitif, relationnel. S'il est trop petit pour pouvoir participer à un entretien traditionnel, d'autres modalités de communication lui sont proposées : dessin ou jeux en particulier.

L'observation directe au cours de cet entretien permet d'appréhender la qualité de la relation de la mère, du père et de l'enfant. Elle fait apparaître les modalités d'interactions et de communication intrafamiliale.

2 - L'examen clinique

Il s'agit d'un examen neuropédiatrique complet visant à éliminer toute anomalie clinique majeure (micro ou macrocéphalie, syndrome cérébelleux, ataxie...). Il a aussi pour objectif une appréciation du développement psychomoteur et cognitif de l'enfant (langage, praxies, qualité d'acquisition du schéma corporel, de la latéralisation, des représentations spatiotemporelles).

B. Les échelles de comportement

Les échelles de comportement sont chez l'enfant, en raison de sa faible contribution active à l'énumération des symptômes, une source de données essentielles pour le processus diagnostique ainsi que pour l'observation de l'évolution de l'enfant. Elles complètent le jugement clinique mais ne sont en aucun cas destinées à se substituer à lui.

Elles sont constituées de listes de symptômes et permettent la quantification de ceux-ci en fonction de l'intensité ou de la fréquence. Elles aboutissent à un score total, obtenu par addition des scores de chacun des items qui reflètent l'intensité du trouble. Elles constituent une « photographie » de l'enfant sur le plan psycho-comportemental à un moment donné.

Il existe de multiples échelles de comportement validées, dont certaines sont plus spécifiquement des échelles d'hyperactivité (échelles de Conners, échelles de Barkley). Nous n'évoquerons ici que les plus fréquemment employées.

1 - Les échelles de Conners [36]

Ce sont les plus couramment utilisées dans le domaine de l'hyperactivité infantile. Elles ont été développées en 1977, largement validées dans la population d'enfants hyperactifs (entre 3 et 17 ans) et traduites en français. Elles sont fiables et faciles à utiliser. Récemment, une forme révisée est parue aux Etats-Unis, comprenant, entre autres, les items du DSM-IV du diagnostic de Trouble : Déficit de l'Attention / Hyperactivité (TDAH) et permettant de mesurer un index TDAH. Néanmoins, cette version révisée n'a pas encore été traduite en français et n'est donc pas utilisée dans notre pays.

Il en existe plusieurs formes :

La première est le questionnaire dédié à l'usage des parents (CPRS) qui permet d'explorer les perturbations comportementales de l'enfant à la maison. La version originale comprend 93 items et a été complétée par une forme réduite à 48 items (Annexe 4) ainsi qu'une forme réduite à 10 items pour mesurer les changements sous traitement médicamenteux. L'échelle réduite à 48 items permet une analyse factorielle et détermine un regroupement des symptômes en 5 dimensions :

- difficultés d'apprentissage ;
- troubles du comportement ;
- anxiété ;
- manifestations psychosomatiques ;
- impulsivité/hyperactivité.

Un facteur particulier évalue l'intensité du trouble (index d'hyperactivité).

Ce questionnaire permet une quantification des symptômes tels que les parents les observent.

La seconde forme est destinée aux enseignants. Elle évalue les comportements les plus fréquemment perturbés chez l'enfant en milieu scolaire. La version originale comprend 39 items, la version réduite 28 items (Annexe 4bis). Comme le questionnaire destiné aux parents, celui remis aux enseignants aboutit, à partir de 28 items, à un index d'hyperactivité et à un profil comportemental sur 3 dimensions [131 ; 50]:

- troubles du comportement ;
- hyperactivité;
- immaturité-passivité.

Les items sont cotés 0-pas du tout, 1-un petit peu, 2-beaucoup, 3-énormément. Les scores sont additionnés dans chaque dimension. Des données statistiques tenant compte de l'âge et du sexe permettent de situer le score moyen de chaque facteur. Un test-score supérieur à 70 (2 dérivations standards au-dessus de la moyenne) est le seuil au-delà duquel se situent les sujets ayant des troubles significatifs [131]. Pour le questionnaire-parent abrégé à 10 items, le score devient pathologique au-delà de 15 [125].

Un des avantages de ces échelles est qu'elles permettent une quantification des symptômes à partir de plusieurs sources. La confrontation des résultats entre le questionnaire parents et le questionnaire enseignant est une donnée essentielle de l'interprétation des résultats (concordance ou discordance des scores ?). Rappelons néanmoins que ces échelles ne sont que descriptives et ne doivent en aucun cas être le seul argument diagnostique.

2 - Les échelles de situations de Barkley

Il s'agit de questionnaires destinés à informer sur le type de situations dans lesquelles surviennent les problèmes comportementaux dans le cadre d'une hyperactivité. Chaque situation est cotée en « positive » ou « négative ». Ils sont un complément intéressant à l'évaluation comportementale, particulièrement lors de thérapies familiales et/ou comportementales [50].

3 - La Children Behaviour Check-List (CBCL)

Cet instrument mis au point par Achenbach [2] n'est pas spécifique de l'hyperactivité. C'est un instrument descriptif des comportements d'enfants de 4 à 16 ans, apportant des informations sur les troubles émotionnels, comportementaux ou sur les compétences relationnelles ou sociales, à partir de l'évaluation des parents. La CBCL constitue surtout un instrument fiable distinguant les enfants ayant une pathologie mentale des enfants de la population générale. Son utilisation est davantage à visée épidémiologique que clinique [28].

C. Evaluation neuropsychologique

L'évaluation neuropsychologique permet l'appréciation du niveau intellectuel de l'enfant, l'évaluation du fonctionnement de l'enfant dans divers secteurs cognitifs, en particulier l'estimation des capacités attentionnelles dans des tâches requérant une attention soutenue.

Pour de nombreux auteurs, elle constitue la clé du diagnostic de THADA par la mise en évidence du déficit des processus attentionnels, considéré comme la base physiologique du trouble [123 ; 125]. Soulignons néanmoins que l'objectivation d'un déficit attentionnel par des tests ne nous semble pas suffisante pour pouvoir en affirmer le caractère constitutionnel. De multiples situations environnementales (ne serait-ce qu'une longue attente avant de débiter les tests) ou psychologiques (anxiété) sont également susceptibles d'interférer avec les capacités de l'enfant et il s'agit de ne pas oublier de les prendre aussi en compte dans l'interprétation des résultats.

1 - Evaluation psychométrique de l'intelligence

Elle est fondée sur les tests cognitifs. Les échelles les plus couramment utilisées sont les *échelles de Wechsler*, dont il existe trois formes adaptées à l'âge de l'enfant : la *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-revised* (WPPSI-R) pour les enfants de 4 à 6 ans ; la *Wechsler Intelligence Scale for Children- Third Edition* (WISC-III) pour les enfants et adolescents de 6 à 17 ans ; la *Wechsler Adult Intelligence Scale- Third Edition* (WAIS-III) pour adultes.

L'utilisation de ces échelles aboutit à la détermination d'un *quotient intellectuel* dans le domaine verbal (QIV), dans le domaine des performances (QIP) et à un quotient intellectuel global (QIG). Il s'agit donc d'une mesure de l'efficience intellectuelle associée à une recherche de difficultés d'apprentissage (troubles de l'acquisition du langage, de la lecture) et de leur retentissement scolaire, permettant la prise en compte dans la démarche diagnostique du degré des capacités cognitives de l'enfant (précocité intellectuelle ou au contraire déficience).

La majorité des enfants atteints de THADA a une efficience intellectuelle globale normale ou supérieure à la moyenne. Toutefois, certaines études rapportent un quotient intellectuel diminué dans le domaine verbal (QIV) [41].

2 - Evaluation des processus cognitifs

Le développement de ces tests a été considérable ces dernières années. Ils visent à objectiver les déficits cognitifs dans des conditions standardisées.

✓ Tests d'attention

Ils ciblent principalement l'estimation du temps de réaction du sujet à un stimulus donné. Le plus connu est le *Continuous Performance Test* (CPT) qui présente sur un écran une succession de lettres de l'alphabet pendant une durée prolongée. Le sujet doit répondre à un stimulus donné (en général la lettre X). Ce test a été enrichi d'une épreuve qui évalue, en outre, la *capacité à inhiber une réponse*, test particulièrement intéressant chez l'enfant hyperactif : le sujet ne doit répondre à la lettre X que si celle-ci a été précédée d'une autre lettre donnée, le B par exemple. Plusieurs études rapportent que les résultats au CPT d'un groupe d'enfants hyperactifs diffèrent de ceux d'un groupe d'enfants témoins par le nombre d'erreurs par omissions de cibles et par défaut d'inhibition de réponse [41].

Parmi les autres tests, citons le *test de Stroop* que nous avons déjà évoqué, qui évalue les capacités attentionnelles en présence d'un distracteur (le mot « Rouge » écrit avec une encre verte : la tâche consiste à dénommer la couleur de l'encre –verte- et à inhiber la lecture automatique du mot) ; Citons également le *test de barrage de Zazzo* qui évalue les capacités d'attention soutenue.

✓ Tests des fonctions exécutives

Divers tests évaluent les fonctions exécutives (planification, flexibilité, mémoire de travail) qui sont classiquement perturbées chez l'enfant hyperactif. Parmi eux, citons *le test de la tour de Londres* qui évalue les processus de planification (sélection d'actions pertinentes et agencement temporel de ces actions), le *Wisconsin Sorting Card Test* (WSCT) qui évalue les capacités d'adaptabilité de stratégies en fonction des réponses de l'environnement et la reproduction de *la figure complexe de Rey* qui évalue la mémoire de travail.

D. Autres évaluations

Parmi les autres éléments du bilan dans le cadre d'un syndrome hyperactif, une place particulière doit être donnée aux bilans orthophonique et psychomoteur.

Le bilan orthophonique permet un examen du langage. Celui-ci est d'autant plus important que l'on connaît la fréquence de l'association (de la « comorbidité ») des difficultés spécifiques du langage avec le THADA. Il repose sur des tests standardisés évaluant les compétences linguistiques orales et écrites de l'enfant. Il a différents objectifs : repérer l'existence d'un trouble spécifique du développement du langage ou des apprentissages (lecture, orthographe, calcul) ; rechercher des

difficultés spécifiques notamment aux niveaux attentionnel, mnésique et visuo-spatial ; évaluer le retentissement global du trouble sur les acquisitions.

Le bilan psychomoteur évalue la motricité et la manière dont l'enfant utilise son corps dans le temps et l'espace.

Le recours à des tests projectifs peut être intéressant afin de préciser l'évaluation clinique psychopathologique. Les principaux sont le Rorschach et le TAT (*Thematic Aperception Test*). Ils permettent de saisir les modalités du fonctionnement psychique du sujet, son degré de structuration conflictuelle ainsi que ses organisations défensives prédominantes.

Toutes ces méthodes d'évaluation ont leur place dans la démarche diagnostique d'un enfant présentant une instabilité. Leur réalisation est déterminée par les éléments d'orientation apportés par l'évaluation clinique initiale et permet d'obtenir de nombreuses informations. C'est ensuite l'analyse critique et la *confrontation* de toutes ces données qui apportent des arguments en faveur de telle ou telle cause à l'origine des manifestations cliniques présentées par l'enfant et conduisent à des propositions de soins cohérentes et adaptées à l'enfant.

VI - TRAITEMENTS

Le traitement des enfants hyperactifs suscite encore de nombreuses polémiques en France, principalement focalisées sur la place des psychostimulants chez l'enfant. Dans la littérature scientifique, le modèle du traitement multimodal associant des soins psycho-éducatifs, rééducatifs, psychothérapeutiques et pharmacologiques est communément admis. Néanmoins, dans la pratique, il existe encore d'importantes réticences à l'instauration d'un traitement par psychostimulants chez les pédopsychiatres français ; a contrario, il existe, chez nombre de somaticiens, une réticence à adresser les enfants hyperactifs vers une thérapie d'inspiration psychanalytique, au profit de techniques plus comportementalistes, très en vogue aux Etats-Unis, mais qui risquent de détourner l'enfant et sa famille de la réflexion psychopathologique.

Pour sortir de cette polémique qui se produit bien évidemment au détriment du patient, une concertation pluridisciplinaire donne l'occasion d'envisager les différentes stratégies thérapeutiques comme complémentaires, voire synergiques [161], à partir du moment où elles sont bien articulées entre elles (ce qui nécessite une communication de qualité entre les différents intervenants) et personnalisées. Ce n'est qu'à ces conditions qu'elles répondront au mieux aux besoins de l'enfant et de sa famille.

Ce schéma multidimensionnel et pluridisciplinaire comprend 5 axes que nous allons décrire : les rééducations, les psychothérapies, la chimiothérapie, l'aide éducative et enfin l'aide pédagogique.

A. Les rééducations.

1 - La rééducation orthophonique et la rééducation psychopédagogique.

La rééducation orthophonique permet une prise en charge des divers troubles du langage oral et/ou écrit. Par une amélioration des compétences linguistiques de l'enfant, elle permet à celui-ci de mieux pouvoir s'exprimer et se faire comprendre. Elle est aussi particulièrement indiquée chez les enfants qui présentent des troubles des apprentissages scolaires associés aux symptômes d'hyperactivité.

La rééducation psychopédagogique regroupe un ensemble de techniques (pédagogie relationnelle, psychopédagogie...) qui se donnent pour but, grâce à l'aménagement relationnel adapté et à des exercices pédagogiques appropriés, de pallier les lacunes laissées par les apprentissages scolaires habituels et conduisant à l'échec scolaire. La qualité de la relation instaurée avec le psychopédagogue, la mise en place d'une pédagogie qui ne repose plus sur l'exigence de résultats ou sur la sanction, mais sur l'échange, l'utilisation de techniques attrayantes et la valorisation des succès, permettent une atténuation des réactions de refus ou de prestance, des attitudes de découragement ou de renoncement fréquemment associées à l'échec scolaire.

2 - La rééducation psychomotrice

Elle vise à renforcer les fonctions psychomotrices de base (motricité, organisation corporelle dans l'espace et le temps). Elle permet à l'enfant d'enrichir ses perceptions corporelles dans l'action adaptée et précise, d'affiner la séquence spatiale de son geste en référence à son schéma corporel, d'intégrer la séquence temporelle inhérente à toute gestualité, de repérer les limites de son corps, y compris dans l'immobilité (en référence aux théories sur la défaillance des « enveloppes psychiques »), de découvrir un autre mode de communication corporelle. Les techniques psychomotrices sont particulièrement indiquées chez le jeune enfant, en particulier avant l'apparition du langage, mais également chez l'enfant plus grand. Pour beaucoup d'auteurs, elles sont à placer en toute première ligne dans l'arsenal thérapeutique [32 ; 48] et permettent parfois la résolution précoce du symptôme, évitant ainsi l'organisation d'un authentique syndrome hyperkinétique. Elles peuvent ainsi être proposées à visée symptomatique avant même qu'un diagnostic syndromique soit évoqué.

Chez l'enfant en période de latence ou à la préadolescence, la relaxation est également une technique thérapeutique, à médiation corporelle, qui peut s'avérer utile.

B. Les psychothérapies

L'approche psychothérapique de l'enfant présentant une hyperactivité avec déficit de l'attention est indispensable dans la majorité des cas, visant à une amélioration durable des troubles, à la différence du traitement médicamenteux dont l'effet symptomatique se produit à court terme et dont les bénéfices à long terme ne sont pas connus. Elle associe une prise en charge de l'enfant lui-même à un travail familial, indispensable pour révéler et résoudre les conflits qui peuvent se jouer autour du problème de l'enfant.

Quel que soit le substratum théorique auquel se réfèrent les thérapies (approches analytique, systémique ou cognitivo-comportementale), elles visent à intervenir sur les aspects psychiques, émotionnels et relationnels du trouble. Elles peuvent être utilisées seules et avoir la même efficacité que la pharmacothérapie [64], ou bien utilisées en association à d'autres stratégies thérapeutiques.

1 - La psychothérapie d'inspiration analytique

Il s'agit de comprendre la détresse de l'enfant, d'amener à la conscience l'origine des conflits et des conduites symptomatiques à mesure qu'ils apparaissent et se reproduisent dans le cours des séances, puis de donner à l'enfant les moyens de mieux élaborer, surmonter et/ou tolérer ses conflits.

Ce type de thérapie est basé sur les fondements théoriques psychodynamiques que nous avons évoqués plus haut. Il peut s'agir d'une thérapie individuelle et/ou d'une thérapie groupale. La sécurité apportée par le cadre thérapeutique doit pouvoir permettre à l'enfant de vivre des expériences qui seront pour lui l'occasion de mobiliser toute son organisation psychique et son organisation défensive. Par exemple, les techniques de groupes thérapeutiques (d'inspiration analytique) peuvent être utiles dans la perspective d'une reconstruction des enveloppes psychiques, via les enveloppes groupales qui permettent à l'enfant de retrouver la contenance d'un holding défectueux. La mise en récit d'une situation vécue par l'enfant, seul ou au sein du groupe, lui permet de développer ses capacités narratives ouvrant progressivement la voie à la symbolisation.

L'objectif est de consolider le narcissisme bien fragile de ces enfants afin de les amener à aborder les conflits non résolus (problématique de séparation-individuation, élaboration de la position dépressive, angoisse de perte d'objet) et à développer leurs capacités représentatives.

Les résultats des psychothérapies analytiques n'ont pas fait l'objet d'études d'évaluation dans l'indication qui nous préoccupe.

2 - La thérapie cognitivo-comportementale

Les thérapies comportementales et cognitives sont très souvent préconisées dans le traitement de l'hyperactivité avec déficit de l'attention. Leur objectif est d'intervenir directement sur les modes de pensée et les comportements des patients. Dans le cadre du THADA, l'apprentissage de stratégies de « coping » a pour but de compenser les déficits développementaux qui définissent le trouble [132]. Des procédés variés sont appliqués, visant au développement par l'enfant de capacités d'autocontrôle grâce à la réalisation de petits objectifs définis à l'avance avec le thérapeute (avoir une attention soutenue sur une courte durée qui va s'allonger progressivement, faire une activité après l'autre, attendre son tour dans les jeux...). Les étapes sont progressives et chaque succès est valorisé par le thérapeute et par la famille. Les objectifs atteints renforcent l'estime de soi et l'observance de l'enfant et de son entourage dans le travail psychothérapeutique.

De nombreuses études ont évalué l'efficacité à court terme des techniques cognitivo-comportementales. Les résultats montrent qu'elles sont des compléments indispensables au traitement médicamenteux lorsque celui-ci est prescrit [131].

3 - Les approches familiales

Le traitement de l'hyperactivité de l'enfant ne peut se concevoir sans la participation active des parents au processus de soin. L'environnement familial a un rôle essentiel dans la genèse, le maintien ou les conséquences de cette pathologie. Les relations entre les différents protagonistes sont forcément perturbées à un moment ou à un autre de l'évolution du trouble. Sans modification de cet environnement, il est illusoire d'attendre un succès de la psychothérapie de l'enfant.

Les thérapeutes familiaux, qu'ils se réfèrent à la théorie psychanalytique, aux théories cognitivo-comportementalistes ou encore à la systémique, ont tous pour point de mire d'améliorer les interactions défectueuses entre l'enfant et sa famille.

Les approches familiales possibles sont variées, allant de l'entretien thérapeutique parent-enfant ponctuel à une thérapie familiale plus structurée, en passant par la guidance parentale (associant informations et étayage) ou par les programmes cognitivo-comportementaux destinés aux parents.

Parmi ces derniers, le plus connu est le programme d'entraînement des parents, de Barkley [132]. Il comporte une première étape d'information sur la maladie (afin de décaler l'enfant de sa position de mauvais sujet) suivie de la mise en place du programme en lui-même, sous forme de 10 séances de 2 heures, au cours desquelles les parents sont « entraînés » à faire face aux situations difficiles qu'ils rencontrent. Elles ont pour but d'améliorer les relations parents-enfant. Pour cela, des stratégies de contrôle efficaces, cohérentes et adaptées aux comportements déviants de l'enfant leur

sont apprises : favoriser les récompenses des comportements adaptés plutôt que les punitions des comportements inadaptés, accorder une attention positive à l'enfant en lui consacrant régulièrement un moment privilégié de jeu où aucune directive n'a sa place, fractionner les demandes, limiter les distracteurs... Toutes ces recommandations doivent aboutir à la restauration pour l'enfant de l'image de soi et pour les parents de leur confiance en leurs compétences parentales. L'instauration d'un mode d'interaction plus positif s'accompagne généralement d'une réduction de l'opposition, de l'agressivité et des comportements de défi de l'enfant. Toute la vie familiale s'en trouve améliorée.

La critique qui peut être formulée à l'encontre d'une telle approche est qu'elle entraîne, d'une certaine manière, une médicalisation de difficultés qui paraissent davantage être d'ordre éducatif. Néanmoins, dès lors que ces difficultés éducatives ont un impact sur le développement psychoaffectif de l'enfant et sur la survenue d'une authentique souffrance psychique avec toutes les répercussions que l'on connaît, l'intervention du soin nous paraît devenir tout à fait légitime. Cette technique a donc l'immense intérêt de proposer une aide à des familles en grande détresse et de procurer un apaisement des conflits propice à la mise en place de changements interactifs. Or ce sont bien ces interactions pathogènes qu'il s'agit de prendre en charge.

C. La chimiothérapie

1 - Un psychostimulant, le méthylphénidate

Depuis la publication de Bradley en 1937 [31], rapportant une amélioration comportementale chez des enfants hyperactifs traités par une amphétamine, l'intérêt des psychostimulants comme traitement médicamenteux de l'hyperactivité s'est vu confirmé par de nombreuses études méthodologiquement bien conduites [57]. En France, le seul produit autorisé est le méthylphénidate qui, comme tous les psychostimulants, est un inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine.

Ce produit, dans sa forme à libération immédiate (Ritaline[®]), bénéficie en France d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) depuis 1995 dans la seule indication « Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant de plus de 6 ans » [86]. Depuis peu, une forme à libération prolongée (Concerta[®] LP) est également disponible, permettant une durée d'action plus longue.

Inscrit sur la liste des stupéfiants, le méthylphénidate ne peut être prescrit et délivré que dans le respect de règles rigoureuses de prescription : prescription initiale hospitalière, réservée aux pédiatres, neurologues et psychiatres, sur ordonnance sécurisée permettant la délivrance du médicament pour une durée limitée à 28 jours ; par la suite, le traitement peut être reconduit tous les 28 jours par tout

docteur en médecine, sur la période de validité de l'ordonnance initiale (1 an) ; au-delà de cette période, le renouvellement doit, de nouveau, être effectué par un spécialiste hospitalier.

La décision d'instauration de méthylphénidate, loin d'être systématique dès le diagnostic de THADA posé, doit être réservée aux enfants de plus de 6 ans qui présentent une forme sévère et invalidante du trouble ou qui n'ont pas répondu aux prises en charge psycho-comportementales [121]. Une réévaluation de l'opportunité de la poursuite du traitement doit être faite régulièrement. L'administration doit être prudente et progressive : pour la Ritaline® (comprimés à 10 mg), la posologie initiale est de un demi comprimé le matin et le midi (ne jamais administrer de prise après 17 heures), à augmenter progressivement pour atteindre une posologie quotidienne comprise entre 0,5 et 1,5 mg/kg/j, sans dépasser 60 mg/j [86].

A court et moyen terme, l'efficacité de ce médicament est démontrée dans 70% des cas. Associé à d'autres modalités thérapeutiques (psychothérapie, rééducation psychomotrice), il en optimiserait l'efficacité [29]. L'amélioration porte sur les trois domaines moteur, cognitif (diminution de la distractibilité, des difficultés attentionnelles, de l'impulsivité) et social (amélioration des relations interpersonnelle et diminution des réactions de rejet). Les performances scolaires sont globalement améliorées. Néanmoins, l'effet est purement symptomatique et l'efficacité à long terme n'est pas encore prouvée [29]. La question de la durée du traitement reste donc posée. Certains auteurs considèrent que si la coopération de l'enfant et de sa famille est bonne et en l'absence d'effets indésirables gênants, le traitement peut être poursuivi tant que les symptômes entraînent un handicap [86].

La tolérance au méthylphénidate est, de manière générale, excellente chez l'enfant et l'adolescent. A court terme, les effets indésirables les plus fréquents sont les difficultés d'endormissement, la diminution d'appétit, l'irritabilité et la perte de poids. Des céphalées et des douleurs abdominales peuvent également survenir transitoirement en début de traitement. Plus rarement, une élévation de la pression artérielle peut survenir, justifiant une surveillance cardiovasculaire régulière. Des phénomènes de rebond d'hyperactivité ont également été décrits, notamment en fin d'après-midi lorsque l'effet thérapeutique de la Ritaline® se dissipe. L'apparition ou l'aggravation de tics ou d'un syndrome de Gilles de la Tourette a parfois été notée, imposant alors l'arrêt des psychostimulants. Exceptionnellement, des épisodes hallucinatoires aigus ont été décrits, raison pour laquelle les psychostimulants sont contre-indiqués en cas de troubles psychotiques.

A long terme, il est possible d'observer un ralentissement de la croissance qui est réversible à l'arrêt du traitement ou lors de la mise en place de fenêtres thérapeutiques, sans répercussion sur la taille définitive. Le risque d'une toxicomanie liée à l'usage abusif de méthylphénidate a longtemps été particulièrement redouté, mais les études réalisées indiquent finalement qu'une prescription médicale

bien contrôlée n'augmenterait pas le risque d'addiction aux psychostimulants ni à d'autres produits [29]. Néanmoins, ce risque d'usage détourné doit être soigneusement évalué chez le patient et chez les membres de sa famille ; s'il existe, il constitue une contre-indication absolue à la prescription de psychostimulants.

2 - Autres traitements médicamenteux

L'atomoxétine, un inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline, est le premier traitement non amphétaminique inscrit dans l'arsenal thérapeutique du THADA aux Etats-Unis. Des études comparatives versus placebo, méthodologiquement conformes aux standards requis pour une utilisation pédiatrique, montrent son efficacité dans le THADA de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que sa bonne tolérance [121]. Il n'est pas commercialisé en France et des études sont toujours en cours pour préciser sa juste place dans la stratégie thérapeutique.

Les antidépresseurs tricycliques (imipramine, désipramine) ont été utilisés dans le THADA avec une certaine efficacité. Ils présentent des bénéfices certains sur les symptômes anxieux ou dépressifs éventuellement associés au THADA, mais ils seraient significativement moins efficaces que les psychostimulants sur les dimensions directement affectées par le trouble [29]. De plus, un phénomène d'échappement au bout de deux mois en limiterait l'intérêt [57].

D'autres médicaments ont aussi montré une efficacité dans le traitement du THADA, tels que le bupropion ou la clonidine. Néanmoins, ce sont, comme les antidépresseurs tricycliques, des molécules prescrites hors-AMM, dont on connaît mal le rapport bénéfice/risque chez l'enfant [121].

D. L'aide éducative

Elle est toujours nécessaire auprès des parents, qu'il s'agisse de simples conseils éducatifs, d'un travail de guidance parentale ou encore d'un véritable programme thérapeutique psycho-comportemental comme celui de Barkley que nous avons décrit dans les approches familiales.

E. L'aide pédagogique

Le rôle fondamental de l'école dans le traitement de l'enfant hyperactif est généralement souligné dans la littérature [51 ; 57] ; il n'est pas rare que ce soit l'école qui réussisse à convaincre les parents d'aller consulter le médecin pour leur enfant. C'est aussi l'enseignant qui donne le traitement médicamenteux prescrit en cours de journée et qui quantifie les progrès. Sa coopération est donc

primordiale, d'autant plus que, fréquemment découragé par les débordements de l'enfant, il peut également avoir des attitudes de rejet qu'il importe de modifier.

Avec l'accord des parents, l'aide pédagogique peut passer par une information concise auprès de l'enseignant de la problématique de l'enfant, dans les limites du secret professionnel. Ce simple contact suffit souvent à « désamorcer » une relation devenue conflictuelle avec l'enfant [57].

Des aménagements scolaires peuvent aussi être discutés à cette occasion pour aider l'enfant à canaliser son instabilité en classe. Depuis les années 1950, des « programmes scolaires » ont été mis en place. Ils préconisent une stimulation minimale avec réduction de l'espace, une fragmentation du travail, une utilisation de l'approche structurée dans les leçons, le déroulement de la classe et les événements scolaires. L'accent est mis sur l'enseignement individualisé. Des programmes de participation parentale sont parfois proposés en association à des interventions pédagogiques. En rapport avec les difficultés cognitives spécifiques mises en évidence chez l'enfant, des aménagements des méthodes d'enseignement peuvent être conseillées.

Parfois, lorsque les troubles de l'enfant ne permettent plus son maintien en classe ordinaire, il arrive qu'une orientation en établissement spécialisé soit justifiée.

VII - EVOLUTION

Depuis quelques mois, c'est par les questions autour de son évolution que le THADA se trouve une nouvelle fois au cœur de l'actualité, notamment en rapport avec les polémiques suscitées par le projet gouvernemental de « plan de prévention de la délinquance » et par la parution récente, en septembre 2005, du rapport d'expertise de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) sur les troubles des conduites de l'enfant et de l'adolescent [54; 171].

A. Modalités évolutives

De nombreuses études prospectives se sont attachées à déterminer le devenir de l'enfant présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Ces études sont concordantes dans leurs résultats et montrent trois grands types d'évolution :

- dans 30% des cas, l'évolution naturelle du trouble se fait vers la disparition des symptômes lors de l'adolescence ou chez l'adulte jeune ;

- dans 40% des cas, les symptômes persistent à l'adolescence et à l'âge adulte [102], avec néanmoins une modification de la présentation clinique : la dimension motrice du trouble s'amende dans la majorité des cas, tandis que la dimension impulsivité et surtout la dimension cognitive

(difficultés attentionnelles et d'organisation de la pensée ou de planification), subsistent. Les sujets de cette catégorie présentent le plus souvent des difficultés d'adaptation importantes dans tous les domaines de la vie, tant affective et familiale que sociale et professionnelle.

- dans 30% des cas, une évolution péjorative est décrite, marquée par l'apparition de pathologies de type : troubles des conduites sociales à l'adolescence, abus de substances toxiques, personnalité antisociale à l'âge adulte (selon le DSM-IV), psychopathie [95]. Cette évolution serait plus fréquente quand, dès l'enfance, existe une comorbidité du THADA avec un « Trouble oppositionnel avec provocation » ou avec un « Trouble des conduites ».

B. Implications en terme de prévention

Dans l'actualité de notre société, remuée dernièrement par des « émeutes » à l'actif de dénommés « jeunes casseurs délinquants », le projet gouvernemental de plan de prévention de la délinquance constitue un enjeu politique important. Ce plan prône la détection très précoce des « troubles comportementaux » chez l'enfant, dans la mesure où ceux-ci sont considérés comme annonciateurs d'un parcours vers la délinquance voire la criminalité.

Dans ce contexte, des experts de l'INSERM se sont livrés à l'élaboration d'un rapport sur le trouble des conduites de l'enfant et l'adolescent, trouble « considéré au plan clinique comme un facteur de risque de délinquance » [54]. On remarque d'ores et déjà que l'on passe ici subrepticement d'un concept médical (« trouble ») à un concept légal (« délinquance »).

Le rapport rappelle les données épidémiologiques de la littérature scientifique anglo-saxonne concernant les liens entre THADA, Trouble oppositionnel, Trouble des conduites et Personnalité antisociale : il est noté que « la très grande majorité des adultes présentant une personnalité antisociale ont des antécédents de troubles des conduites et que, réciproquement, environ la moitié des jeunes présentant un trouble des conduites développe une personnalité antisociale à l'âge adulte ». Par ailleurs, il est précisé qu'un THADA durant l'enfance serait *prédictif* d'un trouble des conduites, surtout lorsque existe un trouble oppositionnel avec provocation associé au THADA. Rappelons que Kraepelin, à son époque (fin du XIXe siècle) avait déjà fait un parallèle entre instabilité et psychopathie et que Heuyer, en 1914, décrivait les « troubles des instincts moraux » chez les enfants instables.

On voit ainsi se dessiner la séquence suivante : un THADA dans l'enfance serait prédictif d'un trouble des conduites à l'adolescence, qui lui-même pourrait annoncer le développement d'une personnalité antisociale à l'âge adulte *donc* un risque de violence et de délinquance. Le caractère un peu simpliste du raccourci entre « personnalité antisociale » (appellation du DSM-IV ayant remplacé

le concept de « psychopathie ») et délinquance a été souligné très récemment au cours d'une intervention aux journées de la Haute Autorité de Santé consacrée à la prise en charge de la psychopathie [110], témoignant, d'après l'orateur, d'une absence de distinction entre pathologie psychique (psychopathie) et certains actes de délinquance relevant d'une révolte contre une société accusée d'exclure et d'opprimer.

Pour autant, les auteurs du rapport INSERM invitent les professionnels de l'enfance à détecter chez l'enfant dès son plus jeune âge (dès 36 mois) les premiers signes évocateurs d'un trouble des conduites à venir. La première étape est le repérage des facteurs de risque pré et périnataux (usage de substances psychoactives par la mère pendant la grossesse, tabagisme maternel, prématurité, complications obstétricales), génétiques (taux d'hérédité génétique du trouble des conduites estimé à 50%), environnementaux (trouble mental, personnalité antisociale ou addiction chez les parents ; éclatement de la structure familiale ; précarité du milieu socio-économique ; pratiques éducatives inadaptées ; exposition à la violence télévisuelle).

La deuxième étape consiste à rechercher des caractéristiques comportementales ayant un « fort potentiel de prédiction vis-à-vis d'un trouble des conduites à l'adolescence » : « tempérament difficile », hétéroagressivité, « indocilité », « indice de moralité bas », faible contrôle émotionnel, hyperactivité. Ce dépistage précoce permettrait de proposer dès le plus jeune âge une prise en charge en rééducation et psychothérapie, associée si nécessaire dès l'âge de 6 ans à une médication à visée « anti-agressive » : antipsychotiques, psychostimulants, thymorégulateurs.

Face aux dérives que l'on peut redouter d'une telle « approche déterministe » (en rapport avec le concept de *prédiction*), une lettre collective [171] a été élaborée sous forme de pétition diffusée sur internet, afin de contester l'« implacable principe de linéarité » reproché à ce rapport. Cet appel s'insurge contre le risque que « toute manifestation vive d'opposition inhérente au développement psychique de l'enfant » soit stigmatisée comme pathologique, que toute manifestation de révolte ou de malaise social soit « médicalisée à l'extrême ». Pour les signataires à l'initiative de cet appel (pédiatres, pédopsychiatres, psychologues, médecins de PMI...), la recherche de signes de prédiction, soumise à une conception catégorielle normative qui prend peu en compte les expériences subjectives interpersonnelles, nie « l'abord du développement singulier de l'être humain ». La « tentative d'instrumentalisation des pratiques de soins dans le champ de la pédopsychiatrie à des fins de sécurité et d'ordre public » y est dénoncée ; au contraire, « la reconnaissance de la souffrance psychique de certains enfants à travers leur subjectivité naissante » est préconisée, pour permettre à ceux-ci de « bénéficier d'une palette thérapeutique la plus variée ».

Les critiques formulées dans cette pétition nous paraissent primordiales et justifiées dans la mesure où ce rapport, qui n'est qu'un simple constat épidémiologique, prend peu en considération la complexité qui caractérise l'être humain et l'importance des dimensions psychiques et interindividuelles. Citons pour exemple le fait que « le style de vie maternel, et en particulier l'usage de substances psychoactives au cours de la période sensible qu'est la grossesse » [54] ne soit envisagé, dans ce rapport, que sous l'angle de la toxicité « pour le développement cérébral du fœtus ». On peut regretter qu'aucun commentaire ne soit apporté sur les aspects psychopathologiques de telles conduites ou en termes de « place » accordée à ce bébé à naître dans la dynamique familiale.

Néanmoins, il faut aussi souligner le grand intérêt de ce rapport qui démontre de façon scientifique aux pouvoirs publics la nécessité de venir en aide à des enfants et des familles en grande difficulté, en vue de prévenir la survenue de graves troubles de la personnalité. Il est évident qu'un enfant qui va mal dans sa première enfance, quels que soient les facteurs en jeu, est un enfant qu'il faut soutenir afin qu'il poursuive son développement de façon la plus harmonieuse possible.

Pour cela, la distinction doit bien être faite entre *prédiction* qui, selon Golse, [66] est une malédiction dans la discipline pédopsychiatrique et *prévention*, qui a véritablement un sens en termes de santé publique et individuelle. La prévention, qui est une priorité, doit s'appuyer sur la « pluralité des approches dans les domaines médical, psychologique, social, éducatif... vis-à-vis des difficultés des enfants en considérant la singularité de chaque être au sein de son environnement » [171].

C'est pour cela que l'on peut dire que la grande question soulevée par ce rapport est finalement la question des budgets alloués à tous ces domaines : faire un dépistage précoce des enfants en difficultés et leur proposer les interventions sociales et/ou thérapeutiques adéquates nécessite des moyens, en particulier des moyens humains (Création de postes de médecins scolaires ? Développement des capacités d'accueil dans les centres médico-psychologiques et augmentation corrélative du personnel ? Facilitation de l'accès à des thérapeutiques actuellement non remboursées telles que la rééducation psychomotrice ?...). La réponse médicamenteuse, certes moins onéreuse, ne peut être considérée comme une réponse satisfaisante pour tous ces enfants.

TROISIEME PARTIE

**LA CONSULTATION NEUROPSYCHIATRIQUE
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE NANTES**

Face à des conceptualisations et des représentations aussi divergentes de ce qu'est l'hyperactivité, des disparités très importantes dans les stratégies diagnostiques et thérapeutiques existent nécessairement, aussi bien entre les différents pays qu'entre les différents services de soins, selon que l'on se trouve dans un service de pédiatrie ou de pédopsychiatrie et même entre différents services de ces deux spécialités. Chaque médecin privilégie en effet soit une orientation davantage neurologique en rapport la conception médicale classique telle que nous l'avons exposée, soit une orientation psychodynamique psychanalytique, soit une approche intégrant ces deux dimensions.

Aussi, même si, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, la complémentarité des approches et la nécessité d'une évaluation pluridisciplinaire et multifocale sont désormais préconisées par tous les auteurs, quelle que soit la théorie à laquelle ils se réfèrent, il reste évident que la formation du médecin examinateur ainsi que son approche théorique individuelle vont nécessairement avoir une influence sur le regard qu'il porte sur la situation de l'enfant et de sa famille. Ainsi, le médecin « somaticien » base avant tout sa réflexion sur l'approche médicale traditionnelle visant à regrouper les symptômes en syndromes pour en faire des entités diagnostiques qui détermineront ses orientations thérapeutiques principalement sous-tendues par une logique de disparition du symptôme. Le médecin psychiatre est, lui, entraîné à prendre en compte la dimension subjective, interindividuelle et intrapsychique d'une manifestation dans une perspective psychodynamique porteuse d'une logique de sens (dévoilement progressif de la signification préconsciente et/ou inconsciente d'une conduite qui s'inscrit dans un lien interactionnel et transgénérationnel). Il va de soi qu'à partir du moment où l'une de ces dimensions manque, les conclusions portées à l'issue de l'évaluation risquent fort d'être incomplètes.

Nous abordons ici la question de la spécificité de chaque discipline médicale, étant bien entendu que l'intérêt de disposer de spécialités médicales variées est justement de pouvoir aborder chaque pathologie de façon experte dans le domaine dont elle relève. La question de la place du psychiatre dans l'offre de soin est donc ici centrale. Son domaine d'étude concerne le psychisme individuel et la dynamique interactionnelle. Il permet d'approfondir le questionnement diagnostique et thérapeutique en passant à un autre niveau de lecture que celui qu'opère son confrère d'une discipline médicale. Inversement, les données strictement médicales d'un interrogatoire standardisé, d'un examen physique complet et d'examens complémentaires adaptés font parfois défaut suite à un entretien psychopathologique où « l'attitude de compréhension empathique prend le pas sur le décryptage sémiologique » [96].

C'est cet aspect des choses qu'envisage Micouin en différenciant « l'approche neuropédiatrique qui privilégie l'abord de l'enfant en tant qu'organisme, dans son organisation physiopathologique » de « l'approche psychiatrique qui aborde l'enfant – comme l'adulte – en tant qu'être psychosocial, c'est-

à-dire en lien avec le monde » [103]. La première définit l'hyperkinésie comme un défaut de maturation, « un moins par rapport à un idéal de santé contenu dans les définitions neurophysiologiques des troubles observés et décrits en terme de psychologie expérimentale ». La deuxième définit l'instabilité comme un défaut d'adaptation, « un moins par rapport à un autre idéal de santé représenté par la notion d'équilibre, de stabilité, de maîtrise consciente » [103].

C'est à la lumière de ces constatations que la création d'une consultation conjointe associant des spécialistes d'orientations différentes, prend tout son sens en permettant d'instaurer un dialogue constructif autour des symptômes et de la souffrance d'un enfant. Ce dialogue entre un « médecin du corps » et un « médecin du psychisme » est d'autant plus intéressant que seule la diversité des niveaux de lecture peut permettre d'approcher le degré de complexité qui fait l'individualité d'un sujet, et que leur rassemblement permet d'éviter un clivage corps-esprit pour le moins redoutable, forcément préjudiciable.

Ainsi en est-il de la consultation neuropsychiatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes consacrée à l'évaluation des enfants présentant des symptômes d'hyperactivité menée conjointement par un Praticien Hospitalier spécialiste de la neuropédiatrie et par un Professeur agrégé en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ayant une pratique psychanalytique. Cette concertation de spécialistes autour d'un sujet aussi débattu et polémique que l'hyperactivité infantile nous a paru particulièrement intéressante, dans la mesure où elle permet de concilier des approches différentes mais tout aussi légitimes l'une que l'autre, en dépassant les querelles idéologiques que nous avons développées tout au long de ce travail.

Nous avons de ce fait souhaité faire une analyse descriptive du travail effectué au sein de cette consultation. Après une présentation de son déroulement ainsi que du contexte dans lequel elle prend place, nous proposerons de décrire le profil de la population qu'elle recrute, sa place dans le parcours de soin, les grandes lignes des stratégies diagnostiques et thérapeutiques mises en oeuvre et de commenter les résultats obtenus.

I - DESCRIPTION DE LA CONSULTATION

A. L'idée d'une consultation conjointe

1 - Naissance de la consultation et objectifs.

Le souci de ne pas amalgamer des comportements agités et/ou instables hétéroclites avec un authentique THADA qui pourra éventuellement justifier la mise en place d'un traitement efficace par méthylphénidate reste une préoccupation centrale au cours de l'évaluation clinique, partagée par l'ensemble des soignants en France, quelle que soit leur référence théorique. Le diagnostic THADA reste donc un diagnostic clinique basé pour beaucoup sur l'élimination des diagnostics différentiels, à savoir les pathologies susceptibles de créer des hyperactivités secondaires, avec en première ligne les troubles psychiatriques et psychoaffectifs.

Ainsi au CHU de Nantes, eu égard à la forte demande de consultations spécialisées pour des enfants qualifiés d'hyperactifs, la possibilité d'une collaboration d'un pédopsychiatre et d'un neuropédiatre a été imaginée, permettant de combiner au cours d'une même consultation l'approche psychodynamique et l'approche neurophysiologique. Il s'agit bien évidemment de limiter les diagnostics abusifs de THADA et la sur-prescription médicamenteuse qui en serait la conséquence, tout en admettant la possibilité d'un syndrome THADA idiopathique de substratum neurobiologique dont certains enfants souffrent dramatiquement et pour lequel un traitement médicamenteux efficace existe. Il s'agit également de proposer un diagnostic pour les enfants qui ne relèvent pas d'un diagnostic de THADA, afin de pouvoir orienter leur prise en charge en conséquence.

2 - Mise en place.

La mise en place de cette consultation répond à la nécessité d'une organisation de l'offre de soins face à la forte croissance des demandes d'avis spécialisés autour du diagnostic et du traitement de l'hyperactivité infantile. Aux arguments théoriques (différences des abords conceptuels) décrits ci-dessus et justifiant pleinement à eux seuls la constitution d'une consultation conjointe, se sont adjoints des arguments pratiques. Il apparaissait que la manière la plus commode de pouvoir répondre à la multiplicité des demandes de consultations pour « hyperactivité » était d'instaurer une consultation spécifique institutionnalisée, permettant la présence simultanée des praticiens référents sur un créneau horaire consacré à ce travail conjoint.

La mise en place effective de cette consultation dévolue à l'évaluation des enfants présentant une hyperactivité remonte à avril 2001. Pendant les quatre premières années, période sur laquelle nous

avons décidé de porter notre étude, elle était réalisée par Madame le Docteur N'Guyen, Praticien Hospitalier spécialisé en neuropédiatrie, et par Monsieur le Professeur Amar, chef du service de pédopsychiatrie universitaire dont l'unité se trouve au sein de l'Hôpital Mère-Enfant du CHU.

Depuis le départ du Docteur N'Guyen du CHU de Nantes, c'est Madame le Docteur Gautier, neuropédiatre, qui poursuit ce travail original conjoint avec le Professeur Amar.

Ces consultations neuropédiatriques-pédopsychiatriques, qui se sont rapidement dénommées « consultations neuropsychiatriques », se déroulent dans les locaux du service des consultations externes de l'Hôpital Mère-Enfant, à raison d'une demi-journée mensuelle (9 à 11 sessions par an selon les années).

3 - Présentation au réseau.

Le recrutement de cette consultation s'est fait progressivement par sélection des cas parmi les demandes de consultations qui arrivaient jusque là indifféremment aux secrétariats de neuropédiatrie ou de pédopsychiatrie. Les demandes étaient étudiées, soit par les secrétaires qui étaient en contact téléphonique avec le professionnel à l'origine de la demande de consultation, soit par les médecins lorsqu'un courrier médical parvenait et précisait cette demande. Lorsque la demande apparaissait être en rapport avec une suspicion de THADA, l'enfant était orienté vers la consultation conjointe.

Aucune communication spécifique auprès des professionnels de l'enfance n'a été organisée du fait de la quantité d'emblée importante d'enfants qui pouvaient relever de cette consultation parmi les demandes de consultations neuropédiatriques ou pédopsychiatriques.

Néanmoins, comme nous le verrons par le biais des résultats des questionnaires, elle s'est peu à peu fait connaître et identifier comme une consultation experte dans le domaine de l'hyperactivité infantile.

4 - La pratique des autres CHU

Une des questions qui s'est posée à nous, au cours de la réalisation de ce travail sur la consultation conjointe du CHU de Nantes, se rapporte à la pratique des autres CHU en France. Nous avons souhaité repérer si ce type d'approche conjointe de l'hyperactivité infantile, associant dans un même temps l'évaluation neuropédiatrique et pédopsychiatrique, a éventuellement cours dans d'autres CHU que celui de Nantes ou si au contraire une telle pratique conjointe présente un caractère novateur et original.

Afin de nous faire une idée sur cette question, nous avons fait la démarche de contacter les secrétariats de consultations neuropédiatriques et/ou pédopsychiatriques de quinze CHU (Angers, Brest, Bordeaux, Grenoble, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Poitiers, Rennes, Strasbourg, Toulouse, Tours et parmi les CHU parisiens : Robert Debré et Necker). Notre demande était présentée de la manière suivante : existe-t-il une consultation spécifiquement dédiée aux enfants hyperactifs ? Si oui, par qui est-elle faite ? Y a-t-il parfois des consultations menées à la fois par le neuropédiatre et le pédopsychiatre ? Les réponses étaient bien entendu soumises au degré de connaissance du fonctionnement du service par la secrétaire.

Ce qui ressort de ces communications est que seul un CHU, parmi ces quinze, propose une consultation conjointe aux enfants hyperactifs. Il s'agit de la consultation menée par les professeurs Vallée (neuropédiatre) et Delion (pédopsychiatre) au CHRU de Lille.

Au niveau de la majorité des autres CHU, il semble que les neuropédiatres et les pédopsychiatres travaillent chacun de leur côté. Néanmoins dans certains cas, même si les enfants ne sont pas vus simultanément par le neuropédiatre et le pédopsychiatre, il est possible qu'ils soient vus par ces deux médecins séparément, par exemple dans les cas jugés complexes où le neuropédiatre adresse l'enfant au pédopsychiatre (ou inversement), afin de permettre une concertation (au CHU de Tours par exemple).

Dans quelques CHU, le secrétariat de neuropédiatrie réoriente d'emblée vers le service de pédopsychiatrie pour le premier contact avec un médecin (Bordeaux, Brest, Grenoble, Robert Debré, Necker) ou vers le service de neuropsychologie (Toulouse).

Deux autres points essentiels étaient parfois soulignés d'emblée par les secrétaires : le premier concerne les délais parfois très longs avant de pouvoir obtenir un rendez-vous de consultation avec le médecin en charge des enfants hyperactifs (délais supérieurs à 6 mois à Rennes ou Necker, rendez-vous avec le pédopsychiatre bloqués jusqu'en 2007 à Lyon). Le deuxième se rattache à l'exigence qu'un premier bilan ait déjà été prescrit par le médecin traitant et réalisé à l'extérieur de l'hôpital avant la première consultation au CHU (Lyon, Necker, Rennes).

On peut en conclusion souligner le caractère rare, singulier et original d'une consultation conjointe neuropsychiatrique dans l'évaluation des enfants présentant une hyperactivité.

B. Contexte pédopsychiatrique au niveau départemental

1 - La création de l'unité fonctionnelle de pédopsychiatrie universitaire

Au sujet de la possibilité d'une collaboration entre pédiatres et pédopsychiatres, il nous paraît important de souligner le caractère relativement récent de la présence d'une équipe pédopsychiatrique au sein des services de pédiatrie au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes. La création de l'unité fonctionnelle de pédopsychiatrie universitaire ne date que de la fin de l'année 1997. Jusqu'alors, aucune organisation spécifique n'avait été mise en place à Nantes pour assurer un travail commun entre les pédiatres et les pédopsychiatres au sein des services de pédiatrie.

Il s'agit donc d'une extraordinaire avancée dans la prise en charge globale des enfants qui sont admis au CHU, aussi bien pour ceux qui présentent une souffrance psychologique secondaire à l'annonce d'une maladie physique éventuellement chronique, que pour ceux dont le problème principal est d'ordre psychiatrique.

Les consultations externes pédopsychiatriques dans le service de pédiatrie font aussi partie de l'activité des pédopsychiatres universitaires. Le nombre de demandes est en constante augmentation ces dernières années avec d'une part des demandes de consultations et/ou de suivis pédopsychiatriques pour des enfants qui ne sont pas hospitalisés et d'autre part des demandes de participation à des consultations conjointes dans divers domaines de la pédiatrie. On note en effet au CHU de Nantes un mouvement global de mise en lien des « professionnels du corps » et des « professionnels du psychisme » dans l'évaluation de divers problèmes médicaux de l'enfance. D'autres consultations conjointes pédiatriques-pédopsychiatriques que celle dévolue à l'hyperactivité existent, consacrées par exemple à l'enfance en danger (Unité d'accueil des enfants en danger) ou à des pathologies comme l'obésité de l'enfant.

2 - Le dispositif sectoriel en Loire-Atlantique

Sur le département de Loire-Atlantique, le dispositif sectoriel des soins en psychiatrie infanto-juvénile se répartit entre cinq intersecteurs dont deux dépendent administrativement du CHU. Ces intersecteurs disposent, comme prévu par les textes réglementaires (circulaire du 11 décembre 1992), d'une équipe pluridisciplinaire composée de pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens. Ils bénéficient d'un équipement diversifié associant diverses structures placées au plus près des populations à servir : lieux de consultations, hôpitaux de jour, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Leur mission est définie par les circulaires du 16 mars 1972 et du 11 décembre 1992 comme suit : « promouvoir des actions propres à éviter l'émergence, le développement et la persistance d'affections mentales ». La participation active au

fonctionnement des structures médicales (pédiatrie, maternité, hôpital général), sociales (crèches, PMI) ou scolaires est également explicitée dans les textes.

Par ailleurs, il existe dans le département des centres médico-psychologiques non sectoriels qui dispensent également les mêmes types de soins : il s'agit des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des offices centraux d'hygiène sociale (OCHS) qui bénéficient depuis peu d'un rattachement fonctionnel à l'intersecteur.

Les demandes de soins dans l'ensemble de ces structures ont littéralement explosé ces dernières années mais les moyens alloués au développement de l'offre de soins n'ont malheureusement pas eu la même croissance. L'inadéquation entre l'offre et la demande se traduit à l'heure actuelle par des délais considérables avant que puisse être débutée une prise en charge régulière en centre médico-psychologique (CMP).

Au niveau de l'orientation théorique des soins pédopsychiatriques en Loire-Atlantique, la plupart des cliniciens privilégient, comme la majorité des pédopsychiatres français au demeurant, une approche psychodynamique se référant à la psychanalyse. Concernant le problème spécifique de l'hyperactivité infantile, le symptôme comportemental est donc replacé avant tout dans l'économie libidinale du sujet et il subsiste parmi les soignants des CMP une certaine réticence à faire du symptôme une entité pathologique à part entière nécessitant un traitement médicamenteux spécifique. Néanmoins, la prédominance de cette orientation théorique n'empêche pas le recours à d'autres modalités thérapeutiques, y compris médicamenteuses, lorsque celles-ci s'avèrent nécessaires. L'éthique médicale la plus élémentaire requiert l'utilisation de toutes les possibilités thérapeutiques qui peuvent être bénéfiques à l'enfant, dès lors qu'elles sont utilisées à bon escient.

A la lumière de cette description des soins pédopsychiatriques, on peut se demander ce qui détermine l'orientation des enfants en consultation pédopsychiatrique plutôt dans les centres de consultations médico-psychologiques ou plutôt à l'unité de pédopsychiatrie universitaire du CHU.

On peut faire l'hypothèse qu'un hôpital qui dispose d'un service d'urgence est, plus fréquemment qu'un CMP, sollicité en première intention pour des demandes de prises en charge jugées urgentes par l'entourage, ce qui est souvent le cas pour les enfants présentant une hyperactivité avec retentissement scolaire et/ou familial. Il est possible que l'importance des délais d'attente d'une consultation dans les CMP pousse les familles à se tourner vers le CHU lorsqu'elles souhaitent disposer d'une prise en charge plus précoce. On peut aussi penser que, chez certains parents, la représentation aliénante de la psychiatrie peut rendre difficile la décision d'une rencontre avec « le spécialiste mystérieux que représente le pédopsychiatre dans un service de psychiatrie infantile » [128]

et qu'il est certainement plus aisé de rencontrer ce spécialiste à l'hôpital d'enfants. Ceci est probablement d'autant plus vrai si le service de pédiatrie en question est un service universitaire, avec tout le prestige que cette spécificité sous-entend.

C. Déroulement d'une consultation

Une matinée par mois, les deux médecins référents de la consultation conjointe neuropsychiatrique se réunissent. Au cours de cette matinée, ils reçoivent 3 à 5 enfants avec leurs familles pendant 45 minutes environ.

L'enfant et/ou son (ou ses) accompagnateur(s) sont invités, en présence des deux médecins, à décrire l'histoire des troubles présentés par l'enfant, leur nature, leur ancienneté, leurs conséquences éventuelles sur la qualité de son insertion sociale et scolaire ainsi que leurs répercussions au sein de la famille. Une attention particulière est également accordée au contexte de vie de l'enfant, à l'histoire familiale, à la situation socioprofessionnelle des parents, à la fratrie, aux éventuels antécédents médicaux et psychoaffectifs de chacun, aux antécédents néonataux de l'enfant et à l'histoire de son développement, aux événements de vie marquants qui ne manqueront pas d'être relatés, aux modalités relationnelles intrafamiliales qui transparaissent au cours de l'entretien, ainsi qu'aux relations décrites avec les autres enfants du même âge et avec les autres adultes. Les prises en charge antérieures (rééducatives, psychothérapeutiques, médicamenteuses) sont précisées, les résultats des bilans déjà pratiqués sont demandés. Les différents niveaux de communication et d'échanges familiaux sont pris en compte (niveaux verbal et infraverbal). Le discours libre parental peut dévoiler certains modes de communication, certaines défenses et constructions défensives ainsi que certains fantasmes familiaux.

En fonction de l'âge de l'enfant, de son développement et de sa psychopathologie, différentes modalités de communication (jeu, dessin, dialogue traditionnel) pourront être mises en place entre lui et les cliniciens, afin de compléter son évaluation psychopathologique. Le but de celle-ci est le repérage des troubles, l'évaluation de leur rôle dans l'organisation de la personnalité de l'enfant et dans le système d'interactions du groupe familial, l'examen de leur niveau par rapport au développement génétique, la reconnaissance de leur sens dans l'histoire de l'enfant et de ses parents et surtout l'évaluation du niveau de souffrance occasionnée chez l'enfant.

L'examen clinique neuropédiatrique est ensuite réalisé, visant à éliminer les anomalies qui orienteraient vers une pathologie organique et appréciant le développement psychomoteur, ainsi que le fonctionnement cognitif.

La confrontation de tous les éléments anamnestiques et cliniques recueillis par le neuropédiatre et le pédopsychiatre permet l'adaptation personnalisée de la stratégie diagnostique et thérapeutique.

Cette première consultation peut déboucher sur la prescription de bilans complémentaires en fonction des éléments cliniques d'orientation relevés (par exemple d'un bilan psychométrique si la mesure de l'efficacité intellectuelle se révèle nécessaire), sur la remise des questionnaires de Conners aux parents et enseignants si la suspicion de THADA se confirme, sur une reconvoque ultérieure afin d'affiner le diagnostic. En fonction des résultats des bilans et de l'aspect évolutif du problème, pourront alors être envisagés si nécessaire une prescription médicamenteuse, ou bien d'autres préconisations thérapeutiques selon les cas. Si la suspicion de THADA est d'emblée éliminée, des propositions de prise en charge déterminées au cas par cas seront envisagées (parfois simple réassurance, parfois orientation vers une prise en charge psycho-éducative, parfois prescription de rééducation psychomotrice ou de psychothérapie)...

II - ANALYSE DE LA CONSULTATION

A. Objectifs

L'originalité de cette consultation menée simultanément par deux médecins de références théoriques distinctes nous a paru intéressante à décrire.

Divers questionnements peuvent naître à son sujet après maintenant quelques années de pratique. On peut se demander qui y fait appel, pour quels motifs, avec quelle demande, quelles motivations, quelles attentes. La population qui y est adressée a-t-elle des caractéristiques particulières du fait qu'il s'agit d'une consultation conjointe, qui se déroule en outre dans un service hospitalier universitaire ? On peut se questionner sur la place qu'elle occupe au sein du dispositif de soins, comment elle se situe dans le parcours de soin de l'enfant et quelles ont été les stratégies diagnostiques et thérapeutiques mises en place. On peut également se demander quelle proportion d'enfants, parmi tous ceux qui ont été adressés pour des motifs semblant relever d'un THADA, ont effectivement bénéficié d'une orientation diagnostique et thérapeutique spécifiques de cette pathologie, en particulier d'un traitement par méthylphénidate. Parmi les causes possibles d'hyperactivité autre que le THADA, quelles ont été les principales catégories diagnostiques évoquées ? Ceci nous conduit à nous interroger sur les représentations mentales liées à la question de l'hyperactivité parmi les partenaires de santé.

Pour tenter d'obtenir des éléments de réponse à ces questions, nous avons analysé rétrospectivement les dossiers des patients vus à cette consultation sur une période de 4 ans allant d'avril 2001 à fin mars 2005. Pour compléter cette analyse, nous avons également réalisé une enquête par questionnaires auprès des professionnels qui avaient adressé des enfants à cette consultation.

B. Matériel

1 - Sélection des patients

Dans le cadre de cette analyse rétrospective, nous avons constaté que 110 patients avaient été reçus en consultation conjointe neuropsychiatrique entre avril 2001 et avril 2005. Ces 110 dossiers ont été examinés.

Parmi ces dossiers ont été sélectionnés ceux pour lesquels le motif de consultation comprenait une hyperactivité et /ou une instabilité et/ou un déficit attentionnel de l'enfant (critères d'inclusion). De ce fait, 8 des 110 dossiers ont été exclus : il s'agissait d'enfants adressés pour un avis neurologique ou neuropsychiatrique mais qui ne présentaient pas ces symptômes d'inclusion.

Notre étude s'est donc déroulée sur la base de 102 dossiers dans lesquels une symptomatologie motrice et/ou psychique d'hyperactivité était explicitement signalée dans les écrits dont nous disposions.

2 - Documents utilisés

a. Analyse des dossiers médicaux

Il est intéressant de noter qu'au cours des consultations conjointes, sont créés en fait deux dossiers parallèles pour chaque enfant. Le premier est le dossier médical classique qui réunit l'ensemble des données cliniques et paracliniques obtenues à chaque consultation et/ou hospitalisation pédiatriques dispensées à l'intérieur du pôle Mère-Enfant. Ce dossier est classé aux archives du CHU.

Parallèlement existe un deuxième dossier dit « dossier bleu » et contenant, lui, les observations et comptes-rendus des consultations et/ou hospitalisations effectuées par les soins de l'équipe médicale pédopsychiatrique dans les services du pôle Mère-Enfant. Ce dossier est classé à part, au secrétariat de l'unité de pédopsychiatrie, et reste indépendant dans du dossier médical pédiatrique pour deux raisons. La première est qu'il contient, en plus des éléments anamnestiques et cliniques du patient, beaucoup d'informations sur des tiers, sur l'histoire, le contexte et les évènements marquants de la vie familiale. Il est jugé préférable de ne pas inclure ces éléments dans le dossier médical qui doit rester clinique et aussi objectif que possible ; il en est de même des notes nécessairement subjectives concernant les aspects relationnels parent-enfant et les aspects transférentiels que le psychiatre ne manquera pas de relever au cours de ses entretiens. La deuxième raison est un argument purement pratique fondé sur la volonté de garder à disposition des renseignements qui peuvent s'avérer utiles en situation d'urgence. La séparation de ces dossiers soulève deux réflexions. D'abord elle rend compte de la spécificité de chacune des disciplines pédiatrique et psychiatrique qui, à nos yeux, ne sont pas superposables et dont

il serait sans doute regrettable de nier les particularités. A l'opposé, on peut penser que l'existence d'un « dossier pour le corps » différent du « dossier pour le psychisme » peut favoriser l'idée d'un découpage du sujet par deux médecines qui ne se rejoignent pas. Le risque est alors la pérennisation néfaste des clivages entre ces deux médecines.

A l'issue de la consultation conjointe, les observations manuscrites du neuropédiatre sont incluses dans le dossier médical pédiatrique, celles du pédopsychiatre sont classées dans le dossier bleu pédopsychiatrique. Les courriers des professionnels qui ont adressé l'enfant à cette consultation, de même que les éventuels bilans neuropsychologiques, orthophoniques, psychomoteurs, psychométriques et les questionnaires de Conners lorsqu'ils ont été pratiqués sont classés dans l'un ou l'autre de ces deux dossiers. Les courriers de correspondance rédigés par l'un ou l'autre des deux médecins ayant assuré la consultation sont cosignés par les deux praticiens et sont le plus souvent intégrés simultanément aux deux dossiers.

Tous les dossiers ont été examinés (dossiers bleus et dossiers pédiatriques) et une fiche récapitulative par patient a été mise au point regroupant les éléments contenus dans les deux dossiers (synthèse des notes manuscrites et des éventuels courriers). Les informations recueillies ont été traitées avec excel®.

b. Questionnaires

Dans le but de réaliser une enquête auprès des professionnels qui avaient adressé les enfants à la consultation neuropsychiatrique pendant la période étudiée, nous avons mis au point un questionnaire (Annexe 5). Il est constitué majoritairement de questions fermées auxquelles des réponses multiples sont proposées.

Ce questionnaire a pour objectif de montrer ce qui a occasionné la demande de consultation, de mettre en lumière les principaux symptômes qui ont motivé la démarche, de pointer les attentes des partenaires de santé vis-à-vis de la consultation du CHU. Il a aussi pour objectif de préciser la place de cette consultation dans le parcours de soins, ainsi que le degré de satisfaction qu'elle a suscité. Il permet en outre de questionner la façon dont les professionnels interrogés se représentent la question de l'hyperactivité et le concept de Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (THADA).

Ces questionnaires ont été envoyés par courrier à tous les professionnels de santé dont nous avons connaissance par le biais des dossiers. Nous avons fait le choix de ne pas adresser ce questionnaire aux parents des enfants vus en consultation. Lorsque le médecin qui avait rédigé le

courrier de demande de consultation était également un parent de l'enfant, le questionnaire ne lui a pas été proposé (1 cas).

Ainsi, nous avons expédié les questionnaires à 65 partenaires médicaux ou paramédicaux de santé. Nous avons obtenu 31 réponses (soit 47%), sous forme de questionnaires remplis de façon anonyme.

C. Limites méthodologiques

Un certain nombre de difficultés méthodologiques dans cette étude concourent à en limiter la valeur statistique, aussi bien au niveau des résultats que des interprétations qui en découlent.

Nous pouvons d'emblée noter que, de par la nature rétrospective de cette analyse, nous avons dû nous limiter à l'examen des données qui figurent explicitement dans les dossiers. Si les praticiens n'avaient pas pu obtenir ou noter certaines informations, elles nous étaient de fait inaccessibles. Ainsi, si certaines étaient systématiquement bien renseignées (âge, classe, renseignements sur les caractéristiques parentales et familiales, antécédents et prises en charge antérieures...) d'autres n'étaient précisées que de façon aléatoire (personne à l'initiative de la consultation, âge de début des troubles).

Par ailleurs, il s'agit de préciser que la démarche diagnostique mise en place par les deux praticiens est basée sur une évaluation clinique usuelle qui a pour objectif d'obtenir, comme il est d'usage dans toute discipline médicale, les éléments précis de l'interrogatoire traditionnel (les antécédents en particulier) et de l'histoire clinique (description des symptômes), tout en laissant une grande place au discours libre des parents et de l'enfant si son âge le permet. Ceci permet de favoriser l'expression des ressentis de chacun (place du symptôme, place de l'enfant...). Ainsi, l'utilisation d'instruments d'entretiens standardisés, qui ont pour but un recueil systématique de données, dans une perspective catégorielle, n'y a pas sa place. Associer les symptômes présentés par l'enfant aux critères diagnostiques des systèmes de classification (DSM-IV ou CIM-10) ne résume pas, loin s'en faut, le travail des professionnels de cette consultation neuropsychiatrique. Au cours de l'entretien, dans une démarche plus globale, ceux-ci tentent d'apprécier d'autres dimensions de la situation : point de vue dimensionnel qui prend en compte, non pas la présence ou l'absence d'un symptôme, mais son intensité et son retentissement, point de vue relationnel entre l'enfant et son entourage, point de vue affectif, point de vue cognitif.

Concernant les échelles d'évaluation, seuls les questionnaires de Conners y sont utilisés; leur usage n'a aucun caractère automatique, ils ne sont distribués que lorsque les cliniciens jugent, à l'issue de la première consultation, qu'une quantification plus précise des symptômes d'hyperactivité et/ou

leur caractère permanent (c'est-à-dire non situationnel) doivent être précisés. Ainsi, les données disponibles dans les dossiers n'ont pas été soumises à des systèmes classificatoires ; nous ne sommes donc pas en mesure de tirer des conclusions diagnostiques en terme véritablement assuré et documenté par des codifications précises. Certes des orientations diagnostiques émergent à la lecture des dossiers mais sans être toujours explicitement transcrites.

Cette question des orientations diagnostiques est d'autant plus délicate que dans un certain nombre de cas, la première consultation ne permet pas toujours de trancher entre plusieurs hypothèses. Ceci motive la prescription de bilans complémentaires (neuropsychologique, tests de niveaux...), étape essentielle dans le diagnostic du THADA, visant à éliminer les autres causes d'hyperactivité (précocité, déficience intellectuelle, dyslexie...) ou au contraire à mettre en évidence les caractéristiques du déficit attentionnel. Si les bilans prescrits n'ont pas été effectivement réalisés ou si l'enfant a été perdu de vue avant de remettre les résultats, aucune conclusion diagnostique ne peut être avancée.

L'analyse que nous proposons n'a donc pas d'ambition statistique. Il s'agit davantage d'une observation du recrutement et de la pratique de la consultation conjointe neuropsychiatrique.

Concernant les questionnaires, la taille réduite de l'échantillon (31 professionnels ont répondu) ne permet pas non plus de prétendre à des résultats significatifs.

III - RÉSULTATS

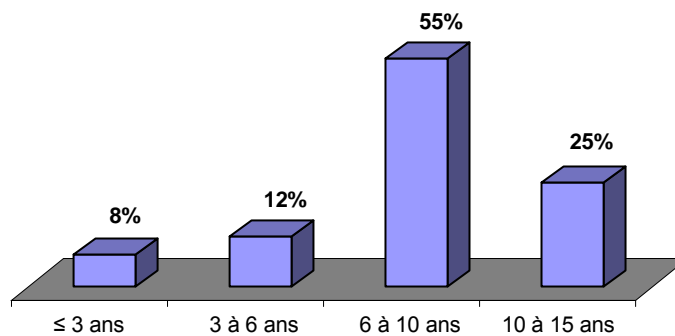
A. Caractéristiques de la population étudiée

1 - Répartition par âges

L'âge moyen au sein de la population est 8 ans, avec des extrêmes allant de 2ans et 4mois à 14ans1/2.

On note une nette prédominance d'enfants âgés de 6 à 10 ans, c'est-à-dire d'âge scolaire (n = 56/102 soit 55 %). 26 enfants ont entre 10 et 15 ans (25 %), 12 ont entre 3 et 6 ans (12 %) et 8 ont moins de 3 ans (8 %).

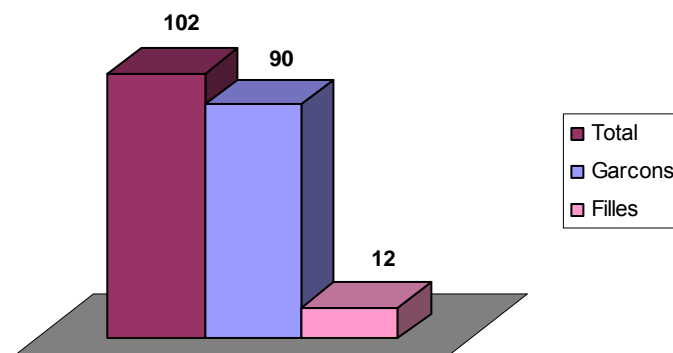
Age des enfants à la première consultation



2 - Répartition par sexe

L'échantillon est composé de 90 garçons et 12 filles, soit un sex ratio de 7,5 garçons pour 1 fille.

Répartition des patients par sexe

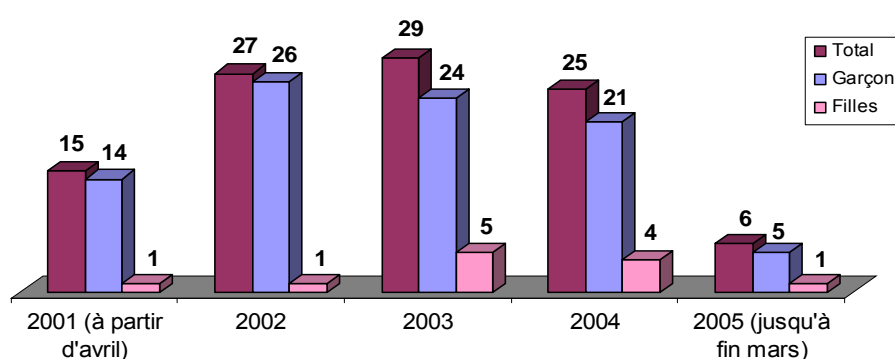


La répartition du nombre de patients par sexe et par année est présentée dans le tableau 4 et le diagramme suivant.

Tableau 4 : Répartition du nombre de patients par sexe et par année

	2001 (à partir d'avril)	2002	2003	2004	2005 (jusqu'à fin mars)	<i>Total</i>
garçons	14	26	24	21	5	90
filles	1	1	5	4	1	12
total	15	27	29	25	6	102

Répartition du nombre de nouveaux patients par sexe et par année



3 - Contexte familial et environnemental.

Parmi les 102 enfants de l'étude, 87 vivent avec leurs deux parents (85 %). Pour 9 d'entre eux (10%), il s'agit d'une « recombinaison familiale », c'est-à-dire que l'un au moins de leurs deux parents avait déjà vécu maritalement au moins une fois auparavant, et avait déjà un ou plusieurs enfants.

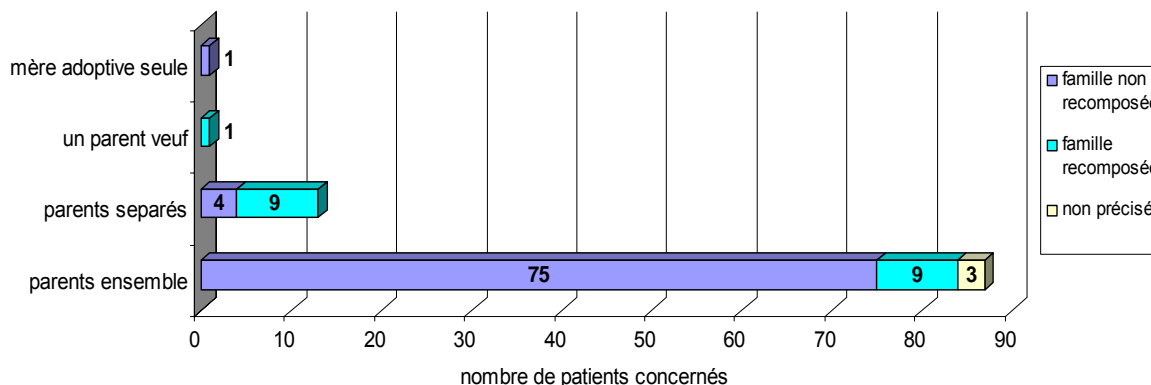
On dénombre 13 des 102 enfants (13 %) dont les parents sont séparés ou divorcés.

Tous vivent avec leur mère suite à la séparation ou le divorce du couple parental ; aucun de ces 13 enfants n'a été confié à la garde de son père. Pour 5 d'entre eux, il n'est pas précisé s'ils ont encore des contacts avec leur père. Sur les 8 enfants pour lesquels cette précision figure dans le dossier, seuls 3 enfants voient encore leur père, 5 n'ont plus aucun contact voire aucune nouvelle de leur père.

Parmi les 13 enfants dont les parents sont séparés, 9 ont une famille dite recomposée, c'est-à-dire qu'avant ou après la séparation du couple parental un des deux parents avait ou a constitué un autre ménage, au sein duquel un ou des enfants ont vu le jour dans 7 cas sur 9 (en d'autres termes, parmi les 9 enfants de ce sous-groupe qui ont une famille recomposée, 7 ont des demi-frères/sœurs).

Suite à la désunion de leurs parents, 6 des 13 enfants vivent avec leur mère seule et pour les 7 autres la mère s'est remise en ménage avec un nouveau compagnon qui partage donc le quotidien de l'enfant.

Proportion de recomposition familiale en fonction du statut marital du couple parental.



Le décès d'un des deux parents est survenu dans 1 cas, l'autre parent s'est remis en ménage après son veuvage. Par ailleurs, 3 enfants ont vécu un décès dans leur fratrie.

Les cas d'adoption s'élèvent à 3 : 1 enfant adopté vit avec ses deux parents adoptifs, 1 vit avec sa mère suite à la séparation du couple adoptif, 1 enfant vit avec sa mère adoptive seule sans que l'on puisse préciser s'il s'agit d'une séparation du père adoptif ou s'il n'existe pas de père adoptif.

Au total, on retrouve une situation psychosociale ou environnementale difficile telle que décrite par l'axe IV du DSM-IV chez 48 enfants (près de 50 % de l'échantillon). Sont retranscrites de façon explicite dans les dossiers de ces 48 enfants :

- des problèmes de santé au sein de la famille proche (11 cas) parmi lesquels : maladie physique ou alcoolisme (n = 7), dépression ou forte angoisse maternelle (n = 4)
- un cadre éducatif inadéquat, peu contenant ou au contraire trop rigide (12 cas)
- une surprotection ou à l'inverse une carence affective (3 cas)
- une notion de violences physiques ou psychologiques envers l'enfant ou intrafamiliale (8 cas)
- une rupture familiale (9 cas)
- un décès d'un parent ou dans la fratrie ou des deuils répétés (5 cas)
- une adoption (3 cas)
- une situation de maltraitance avérée avec complications sévères (physiques et psychologiques) et extraction de l'enfant de son milieu familial (1 cas)
- des difficultés sociales (1 cas)
- une situation d'acculturation suite à immigration récente (1 cas)

4 - Age de début des troubles

Un début précoce avant l'âge de 18 mois a été noté pour 18 enfants (18 % de l'échantillon), mais aucune fille ne fait partie de ces 18 enfants.

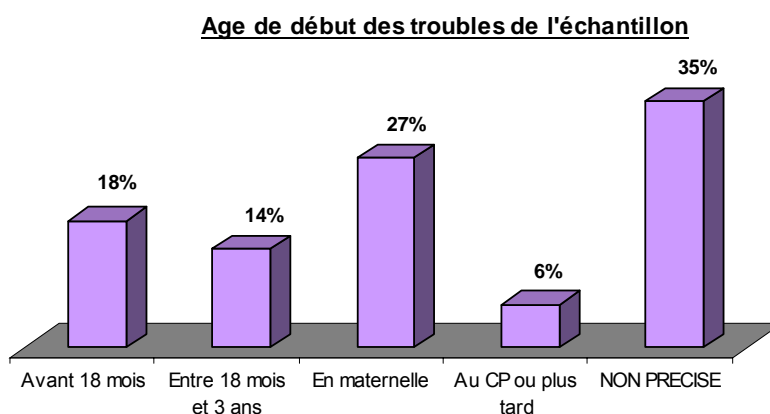
Pour 14 enfants (14 % de l'échantillon), les troubles ont été repérés entre 18 mois et 3 ans.

28 enfants (27% de l'échantillon) ont révélé leurs premiers symptômes lors de la scolarisation en maternelle.

Pour une grosse proportion d'enfants (n = 36, soit 35% de l'échantillon), l'analyse des dossiers ne permettait pas de connaître l'âge de début des troubles.

Tableau 5 : Age de début des troubles en fonction du sexe

	Avant 18 mois	Entre 18 mois et 3 ans	En maternelle	Au CP ou plus tard	NON PRECISE	<i>Total</i>
garçons	18	13	23	4	32	90
filles	0	1	5	2	4	12
total	18	14	28	6	36	102



5 - Scolarité

Près de 60% des enfants sont scolarisés en primaire (58/102). Parmi les autres enfants, 13 sont en maternelle (13 %), 15 au collège (15 %), 6 en enseignement adapté (1 en CLAD [Classe d'adaptation]; 2 en CLIS [Classe d'intégration scolaire]; 1 en IME [Institut Médico-Educatif]; 2 en IR

[Institut de Rééducation]). On dénombre 10 enfants qui ne sont pas scolarisés : 9 n'ont pas encore atteint l'âge d'entrée en maternelle, 1 enfant est en attente d'admission en IME.

Les difficultés scolaires sont extrêmement fréquentes parmi la population étudiée : pour 70 enfants (76% de la population scolarisée), un retentissement sévère du symptôme sur la scolarité est noté, qu'il s'agisse de difficultés au niveau des apprentissages ou de répercussions du comportement sur le bon déroulement de la classe. Pour 7 enfants, un renvoi antérieur ou un risque d'exclusion future de l'établissement est précisé.

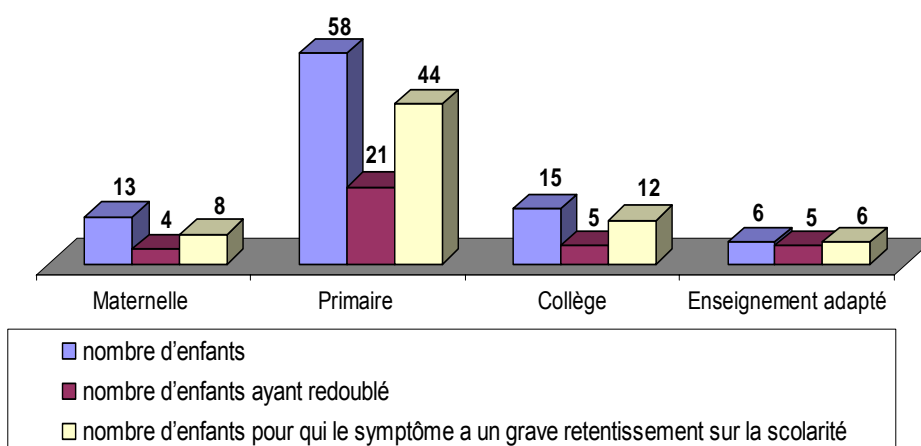
Une antériorité de redoublement concerne 35 enfants (38% de la population scolarisée).

Le tableau 6 donne des précisions sur ces données, selon la catégorie de classe dans laquelle se trouve scolarisé l'enfant.

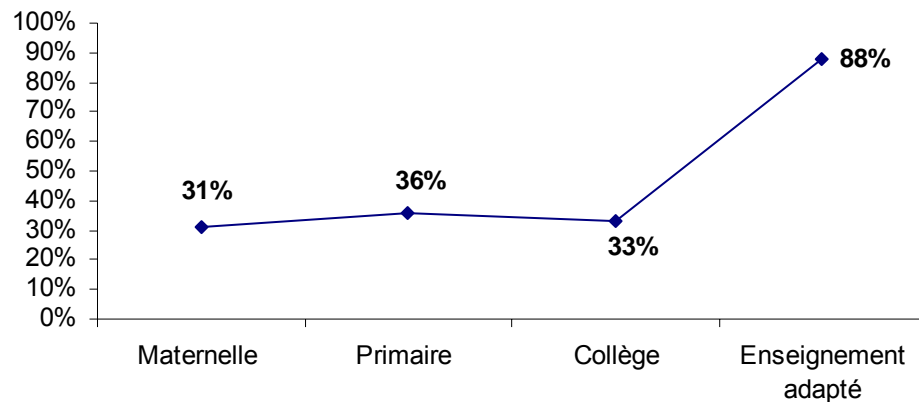
Tableau 6 : Récapitulatif des données sur le plan scolaire.

	Non scolarisés	En maternelle	En primaire	Au collège	En enseignement adapté	Total
nombre d'enfants par catégorie de classe	10	13	58	15	6	102
nombre d'enfants par catégorie de classe ayant déjà redoublé	-	4	21	5	5	35
nombre d'enfants ayant déjà redoublé (en pourcentage)	-	31%	36%	33%	88%	38%
nombre d'enfants pour qui le symptôme a un grave retentissement sur la scolarité	-	8	44	12	6	70

Répartition des enfants par catégorie de classe



Proportion d'enfant ayant redoublé, parmi l'ensemble de la population d'une catégorie scolaire.



6 - Contexte médical connu

Parmi la population étudiée, 50% des enfants (n = 51) n'ont aucun antécédent somatique ou psychiatrique personnel notable.

Les antécédents des 51 autres enfants ont été répartis en 4 catégories : antécédents médicochirurgicaux, antécédents psychiatriques, troubles instrumentaux, troubles à expression somatique de la petite enfance. Certains enfants associent des troubles dans ces diverses catégories.

a) Des antécédents médicochirurgicaux sont retrouvés pour une grande proportion d'enfants (n = 46). Ils se répartissent entre:

- Antécédents péri ou néonataux (n = 17) :

Une naissance prématurée (naissance autour ou avant 37 semaines d'aménorrhée) concerne 10 enfants. Cette prématurité était de sévérité variable, à savoir : dans 3 cas, il n'y a eu aucune complication ou répercussion néonatale, en particulier pas d'hospitalisation en néonatalogie ; dans 4 cas, une hospitalisation brève (inférieure à une semaine) a été nécessaire ; dans 3 cas, des complications (entérocolite, canal artériel, sténose du pylore) ont impliqué une hospitalisation longue en néonatalogie.

En dehors de ces 10 cas de prématurité, 7 enfants ont présenté des difficultés néonatales sérieuses justifiant une longue hospitalisation en néonatalogie: retard de croissance intra-utérin avec petit poids de naissance (n = 1), infection materno-fœtale (n = 1), détresse respiratoire (n = 1), fausse positivité au dépistage de la phénylcétonurie (n = 1), suspicion d'hyperplasie des surrénales non

confirmée (n = 1), épisode de « mort subite » avec récupération (n = 1), autre difficulté connue mais non précisément car survenue au Cambodge avant adoption (n = 1).

- Pathologie médicale chronique (n = 5)

Les pathologies médicales chroniques retrouvées parmi l'échantillon étudié sont la mucoviscidose (1 cas), le syndrome de l'X-Fragile (1 cas), l'épilepsie (3 cas).

- Déficits sensoriels (n = 9)

Il s'agit d'un déficit auditif dans 4 cas (3 enfants ont une hypoacousie de gravité variable, 1 enfant a eu une greffe de tympan et osselets) et d'un déficit visuel dans 6 cas (5 enfants ont une myopie ou une hypermétropie et/ou un astigmatisme de gravités variables, 1 enfant a été opéré d'un strabisme sévère). Un enfant cumule déficit auditif et déficit visuel.

- Autres antécédents ayant nécessité une chirurgie et/ou une hospitalisation et/ou suscité une grande inquiétude parentale (n = 18)

On peut énumérer les autres antécédents ayant nécessité une chirurgie et/ou une hospitalisation et/ou suscité une grande inquiétude parentale de la façon suivante : une maladie de Kawasaki (n = 1), une cure de hernie ombilicale (n = 1), la présence de naevi opérés (n = 2), un angiome tubéreux opéré (n = 1), une chirurgie pour réparation de fente labio-palatine (n = 2), une malformation bénigne du rein (n = 1), une blessure grave par morsure de chien (n = 1), des accidents domestiques graves à répétition (n = 4), des fausses-routes (n = 2), un reflux gastro-œsophagien sévère (n = 3).

On peut par ailleurs noter un cas de maltraitance avérée avec traumatisme crânien gravissime.

- Autres antécédents à caractère possiblement psychosomatique (n = 8)

On dénombre 9 enfants qui ont présenté dans le passé une affection somatique évocatrice d'un possible trouble psychosomatique : 3 enfants ont souffert d'eczéma, 2 d'asthme, 3 ont présenté des spasmes du sanglot, 1 une pelade.

b) Un diagnostic psychiatrique était déjà posé ou évoqué chez 27 enfants (n = 27): un THADA (n = 8), une précocité attestée par des tests psychométriques (n = 5), un trouble envahissant du développement (n = 2), une psychose, une dysharmonie évolutive ou un trouble du développement de la personnalité (n = 3), un retard global de développement sans précision diagnostique (n = 3), un retard intellectuel (n = 2), un retard psychomoteur (n = 1), une dépression (n = 1), des angoisses de séparation (n = 2).

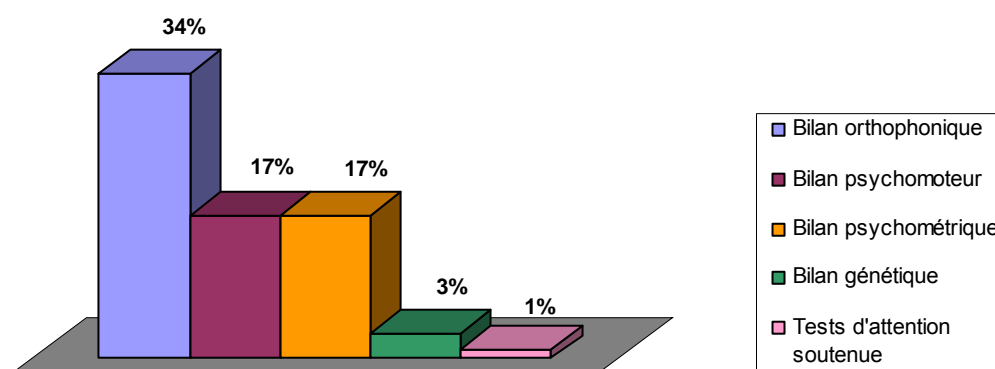
c) Des antécédents de troubles instrumentaux sont signalés pour 40 enfants (39 % de l'échantillon). Un antécédent de retard dans le développement du langage oral était précisé pour 26 enfants (1 enfant sur 4). Un trouble spécifique du développement des fonctions instrumentales avait déjà été diagnostiqué chez 14 enfants (14 % de l'échantillon) : dysphasie (n = 2), dyslexie (n = 8) dont 2 associées à une dysorthographe, dysgraphie (n = 1), trouble de l'organisation visuo-spatiale et du schéma corporel (n = 3).

d) Des troubles psychiques à expression somatique de la petite enfance étaient survenus dans l'histoire de 28 enfants, éventuellement associés entre eux : difficultés de sommeil chez 28 enfants (insomnie, terreurs nocturnes, difficultés d'endormissement), troubles alimentaires chez 7 enfants, troubles sphinctériens chez 5 enfants (énurésie, encoprésie).

7 - Bilans complémentaires déjà pratiqués avant la consultation

Au total, quasiment 1 enfant sur 2 a déjà bénéficié d'au moins un bilan complémentaire avant la consultation (n = 53). On distingue, parmi les bilans réalisés, le bilan orthophonique dont ont bénéficié 35 enfants (34 % de l'échantillon), le bilan psychomoteur pratiqué chez 17 enfants (17 % de l'échantillon), le bilan psychométrique fait pour 17 enfants. Dans les dossiers, on ne retrouve qu'un seul enfant pour lequel il est précisé de façon explicite qu'il a eu spécifiquement des tests d'attention soutenue. On note également que 3 enfants ont déjà eu un bilan génétique.

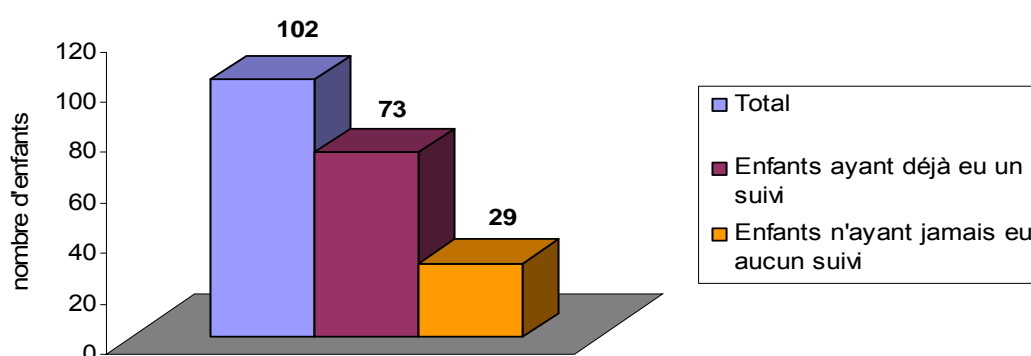
Pourcentage d'enfants de l'échantillon ayant bénéficié de bilans complémentaires avant la consultation neuropsychiatrique



8 - Prises en charge antérieures du trouble

Un grand nombre d'enfants ($n = 73$) ont ou ont déjà eu un suivi visant à traiter leurs symptômes, qu'il s'agisse d'une prise en charge psychothérapeutique ou d'une prise en charge rééducative (rééducation orthophonique et/ou psychomotrice). On note que 29 enfants (plus d'un enfant sur 4), parmi lesquels 16 ont un retentissement sévère de leurs symptômes sur leur scolarité, n'ont jamais eu aucun suivi psychiatrique/psychothérapeutique ou rééducatif. Il ne s'agit pourtant pas de très jeunes enfants puisque la majorité a plus de 6 ans (22/29) et beaucoup ont plus de 10 ans (8/29).

Antériorité de suivi psychologique et/ou rééducatif



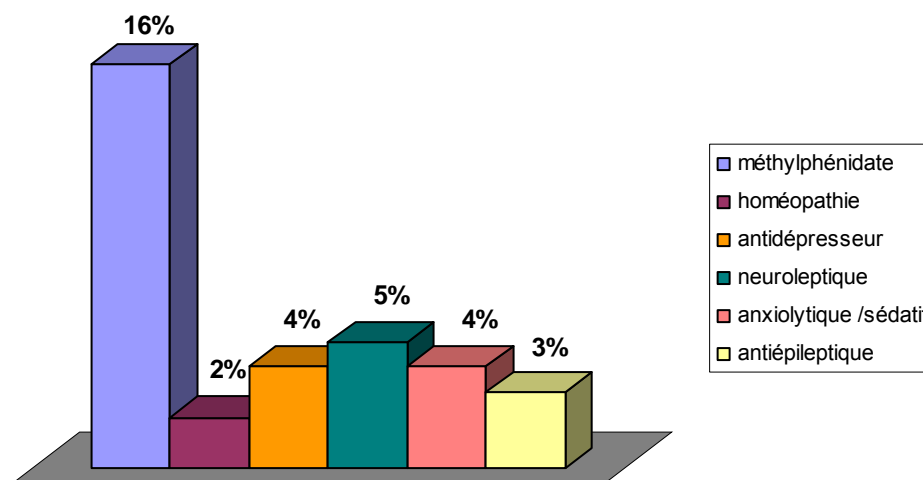
Au moment de la première consultation neuropsychiatrique, 60 enfants bénéficient d'un suivi rééducatif et /ou psychothérapeutique en cours (59 % de l'échantillon), ce qui signifie que 42 enfants (41 % de la population étudiée) n'ont aucun suivi actuel.

Parmi ces 42 enfants, au moins 25 présentent un handicap scolaire notable du fait de leurs symptômes.

Un enfant sur 4 ($n = 26$) a déjà reçu au moins un traitement médicamenteux (parfois plusieurs médicaments associés) : méthylphénidate ($n = 16$), neuroleptiques ($n = 5$), anxiolytiques/sédatifs ($n = 4$), antidépresseurs ($n = 4$), homéopathie ($n = 2$), antiépileptique à visée thymorégulatrice ($n = 1$). En plus de ces 26 enfants, 2 enfants épileptiques reçoivent un traitement médicamenteux dans cette indication.

Sur les 16 enfants qui ont déjà reçu un traitement par méthylphénidate, ce médicament a été interrompu avant la consultation pour 4 d'entre eux. Ainsi, lors de la consultation conjointe, 12 enfants sont encore traités par méthylphénidate (12 % de l'échantillon).

Pourcentage d'enfants ayant antérieurement reçu un traitement psychotrope



L'on peut détailler les diverses prises en charge dispensées comme suit :

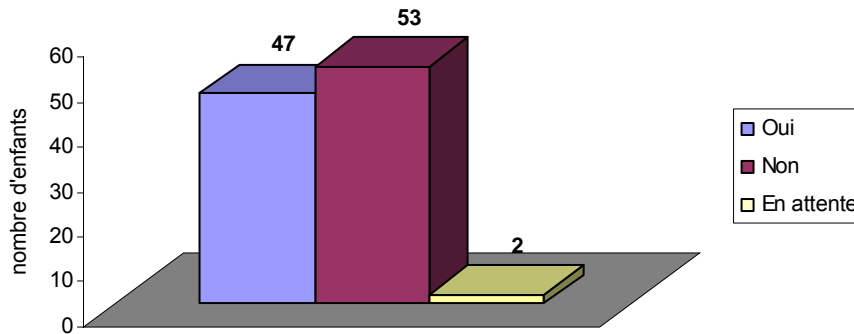
a. Suivi psychiatrique/psychologique

Le suivi par un psychiatre et/ou un psychologue concerne au moment de la consultation neuropsychiatrique ou a concerné dans le passé 61 enfants. Les prises en charge alors proposées se répartissent entre entretiens individuels (n = 39 parmi lesquels 2 familles ont bénéficié d'une thérapie familiale associée), thérapie de groupe (n = 13), association thérapie individuelle et thérapie de groupe (n = 3), consultations psychiatriques non psychothérapeutiques (n = 6).

Au moment de la première consultation neuropsychiatrique, 47 enfants (46 % de l'échantillon) ont un suivi en cours par un psychiatre et/ou un psychologue. Deux enfants sont en attente de rendez-vous pour débiter une prise en charge.

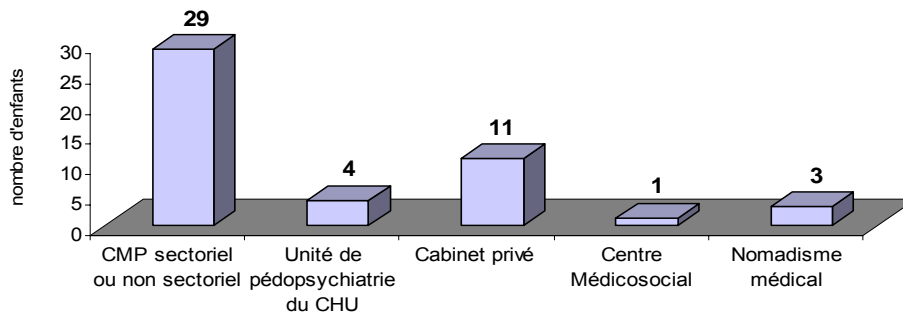
On peut donc relever que 53 enfants n'ont pas de suivi psychiatrique/psychologique au moment de la consultation neuropsychiatrique. Parmi eux, 14 enfants ont déjà bénéficié dans le passé d'un suivi en psychiatrie ou en psychothérapie mais l'ont arrêté. Les motifs évoqués de ces interruptions de suivis sont : déménagement (n = 4), insatisfaction parentale vis-à-vis du suivi (n = 4), amélioration symptomatique justifiant une fin de prise en charge (n = 5), échec de la prise en charge (n = 1).

Existence d'un suivi psychiatrique/psychologique en cours



Les lieux où sont dispensés les soins psychiatriques/psychologiques des 47 enfants en cours de suivi sont : CMP sectoriels (n = 25), CMP non sectoriels (n = 4), centre médico-social (n = 1), unité pédopsychiatrique du CHU (n = 4), cabinet libéral (n = 11), lieux multiples confinant au nomadisme médical (n = 3).

Lieux des soins psychiatriques/psychologiques en cours avant la consultation conjointe



Cinq enfants ont eu une consultation psychiatrique unique : dans 3 cas, il s'agit de la première consultation d'un suivi qui débute ; dans 2 cas, la consultation n'a pas été satisfaisante et n'a donc pas été renouvelée.

b. Suivi rééducatif

On dénombre 42 enfants (41 % de l'échantillon) qui bénéficient ou ont bénéficié d'une rééducation : rééducation orthophonique (n = 32), rééducation psychomotrice (n = 10). Ces deux types de rééducations ont été associés chez 3 enfants.

Lors de la consultation conjointe neuropsychiatrique, 28 enfants (27 % de l'échantillon) ont une rééducation en cours : rééducation orthophonique (n = 20), rééducation psychomotrice (n = 9). Un enfant bénéficie de ces deux modalités rééducatives associées.

B. Etude des données liées à la consultation

1 - Origine de la demande de consultation

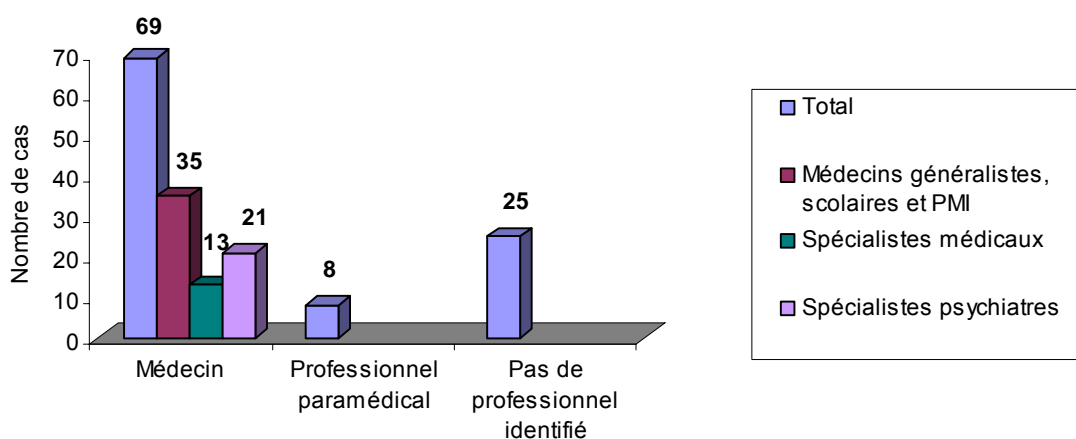
Au niveau de l'origine géographique des consultants, la très grande majorité réside dans le département de la Loire-Atlantique (n = 88), mais d'autres départements sont aussi représentés : la Vendée (n = 11), le Morbihan (n = 1), la Charente maritime (n = 1). Une famille vient même de Haute-Savoie (contexte de déménagement).

Une grande proportion d'enfants a été adressée par un médecin généraliste ou spécialiste (n = 69). Pour 8 enfants, le professionnel à l'origine de la consultation est un professionnel paramédical (n = 8) c'est-à-dire un psychologue, une orthophoniste ou une psychomotricienne. Pour 25 enfants, nous n'avons pas retrouvé de courrier d'un professionnel médical ou paramédical dans les dossiers. Pour 7 des enfants venus sans courrier, l'analyse du dossier met en évidence que la consultation était de façon manifeste une initiative parentale.

Parmi les 69 enfants adressés de façon certaine par un médecin, la majorité est adressée par une première catégorie de médecins dans laquelle nous avons regroupé les médecins généralistes, les médecins scolaires et les médecins de PMI (n = 35). Nous avons par ailleurs regroupé les spécialistes de « disciplines médicales » (pédiatres, neurologues, généticiens, néonatalogues) en une deuxième catégorie que l'on retrouve à l'origine des consultations de 13 enfants ; tous exercent à l'hôpital (n = 11) sauf 2. Une troisième catégorie désignait les spécialistes psychiatres qui se trouvent être à l'origine des demandes de consultations de 21 enfants ; il s'agit de psychiatres hospitaliers en majorité (n = 17) et de quelques psychiatres libéraux (n = 4).

Par ailleurs, la notion d'insistance parentale auprès du médecin pour bénéficier d'une évaluation spécifique de l'hyperactivité est retrouvée dans 14 cas.

Professionnel à l'origine de la consultation



2 - La symptomatologie décrite dans la demande de consultation.

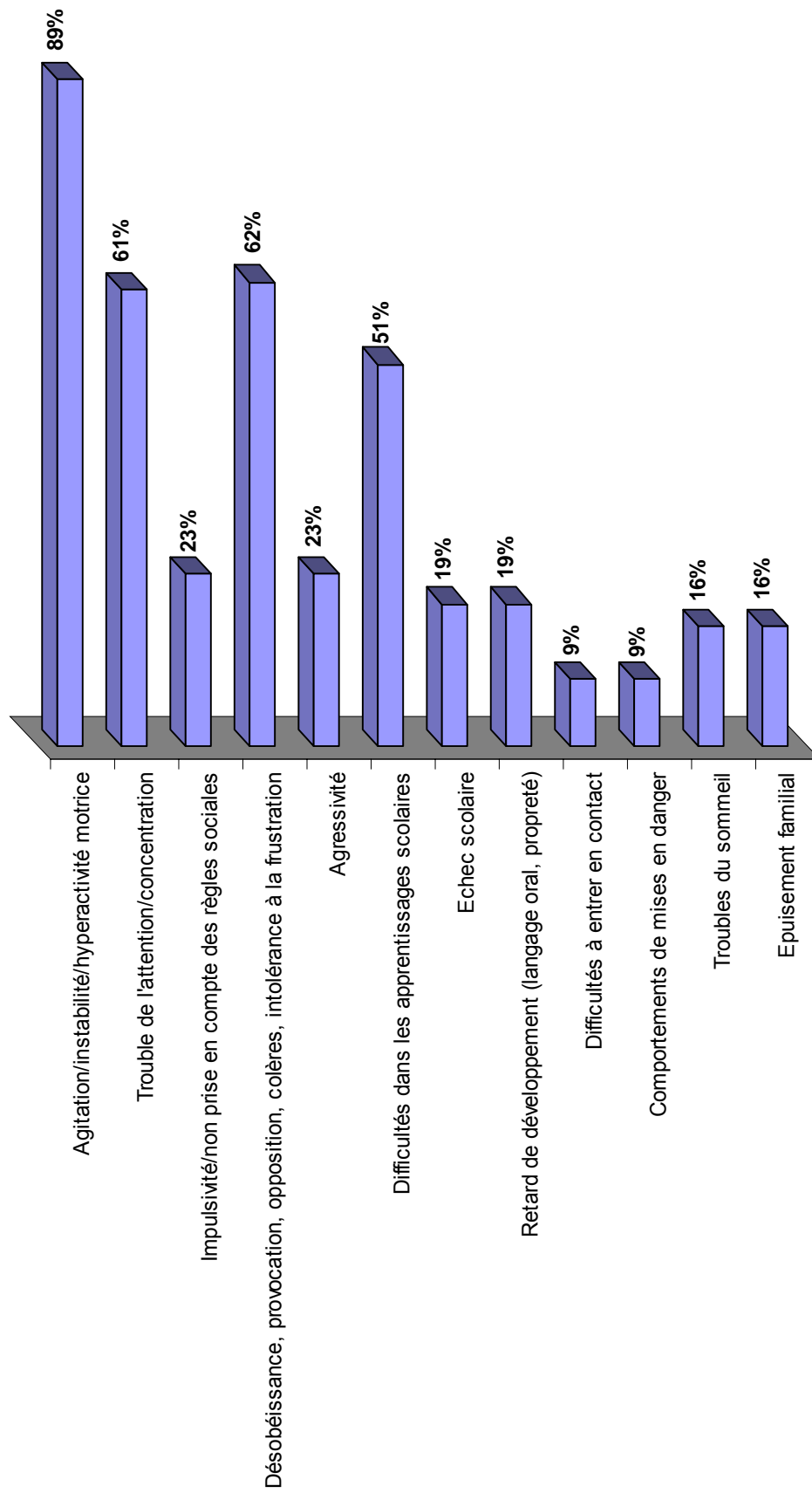
Il s'agit des symptômes mis en avant et qui justifient la demande de consultation neuropsychiatrique au CHU. Ils sont représentés sur le diagramme de la page suivante.

Rappelons que nous avons sélectionné pour notre étude les dossiers dont le motif de consultation comprenait une hyperactivité et /ou une instabilité et/ou un déficit attentionnel de l'enfant (critères d'inclusion). Un ou plusieurs de ces trois types de symptômes (qui définissent dans les classifications internationales le THADA) sont décrits comme motif de consultation chez les 102 enfants de notre échantillon dans des proportions variables : une agitation ou instabilité ou hyperactivité motrice est explicitement décrite chez 91 des 102 enfants (89 %) ; un trouble de l'attention ou de la concentration est noté chez 63 enfants (61 % de la population étudiée) ; une impulsivité ou une absence de prise en considération des règles sociales sont précisées pour 24 enfants (23 % de l'échantillon).

Les autres symptômes les plus fréquemment énoncés sont les comportements de désobéissance ou d'opposition, de provocation avec colères et/ou intolérance à la frustration chez 63 enfants (62 % de l'échantillon), d'agressivité chez 23 enfants (23 %). On note encore les difficultés d'apprentissage scolaire pour 52 enfants (51 %), l'échec scolaire pour 19 enfants (19 %), le retard d'acquisition du langage oral ou de la propreté pour 19 enfants (19 %), les difficultés à entrer en contact avec autrui pour 9 enfants (9 %), les comportements de mise en danger pour 9 enfants (9 %), les troubles du sommeil pour 16 enfants (16 %).

Les répercussions des symptômes sur la vie familiale sont signalées fréquemment ; pour 16 enfants est noté un épuisement familial parmi les motifs de consultation.

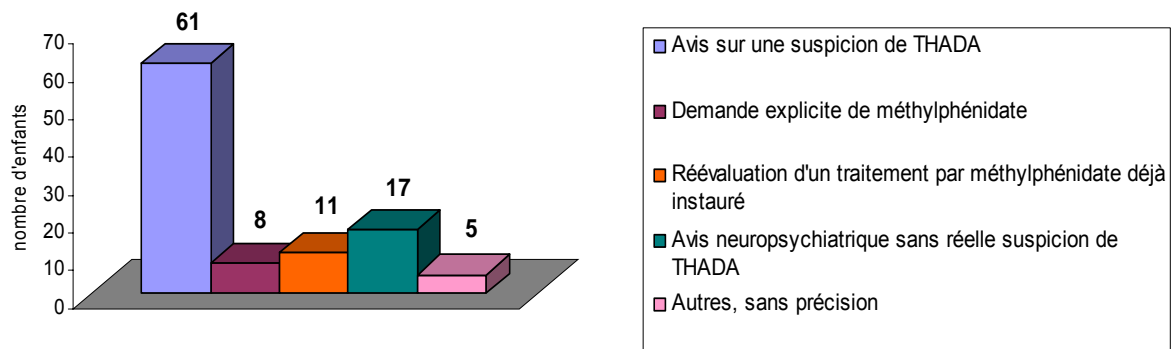
Fréquence des symptômes décrits comme motif de consultation



3 - La demande implicite motivant la consultation.

Nous nous sommes efforcés de comprendre quelle était la demande sous-jacente à la demande de consultation, sur la base des informations dont nous disposons dans les dossiers médicaux. Cette tâche s'est avérée complexe mais on peut globalement considérer 4 principaux groupes de patients en fonction des attentes que l'on pouvait deviner de la démarche de consultation.

La demande sous-jacente à la demande de consultation



Le premier groupe, très largement majoritaire est celui des enfants qui sont adressés pour une suspicion de THADA, c'est-à-dire pour un avis diagnostique et thérapeutique sur un éventuel THADA (n = 61). On note que, pour 13 de ces 61 enfants, le dossier stipule que la demande de consultation a été demandée avec insistance par les parents et pour 5 enfants qu'elle fait suite à une pression du milieu scolaire.

Pour le deuxième groupe (n = 8) la demande est explicitement la mise en place d'un traitement par méthylphénidate, réclamée par les parents et/ou l'école de l'enfant.

Le troisième groupe est celui pour lequel est sollicitée une réévaluation d'un traitement par méthylphénidate déjà instauré (n = 11 soit 11% de la population étudiée). Pour 7 enfants, il s'agit d'une demande de renouvellement, pour 4 enfants, d'une demande de réévaluation de l'indication.

Le quatrième groupe (n = 17) est composé d'enfants pour lesquels un avis neuropsychiatrique diagnostique et/ou thérapeutique est souhaité concernant des troubles du comportement variés mais sans qu'un diagnostic de THADA semble réellement suspecté. En effet dans certains cas (n = 11), la présence de symptômes évocateurs d'autres causes d'hyperactivité que le THADA, à savoir les causes neurologiques ou psychiatriques des hyperactivités secondaires, justifie une évaluation pluridisciplinaire mais exclut un THADA. Parmi ces symptômes, on trouve des retards de

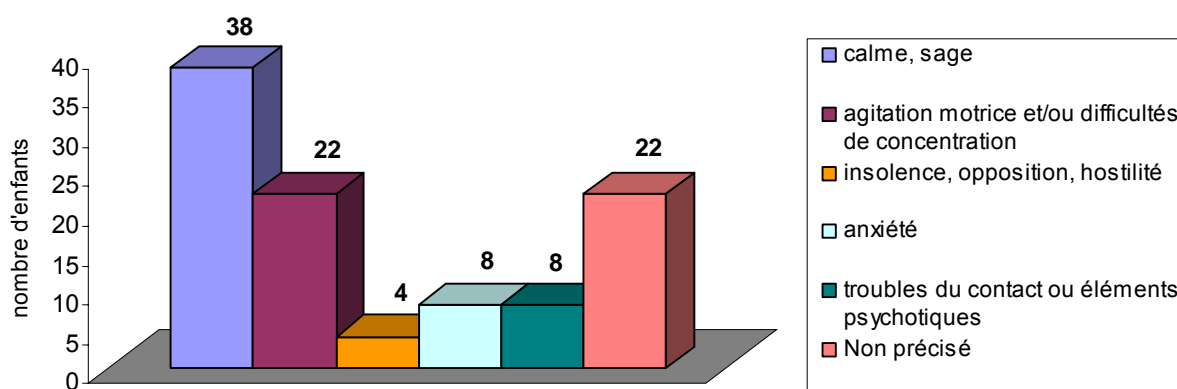
développement, des gros troubles du schéma corporel faisant suspecter une agnosie, un désinvestissement scolaire, une symptomatologie complexe faite de l'intrication de troubles neurologiques et psychiatriques... Dans un autre cas (n = 1), le diagnostic de THADA a déjà été éliminé par des tests neuropsychologiques préalables mais l'ampleur des symptômes comportementaux et de leurs répercussions légitime la demande d'un avis spécialisé sur l'orientation scolaire de l'enfant. D'autres médecins enfin ont adressé des enfants (n = 5) pour avis sur l'intérêt d'un traitement symptomatique des troubles par méthylphénidate, même si ces troubles ne rentrent pas dans le cadre d'un THADA « pur ».

Cinq enfants n'ont été classés dans aucun de ces 4 groupes, faute d'information exploitable dans les dossiers.

4 - Observation clinique

Du point de vue de l'observation comportementale lors de la consultation, les enfants ont le plus souvent été sages, calmes (n = 38). Parmi les autres, divers symptômes ont été repérés : une symptomatologie évocatrice de THADA (agitation motrice et/ou difficultés de concentration) est notée dans les dossiers de 22 patients, une opposition (ou hostilité ou insolence ou arrogance) dans ceux de 4 patients, une anxiété manifeste est présente chez 8 enfants, un trouble du contact ou des éléments psychotiques chez 8 enfants.

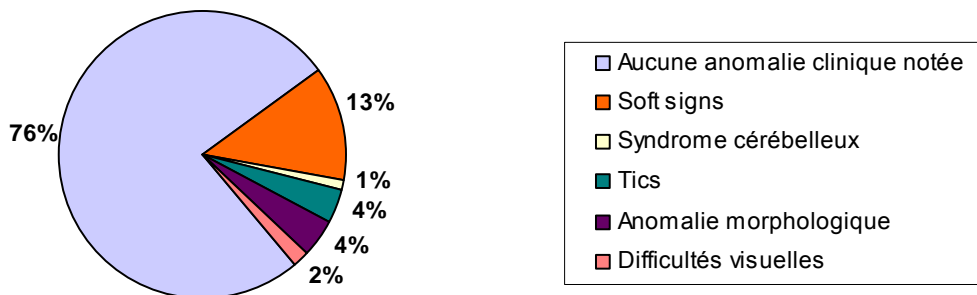
Observation comportementale pendant la consultation



Du point de vue de l'examen somatique et plus particulièrement neurologique, aucune anomalie n'est notée dans la grande majorité des cas (n = 78). Chez 13 enfants, l'examen neurologique a révélé des petites anomalies évocatrices d'une immaturité psychomotrice telles une maladresse, une lenteur ou une immaturité graphique, des syncinésies, des difficultés dans la motricité fine. Parmi les enfants

qui présentait ces signes mineurs, que l'on peut appeler « soft signs » selon la dénomination consacrée, 3 sont des enfants nés prématurément et 4 feront l'objet à l'issue de l'évaluation globale d'un diagnostic de THADA. Par ailleurs, des tics sont signalés chez 4 enfants, des anomalies morphologiques chez 4 autres, un syndrome cérébelleux chez 1 et des difficultés oculomotrices avec répercussions évidentes sur la qualité de la vue chez 2 enfants.

Examen clinique général et neurologique



5 - Stratégies diagnostiques complémentaires

a. Questionnaires de Conners

Les questionnaires de Conners destinés aux parents et aux enseignants sont remis à la fin de la première consultation lorsque la suspicion de THADA semble se confirmer. Leur objectif, rappelons-le, est une quantification de l'importance des divers symptômes, dans divers contextes. La recherche d'une concordance ou au contraire d'une divergence des plaintes exprimées d'un côté par le milieu familial et de l'autre côté par le milieu scolaire est une étape décisive dans l'argumentation de l'étiologie des symptômes présentés par l'enfant.

Dans la population qui nous intéresse, ces questionnaires n'ont été remis que dans 1 cas sur 4 (n = 26).

Par ailleurs, l'analyse qualitative des résultats du questionnaire permet de mettre en évidence les secteurs dans lesquels l'enfant est particulièrement en difficultés. Les 48 items du questionnaire pour parents sont regroupés en cinq dimensions : difficultés dans les apprentissages, troubles du comportement, anxiété, manifestations psychosomatiques et impulsivité/hyperactivité ; les 28 items du modèle pour enseignants déterminent trois facteurs : troubles du comportement, hyperactivité, déficit attentionnel. Ainsi, la révélation de la prédominance des troubles dans ces divers domaines permet d'orienter la prise en charge ultérieure. Par exemple, en cas de découverte d'un index élevé pour les difficultés d'apprentissages, des examens complémentaires neuropsychologiques et/ou orthophoniques

sont fréquemment demandés afin de préciser l'importance et les caractéristiques cognitives de ces difficultés.

Dans notre étude, les résultats des 26 questionnaires de Connors distribués sont les suivants : index élevés pour les difficultés comportementales et attentionnelles à la maison et à l'école, fortement évocateurs d'un THADA (n= 9) ; au contraire, index discordants entre ce qui se passe à la maison et à l'école (n = 6) ; résultats dans les limites de la normale ou variables ou ne montrant que de l'anxiété ou des difficultés d'apprentissage, en d'autres termes qui ne sont pas en faveur d'un THADA (n = 8) ; ou encore résultats en faveur d'un THADA mais indication d'un traitement médicamenteux exclue du fait d'un score global qui met en évidence des capacités d'apprentissages conservées (n = 1).

b. Prescription de bilans complémentaires

A l'issue de la première consultation, des bilans complémentaires sont éventuellement prescrits, lorsqu'ils s'avèrent nécessaires pour statuer sur l'origine du trouble.

Sur notre échantillon de 102 enfants, un peu plus de 1 enfant sur 3 (n = 37 soit 36%) a bénéficié d'une prescription d'examen complémentaires. Pour certains enfants, les médecins ont préconisé la réalisation de plusieurs bilans différents, en fonction des éventuels déficits associés mis en évidence ou suspectés. Les bilans prescrits peuvent être répartis en 3 grandes catégories :

◆ Evaluation des capacités dans les divers secteurs du fonctionnement cognitif (n = 24)

Un bilan psychométrique a été demandé pour 6 enfants ; 7 autres enfants ont eu une prescription d'un bilan neuropsychologique plus complet.

Un bilan psychomoteur a été préconisé pour 4 enfants.

Un bilan orthophonique a été indiqué chez 7 enfants soit 13 % de ceux qui n'en avaient pas encore eu jusqu'alors.

◆ Recherche d'une étiologie organique sous-jacente (n = 16)

Une imagerie cérébrale a été demandée pour 4 enfants, un électroencéphalogramme (EEG) pour 8, un bilan médical (sanguin, génétique, âge osseux) pour 7 enfants.

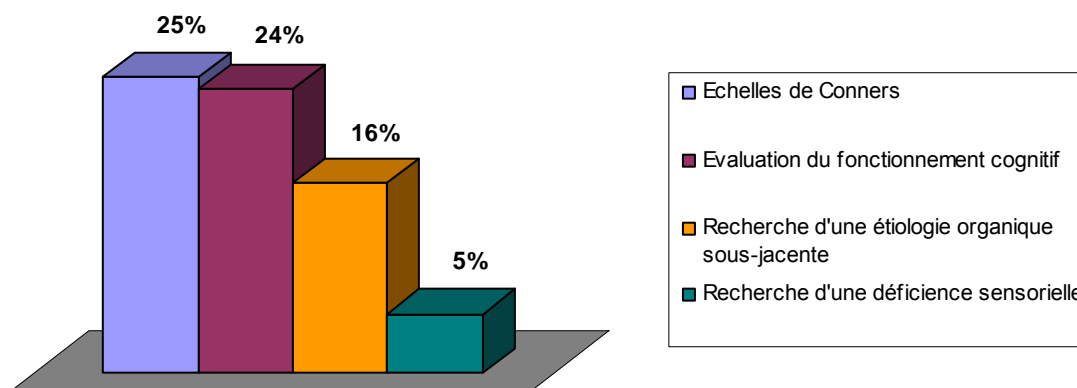
◆ Recherche d'une déficience sensorielle (n = 5)

Pour 2 enfants, une consultation ophtalmologique a été préconisée, associée pour l'un d'eux à la prescription de potentiels évoqués visuels et d'un électrorétinogramme.

Pour 3 enfants, une consultation en oto-rhino-laryngologie (ORL) s'est avérée nécessaire, ainsi que la réalisation d'un audiogramme.

Un de ces cinq enfants a plus de 10 ans et un autre a entre 6 et 10 ans.

**Pourcentage d'enfants ayant bénéficié de la prescription d'outils
d'évaluation ou de bilans complémentaires à l'issue de la consultation**



6 - Orientations diagnostiques

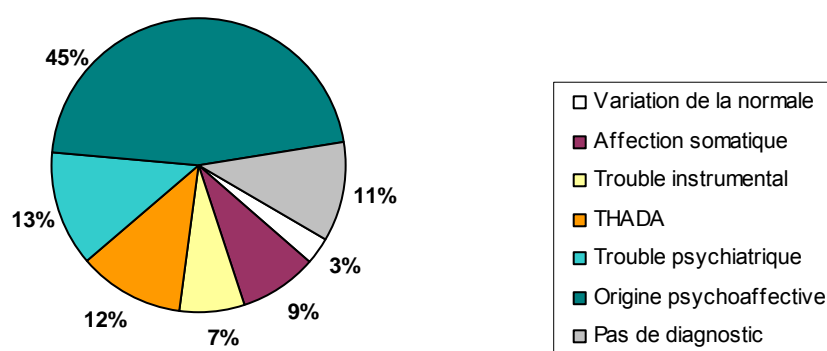
Rappelons qu'une démarche diagnostique complète et rigoureuse nécessite fréquemment plusieurs temps d'évaluations afin d'affiner le jugement clinique grâce à des critères évolutifs ainsi qu'en fonction des résultats des échelles et bilans pratiqués. Ainsi, les orientations diagnostiques que nous proposons dans notre analyse tiennent compte de l'ensemble des venues de l'enfant aux différentes consultations.

Le tableau 7 ci-dessous donne un résumé des orientations du diagnostic étiologique de la symptomatologie présentée par l'enfant. On remarque que pour la grande majorité des enfants (n = 60) une cause psychiatrique (n = 13) ou psychoaffective (n = 47) a été retenue en priorité. Environ 12 % des enfants examinés ont reçu, à l'issue de l'ensemble de la démarche évaluative, un diagnostic de THADA. Les autres catégories diagnostiques à l'origine de la symptomatologie d'hyperactivité sont les troubles spécifiques du développement des fonctions instrumentales (n = 7) et les affections somatiques (n = 9) au sein desquelles nous avons classé les déficients intellectuels (n = 5). Onze enfants sont restés sans diagnostic (perdus de vue avant les résultats des bilans éventuels ou insuffisance d'éléments d'orientation) et pour 3 autres, aucun diagnostic n'a été retenu (variation de la normale).

Tableau 7 : Orientations diagnostiques à l'origine de la symptomatologie constatée

DIAGNOSTICS	NOMBRE D'ENFANTS
TROUBLE HYPERACTIVITE AVEC DEFICIT DE L'ATTENTION (THADA)	(12)
AFFECTIONS SOMATIQUES	(9)
Affection neurologique (épilepsie, traumatisme crânien)	3
Affection génétique (Syndrome de l'X fragile)	1
Déficience intellectuelle	5
TROUBLES SPECIFIQUES DU DEVELOPPEMENT DES FONCTIONS INSTRUMENTALES	(7)
Trouble du développement du langage (dysphasie)	2
Trouble cognitif des acquisitions scolaires (dyslexie, dyscalculie, troubles du raisonnement)	4
Maladresse, immaturité psychomotrice	1
TROUBLES PSYCHIATRIQUES	(13)
Autisme et psychose	6
Dysharmonie évolutive	4
Trouble du développement de la personnalité non spécifié	3
TROUBLES D'ORIGINE PSYCHOAFFECTIVE	(47)
Troubles psychopathologiques	28
Secondaires à une précocité intellectuelle	5
Trouble dépressif	4
Trouble anxieux du registre névrotique	19
Manifestations psychologiques réactionnelles à un contexte difficile (affectif, relationnel, éducatif, environnemental, médical...)	19
PAS D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE	(11)
Perdus de vue avant résultats des bilans	6
Pas d'orientation diagnostique faute de données suffisamment informatives dans les dossiers	4
Enfant trop jeune pour statuer sur un diagnostic	1
AUTRES	(3)
Variation de la normale	1
Hyperactivité ressentie au niveau familial non confirmée au niveau médical	2
TOTAL	102

Orientation du diagnostic étiologique



7 - Orientation de la prise en charge

Les propositions de prise en charge formulées à la population étudiée rendent bien compte de la nécessité d'une approche pluridisciplinaire et multifocale des symptômes de l'enfant. Les soins associent souvent la psychothérapie à des techniques de rééducation et/ou à des conseils éducatifs et/ou à des avis sur une adaptation scolaire. Le traitement médicamenteux, quand il a été indiqué, s'adjoint à ces diverses modalités thérapeutiques. Nous avons donc relevé parmi les 102 enfants de l'échantillon de multiples combinaisons dont l'énumération serait pour le moins fastidieuse. Par souci de clarté, nous avons donc choisi de décrire séparément les différentes thérapeutiques proposées.

a. Prise en charge pédopsychiatrique ou psychothérapique

Au total, un très grand nombre d'enfants ($n = 73$) a été adressé vers une prise en charge pédopsychiatrique ou psychothérapique.

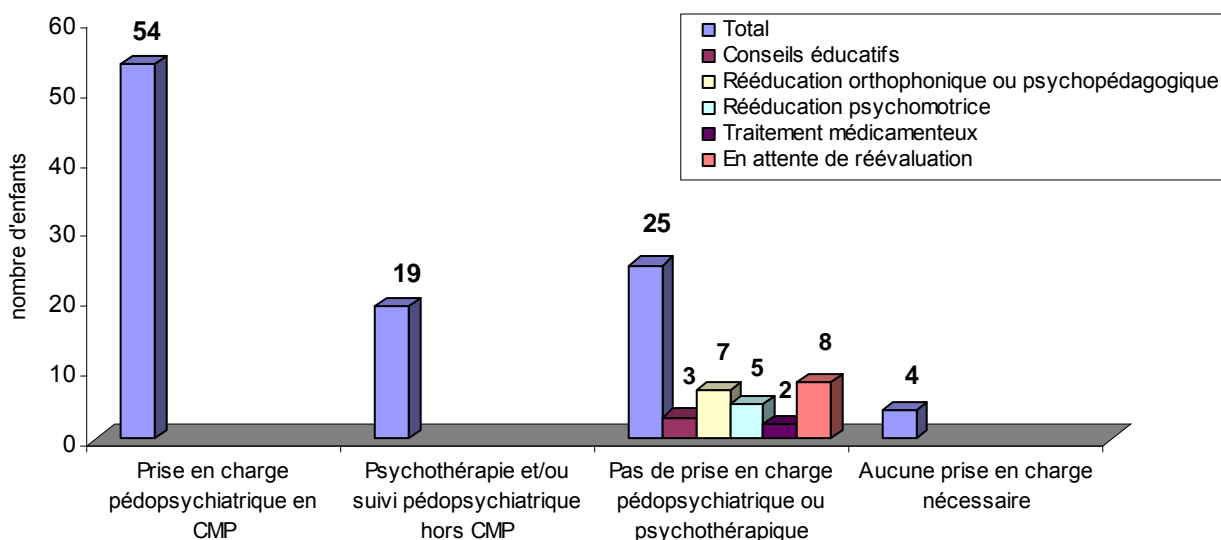
L'orientation vers les centres médico-psychologiques sectoriels ou non (CMP, CMPP, OCHS) a été préconisée pour 54 enfants, qu'il s'agisse d'une poursuite des soins déjà instaurés ($n = 26$), de la confirmation de l'indication de ce type de prise en charge en attente ($n = 3$) ou encore d'une nouvelle orientation ($n = 25$). Parmi ces 25 enfants qui n'avaient pas de prise en charge en cours au niveau d'un CMP, 3 étaient auparavant suivis par un psychiatre ou un psychothérapeute libéral et en revanche 20 n'avaient jamais bénéficié d'aucun suivi pédopsychiatrique. On relève même que 14 de ces 25 enfants n'avaient jamais eu jusqu'alors de quelconque suivi pour leurs troubles, ni pédopsychiatrique, ni rééducatif. Deux enfants étaient traités par méthylphénidate sans que soit associé un soin psychothérapique. En outre, on se souvient que 53 enfants sur les 102 de l'échantillon n'avaient pas de suivi pédopsychiatrique en cours au moment de l'accès à la consultation neuropsychiatrique. On peut donc dire que parmi cette population de 53 enfants, 1 enfant sur 2 a été adressé à un CMP (25/53).

Les 19 autres enfants pour lesquels une prise en charge pédopsychiatrique ou psychothérapique a été proposée n'ont pas été orientés vers un CMP, mais vers un suivi libéral ou en centre médicosocial ou à l'unité de pédopsychiatrique du CHU. Ainsi, 9 enfants poursuivront leur thérapie dans ces différents cadres et pour les 10 autres un suivi par le pédopsychiatre assurant la consultation conjointe a été suggéré. Parmi ces 10 enfants, 8 seront effectivement revus en consultation pédopsychiatrique par le Professeur Amar.

Pour les 29 enfants qui n'ont pas été orientés vers un suivi pédopsychiatrique ou psychothérapique, les modalités thérapeutiques suivantes ont été préconisées : conseils éducatifs ($n = 3$), rééducation orthophonique ou psychopédagogique en libéral ou au CHU ($n = 7$), rééducation psychomotrice en libéral ($n = 5$), traitement médicamenteux par méthylphénidate ($n = 2$). Pour 8

enfants, une nouvelle consultation était prévue avant de pouvoir orienter la prise en charge mais 3 d'entre eux ont été perdus de vue. Quelques enfants n'ont nécessité la mise en place d'aucune prise en charge médicale (n = 4) en dehors d'une réassurance parentale et éventuellement de conseils de réaménagements scolaires (n = 1).

Propositions de soins pédopsychiatriques et/ou psychothérapiques



b. Prise en charge rééducative

Un travail en rééducation orthophonique, psychopédagogique ou phoniatrice a été considéré comme une priorité dans le traitement des symptômes d'hyperactivité de 10 enfants. Pour 6 de ces enfants, ce type de suivi était déjà en place avant la consultation. Par ailleurs, il a été préconisé seul dans 5 de ces 10 cas et au contraire associé à une orientation vers un CMP dans 5 cas.

Une orientation de la prise en charge vers la psychomotricité est stipulée dans les dossiers de 12 enfants. Dans ces cas, les médecins ont souvent préconisé un contact avec les CMP afin de mettre en place la rééducation dans ces centres de soins.

c. Traitements médicamenteux

◆ Prescriptions de méthylphénidate :

Parmi les 12 enfants qui étaient déjà traités par méthylphénidate avant la consultation et pour lesquels la demande était donc une réévaluation du traitement, seulement 5 ont bénéficié du renouvellement de leur prescription. Pour les 7 autres, ce médicament a été diminué soit à la recherche d'une dose minimale efficace moins élevée, soit en vue d'un arrêt, sans que la tolérance soit en cause.

Un traitement par méthylphénidate a été instauré chez 14 enfants de notre échantillon, tous âgés de plus de 6 ans. Au niveau des posologies, il s'agit généralement de petites doses de Ritaline[®] réparties en deux ou trois prises (matin, midi et éventuellement 16 heures) : la posologie est inférieure à 0,5 mg/kg/jour pour 9 enfants, et comprise entre 0,5 et 1 mg/kg/jour pour les 4 autres. Trois enfants ont bénéficié d'une prescription de méthylphénidate à libération prolongée (Concerta[®] LP 18 mg) à raison d'un comprimé par jour, dont deux en relais d'un traitement par Ritaline[®]. Le médicament était prescrit uniquement les jours de classe, l'ordonnance stipulait une interruption du traitement pendant les week-ends et les vacances scolaires.

L'indication du traitement a été posée dans les cas de THADA intense lorsque les répercussions des symptômes sur les apprentissages étaient sérieuses (n = 7). Dans d'autres cas (n = 7), le médicament a été prescrit à visée symptomatique dans le cadre d'autres pathologies (syndrome de l'X-Fragile ou précocité intellectuelle par exemple) lorsqu'une prise en charge antérieure en psychomotricité et/ou psychothérapie n'avait pas permis d'amélioration suffisante.

Du point de vue de l'efficacité, cette médication a apporté une réelle amélioration chez 9 des 14 enfants traités, principalement au niveau du comportement mais également pour certains au niveau des capacités d'attention et de la qualité de l'intégration scolaire. Pour 3 enfants, ce traitement n'a pas permis l'apaisement des symptômes et n'a donc pas été poursuivi. Les 2 autres enfants qui ont bénéficié d'une prescription de ce médicament ont été perdus de vue et de ce fait aucune précision sur l'effet du traitement n'est disponible.

Du point de vue de la tolérance, aucun effet secondaire n'a été constaté chez 9 des 12 enfants qui ont été revus après la mise en place du médicament. Chez 3 enfants ont été signalés la survenue de difficultés d'endormissement qui n'ont pas nécessité l'arrêt du traitement (n = 2) ou l'apparition de tics (n = 1) dont l'imputabilité à la molécule n'est pas totalement assurée. Pour un des enfants pour lesquels du Concerta LP[®] a été administré en relais de la Ritaline[®], le changement de médicament a entraîné des céphalées et des vomissements. La Ritaline[®], qui avait été parfaitement tolérée chez ce patient, a donc été de nouveau proposée pour lui.

Pour 4 autres enfants, une prescription future a été envisagée mais non entérinée du fait de la nécessité d'une réévaluation préalable.

Notons que pour les 8 enfants pour lesquels la demande de consultation était une demande explicite de méthylphénidate, la prescription n'a pas été jugée opportune.

◆ Autres traitements psychotropes

En dehors du méthylphénidate, d'autres médicaments psychotropes ont parfois été prescrits à l'issue de la consultation : des neuroleptiques chez 5 enfants, une benzodiazépine chez un enfant et des antidépresseurs chez 4 enfants.

d. Conseils éducatifs

Des conseils éducatifs ou un travail de guidance parentale ont été envisagés, explicités à la famille et consignés dans les dossiers de 6 enfants. Dans certains cas étaient remises les coordonnées de l'Ecole des Parents et des Educateurs de Loire-Atlantique, structure associative qui dispense des consultations psychologiques et/ou éducatives de guidance parentale et de médiation familiale.

e. Aménagements ou adaptations scolaires

L'évaluation du fonctionnement scolaire de l'enfant a révélé dans 14 cas la nécessité de favoriser une orientation pédagogique spécifique : passage en classe adaptée, en établissement spécialisé, en institut de rééducation, ou au contraire accès à la classe supérieure afin de maintenir une bonne qualité de stimulation. Dans 2 cas, la mise en évidence de difficultés cognitives spécifiques a entraîné des recommandations sur le choix des méthodes d'enseignement de la lecture. Une proposition d'intégration en internat a été formulée afin de permettre une mise à distance de tensions familiales trop intenses.

f. Autres

En fonction des éléments cliniques d'orientation, d'autres types de prises en charge ont pu être proposés. On peut par exemple citer la kinésithérapie dans le cadre de certaines difficultés motrices, l'orthoptie en cas de troubles oculomoteurs, la réadaptation d'un traitement anti-épileptique...

g. Proposition d'un nouveau rendez-vous pour réévaluation

Diverses situations ont conduit les médecins à proposer une nouvelle consultation ; qu'il s'agisse de refaire le point grâce aux résultats des bilans éventuellement réalisés, d'évaluer l'efficacité et la tolérance d'un traitement instauré, de s'assurer de la bonne évolution du problème ou de la mise en lien avec le CMP ou encore de soutenir l'enfant et sa famille, la possibilité d'un nouveau rendez-vous a été envisagée pour 66 enfants (65 % de l'échantillon). Il s'agit dans ce cas soit d'une nouvelle consultation conjointe soit d'un rendez-vous avec l'un des deux praticiens selon les cas.

Sur ces 66 enfants, 44 ont effectivement été revus en consultation au moins une fois par les deux ou l'un des deux praticiens. Ainsi, pas loin de 1 enfant sur 2 (43 %) de la totalité de l'échantillon a bénéficié de plus d'une consultation au CHU.

C. Résultats de l'enquête par questionnaires

Sur les 65 professionnels auxquels notre questionnaire a été adressé, 31 nous ont fait parvenir leur réponse.

Parmi ces 31 professionnels, 16 sont des médecins généralistes ou médecins scolaires ou médecins de PMI, 4 sont des médecins spécialistes d'une discipline médicale, 6 sont des spécialistes psychiatres, 5 exercent une profession paramédicale (psychologue, psychomotricien ou orthophoniste).

CATÉGORIE PROFESSIONNELLE	Nombre de professionnels
Médecins généralistes, scolaires, PMI	16
Médecins spécialistes d'une discipline médicale (pédiatrie, neurologie...)	4
Médecins spécialistes en psychiatrie	6
Profession paramédicale	5
TOTAL	31

1 - Degré de connaissance de la consultation conjointe

Dans le questionnaire, 3 questions ont pour but d'évaluer comment les professionnels se représentent la consultation conjointe :

Question 1- Quelles informations aviez-vous au sujet de cette consultation lorsque vous y avez adressé votre (vos) jeune(s) patients ?

Question 2- Selon vous, quel(s) praticien(s) votre patient allait-il y rencontrer ?

Question 3- D'après vos informations, à qui s'adresse-t-elle ?

Les réponses sont reportées dans les tableaux suivants et quelques commentaires des résultats suivent les tableaux.

1- QUELLES INFORMATIONS AVIEZ-VOUS SUR CETTE CONSULTATION ?	Nombre de professionnels
Aucune	12
Vous connaissiez un des médecins qui la pratiquent	16
Un collègue vous a parlé de son expérience	3
Les parents en avaient entendu parler (par d'autres parents, associations...)	0
TOTAL	31

Ces premiers résultats montrent que beaucoup de professionnels (12/31) ne connaissaient pas la consultation. Pour les autres, la connaissance de la consultation s'est effectuée en priorité par la circulation de l'information entre collègues (19/31). Ces résultats sont concordants avec le fait qu'il n'a pas été organisé de campagne d'information pour faire connaître la consultation auprès des professionnels de l'enfance. Pour les professionnels qui ne bénéficiaient d'« aucune » information, il est probable que l'orientation vers la consultation spécifique neuropsychiatrique a été déterminée au moment du contact avec le secrétariat.

2- QUEL(S) PRATICIEN(S) VOTRE PATIENT ALLAIT-IL RENCONTRER ?	Nombre de professionnels
Un neuropsychiatre	1
Un neuropsychologue	0
Un neuropédiatre et un pédopsychiatre	26
Un neuropédiatre et un psychologue	2
Autre réponse : <i>Un neuropédiatre</i>	2
TOTAL	31

On repère que la quasi-totalité des professionnels a finalement une bonne connaissance du caractère conjoint de la consultation consacrée à l'hyperactivité infantile (28/31). Il apparaît que la réponse « aucune » (information) à la question précédente ne reflète pas parfaitement la réalité.

3- A QUI S'ADRESSE LA CONSULTATION CONJOINTE? (plusieurs réponses possibles)	Nombre de professionnels ayant donné une réponse unique	Nombre total de professionnels ayant donné cette réponse
A tous les enfants qui présentent une hyperactivité comportementale	3	12
A des enfants pour lesquels un THADA est suspecté	8	20
A des enfants qui présentent des troubles du comportement	8	15
Autre réponse : <i>problème neurologique (1)</i>		1

On remarque que la consultation conjointe est ciblée « suspicion de THADA » de façon précise pour 8 praticiens, c'est-à-dire plus de 1 sur 4.

Par ailleurs, si l'on se penche sur l'ensemble des réponses, on remarque que les « troubles du comportement » (15/31) en général sont autant représentés que « l'hyperactivité comportementale » (12/31). On peut donc penser que pour une grande proportion des professionnels (environ 50%), la consultation neuropsychiatrique n'est pas spécifiquement dévolue à « l'hyperactivité infantile » mais est une consultation plus largement consacrée aux « troubles du comportement » ; ou alors que pour cette majorité de professionnels, la distinction entre troubles du comportement de tout ordre,

hyperactivité infantile et même THADA n'est pas évidente menant ainsi à un amalgame entre ces divers types de comportements et de diagnostics.

2 - Place de la consultation conjointe dans la pratique des professionnels interrogés

Les 3 questions suivantes (*questions 4 à 7*) ont pour objectif de cerner les *attentes* des professionnels vis-à-vis de cette consultation :

Question 4 - Quels symptômes principaux vous ont conduits à adresser votre (vos) jeune(s) patient(s) à cette consultation spécialisée ?

Question 5 - L'enfant bénéficiait-il déjà d'une prise en charge par un médecin psychiatre ?

Question 6 - Quelles étaient vos principales motivations et attentes de cette consultation ?

La *question 7* cherche à déterminer la *place* de la consultation conjointe telle que l'envisagent les partenaires de santé, au sein du parcours de soins :

Question 7 - Dans votre conduite à tenir devant un enfant hyperactif, à quel moment décidez-vous d'adresser un patient à la consultation conjointe neuropsychiatrique ?

La *question 8* évalue le degré de *satisfaction* que la consultation conjointe a procuré aux professionnels qui y ont adressé des enfants :

Question 8 – Cette consultation vous a-t-elle fourni les réponses que vous attendiez ?

4- SYMPTÔMES PRINCIPAUX MOTIVANT LA DEMANDE DE CONSULTATION NEUROPSYCHIATRIQUE (3 réponses possibles)	Nombre de praticiens jugeant ce symptôme prioritaire (sur 31)
Agitation motrice, instabilité motrice, hyperactivité ou impulsivité	24
Trouble de l'attention ou de la concentration	21
Désobéissance, opposition, provocations, colères, ou intolérance à la frustration	10
Agressivité	3
Retard d'acquisitions (langage, lecture), échec scolaire	12
Risque d'exclusion scolaire	3
Epuisement familial	10

Du point de vue de l'observation clinique, on note que les symptômes cardinaux du syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention (hyperactivité motrice, difficultés attentionnelles et impulsivité) arrivent de loin en première place des symptômes motivant la demande de consultation neuropsychiatrique. La symptomatologie motrice et impulsive constitue une des 3 motivations principales (3 réponses étaient permises) pour 77% des professionnels interrogés (24/31). Le déficit

attentionnel représente un des symptômes prioritaires pour 68% des cliniciens (21/31). Ces résultats sont superposables à ce qui a été mis en évidence dans l'analyse des dossiers des 102 enfants vus à la consultation (la symptomatologie motrice était mise en avant dans les demandes de consultation de 89% des enfants, le trouble attentionnel dans 61% des cas).

On peut donc dire que, du point de vue du relevé symptomatique, la consultation conjointe est bien repérée comme une consultation consacrée aux enfants présentant une symptomatologie d'hyperactivité infantile. Si l'on met en parallèle cette constatation avec le résultat décrit précédemment qui montrait que la consultation s'adressait pour 1 praticien sur 2 (15/31) à des enfants présentant des troubles du comportement non spécifiques, on peut faire l'hypothèse d'une difficulté des cliniciens interrogés à *interpréter* d'un point de vue diagnostique les symptômes repérés. Ceci est tout à fait compréhensible du fait du caractère transnosographique des symptômes d'hyperactivité.

D'ailleurs, on remarque que d'autres symptômes non spécifiques du diagnostic d'hyperactivité sont fréquemment énoncés comme motif de la consultation spécialisée, tels que les comportements de désobéissance, oppositions, provocations, colères, intolérance à la frustration (9 praticiens sur 31) et les retards d'acquisitions scolaires (12/31). On peut penser que l'association de ces signes non spécifiques du diagnostic de THADA aux symptômes cardinaux du THADA complique pour les cliniciens la démarche diagnostique.

L'étude de ces résultats permet aussi de mettre en évidence la sensibilité des professionnels aux conséquences scolaires et familiales dans leur décision d'adresser l'enfant à des spécialistes. Le retard d'acquisitions scolaires ou l'échec scolaire motive de façon prioritaire la demande de consultation spécialisée pour 12 praticiens sur 31, l'épuisement familial pour 10 praticiens sur 31 (1/3).

5- L'ENFANT ÉTAIT-IL DÉJÀ SUIVI PAR UN PSYCHIATRE ?	Oui	Non	Pas de réponse
Nombre de réponses des praticiens	10	18	3

Ces résultats montrent que 18 professionnels sur 31 (58%) ont adressé l'enfant à la consultation neuropsychiatrique du CHU sans orienter l'enfant au préalable vers un pédopsychiatre. Pourtant parmi eux, 1 sur 2 (9/18) a pour principale attente de la consultation conjointe un avis psychiatrique et 1 sur 6 (3/18) cherche à faciliter la mise en place d'une prise en charge psychiatrique. On peut formuler en regard de ce constat l'hypothèse d'une difficulté à obtenir dans la pratique les avis psychiatriques jugés nécessaires.

Ce résultat pose la question de la place de la consultation : s'agit-il d'une consultation de première intention pour disposer d'un avis neurologique et/ou pédopsychiatrique pour des enfants présentant des troubles du comportement? Ou s'agit-il d'une consultation experte concernant le diagnostic de THADA pour laquelle une sélection plus « filtrante » des patients pourrait être nécessaire ?

6- ATTENTES PRINCIPALES MOTIVANT LA DEMANDE DE CONSULTATION NEUROPSYCHIATRIQUE (plusieurs réponses possibles)	Nombre de praticiens (sur 31)
Avoir un avis neurologique	13
Avoir un avis psychiatrique	15
Avoir un diagnostic	12
Avoir un avis dispensé par des médecins « experts » de l'hyperactivité	18
Dernier recours dans un long parcours de soins insatisfaisants	5
Obtenir une prescription de méthylphénidate qui vous paraissait nécessaire	5
Obtenir une prescription de méthylphénidate réclamée par les parents de l'enfant	0
Insatisfaction des résultats thérapeutiques de la prise en charge psychiatrique (si elle existait)	5
Faciliter la mise en place d'une prise en charge psychiatrique	7
Obtempérer à la pression exercée par l'établissement scolaire	0
Autres : Demande insistante des parents (1), Avis sur une adaptation pédagogique (1)	2

Du point de vue des attentes de cette consultation, la réponse la plus fréquemment donnée par les professionnels interrogés concerne l'obtention d'un « avis dispensé par des médecins 'experts' de l'hyperactivité » (18/31). La recherche d'un avis neurologique est également fréquemment rapportée comme motif de consultation (13/31) de même que celle d'un avis psychiatrique (15/31). La demande d'un diagnostic concerne 12 praticiens sur 31.

Ces résultats font par ailleurs apparaître, pour près d'1 praticien sur 4 (7/31), que la consultation a pour objectif de « faciliter la mise en place d'une prise en charge psychiatrique ». Il nous paraît important de préciser que l'énoncé de cette proposition « faciliter la mise en place d'une prise en charge psychiatrique » peut s'interpréter de plusieurs manières : eu égard aux difficultés à obtenir un rendez-vous avec un pédopsychiatre dans le département, la consultation spécialisée peut être considérée comme un appui à la demande de prise en charge psychiatrique. On peut aussi envisager que dans certains cas la consultation conjointe du CHU permet de confirmer l'indication et l'intérêt d'une prise en charge pédopsychiatrique, ce qui peut faciliter l'acceptation de ce type de soins par la famille si celle-ci y était réticente.

On remarque par ailleurs le très petit nombre de praticiens dont l'attente majoritaire concerne une prescription de méthylphénidate (5/31). On remarque également que ce n'est qu'exceptionnellement que la consultation est demandée sous la pression des parents (1/31) ou de l'établissement scolaire (0/31).

On note que « l'insatisfaction des résultats thérapeutiques de la prise en charge psychiatrique », signalée par 5 praticiens concernaient des enfants qui n'étaient pas suivis par des psychiatres dans 3 cas sur 5.

7- A QUEL MOMENT DE LA CONDUITE A TENIR DEVANT UN ENFANT HYPERACTIF SE DÉCIDE L'ORIENTATION VERS LA CONSULTATION CONJOINTE ?	Nombre de praticiens (sur 31)
D'emblée, c'est un premier temps nécessaire dans l'évaluation de la situation d'un enfant qui présente un comportement hyperactif	5
Dans un second temps, lorsque vous considérez que l'enfant rentre dans le cadre d'un trouble hyperactif individualisé et nécessitant une prise en charge spécifique	19
Dans un troisième temps lorsque vos premières propositions de prise en charge de ce trouble hyperactif n'ont pas montré d'efficacité suffisante	7
En dernier recours, lorsque vous n'avez plus de solution à proposer	0

Cette question permet de rendre compte du fait que pour la majorité des praticiens interrogés, la consultation conjointe est bien une consultation pour les enfants qui présentent un « trouble hyperactif individualisé » (19/31). Les professionnels pratiquent donc généralement une première évaluation de la situation de l'enfant et n'adressent leur patient à la consultation spécialisée que lorsqu'ils évoquent un « trouble hyperactif individualisé et nécessitant une prise en charge spécifique ». La nature de cette première évaluation n'est pas précisée.

A la question ouverte « quel type de prise en charge proposez-vous en premier lieu ? », 10 praticiens ont donné une réponse. Pour 7 d'entre eux, un suivi pédopsychiatrique est préconisé en première intention (consultations thérapeutiques individuelles ou thérapie de groupe et/ou entretiens familiaux) ; pour 3 de ces 10 praticiens, la rééducation psychomotrice est prioritaire ; 1 médecin évoque le traitement médicamenteux en premier lieu accompagné d'une thérapie comportementale ; 1 orthophoniste préconise la rééducation orthophonique.

Notons qu'aucun des 31 professionnels interrogés ne considère la consultation conjointe comme une consultation de « dernier recours », alors même qu'à la question 6, quatre professionnels avaient donné pour principale motivation de l'orientation vers la consultation conjointe la réponse « dernier recours dans un long parcours de soins insatisfaisants ».

8- LA CONSULTATION A-T-ELLE DONNÉ SATISFACTION ?	Oui	Non	Pas de réponse
Nombre de praticiens	23	2	6
Pourcentage	74%	6,5%	19,5%

Le bon degré de satisfaction procurée par la consultation conjointe apparaît nettement, témoignant de son utilité : 74% des professionnels interrogés considèrent avoir obtenu les réponses dont ils avaient besoin.

La possibilité de commenter leur réponse était donnée aux praticiens. Seuls 6 sur les 31 professionnels interrogés ont souhaité exprimer des remarques : 3 praticiens formulent leur satisfaction de cette consultation en insistant sur l'intérêt de l'association d'un « bilan neurologique » à une « réflexion psychodynamique » permettant si nécessaire une « prescription médicamenteuse bien cadrée » ; les 3 autres expriment quelques critiques : « trop d'attente et pas de réponse à la demande » (1), « peu de retour » (1), « diagnostic posé en 5 minutes... Est-ce suffisant ? » (1).

3 - Représentations liées aux concepts d'hyperactivité infantile et de Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (THADA)

La dernière série de questions concerne la manière dont les partenaires de santé se représentent les concepts d'hyperactivité pathologique et de THADA.

Question 9 – Le concept de THADA est-il pour vous un concept clair ou flou ?

Question 10 – Le concept de THADA est-il pour vous l'équivalent de celui désigné par la terminologie « hyperactivité pathologique » ?

Question 11 – Le Trouble Déficitaire de l'Attention (THADA) représente pour vous : (3 propositions : une entité pathologique individualisée et caractérisée ou un regroupement de symptômes aspécifiques ou vous ne savez pas).

La *question 12* s'intéresse à la façon dont les partenaires de santé conçoivent l'étiopathogénie de l'hyperactivité pathologique :

Question 12 – Pour vous, l'hyperactivité pathologique peut être : (3 propositions : l'expression d'un trouble neurophysiologique constitutionnel, primaire ; une des manifestations d'un quelconque trouble psychopathologique caractérisé ; vous ne savez pas).

Les *questions 13 et 14* portent sur l'intérêt que ce trouble suscite chez les professionnels et sur les moyens utilisés pour s'informer de cette pathologie :

Question 13 – Vous intéressez-vous à ce concept, à cette pathologie ?

Question 14 – Par quelle voie avez-vous obtenu des informations sur cette pathologie ?

9 et 10 - LE CONCEPT DE TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION (THADA)	Nombre de praticiens	
Est un concept :	clair	14
	flou	17
	Total	31
Est l'équivalent du celui désigné par la terminologie « hyperactivité pathologique » :	oui	16
	non	12
	pas de réponse	3
	Total	31

Une équivalence des concepts d'« hyperactivité pathologique » et de « THADA » est retrouvée chez 16 praticiens sur 31 (50%). Parmi les 14 praticiens pour lesquels la notion de THADA est claire, ces 2 concepts sont équivalents pour 5/14 et différents pour 7/14 (pas de réponse dans 2 questionnaires). Parmi les 17 pour lesquels la notion de THADA est floue, les 2 concepts sont équivalents pour 11/17 et différents pour 5/17 (pas de réponse pour 1 questionnaire).

Ce qui est remarquable dans ces résultats est principalement leur grande disparité. On voit d'ores et déjà apparaître une certaine confusion entre « hyperactivité » et THADA.

11- POUR LES PRATICIENS INTERROGÉS, LE THADA REPRESENTE : (réponse unique)	Nombre de praticiens
Une entité pathologique individualisée et caractérisée	14
Un regroupement de symptômes aspécifiques	13
Vous ne savez pas	4
Total	31

La disparité historique des conceptions et des représentations liées au THADA perdure sans aucun doute à l'heure actuelle. Les résultats ci-dessus pointent l'absence de consensus sur la définition du THADA et par extension sur la légitimité de l'individualisation d'une entité nosologique définie. Ainsi, la difficulté (évoquée plus haut en commentaire de la question 4-) des professionnels à interpréter d'un point de vue diagnostique le regroupement de symptômes évocateurs de THADA peut être mise en rapport avec la grande confusion qui continue à régner autour ce concept. Une consultation spécialisée prend ainsi tout son sens, afin de réduire l'imprécision et l'embarras qui dominant dès lors que l'on parle d'hyperactivité.

12- POUR LES PRATICIENS INTERROGÉS, L'HYPERACTIVITÉ PATHOLOGIQUE PEUT ETRE : (plusieurs réponses possibles)	Nombre de praticiens
L'expression d'un trouble neurophysiologique constitutionnel, primaire	15
Une des manifestations d'un quelconque trouble psychopathologique caractérisé	19
Les deux réponses précédentes	10
Vous ne savez pas	7

Au total, 15 praticiens considèrent que l'hyperactivité peut être l'expression d'un trouble constitutionnel d'origine neurologique, 19 qu'elle peut être une manifestation aspécifique d'un autre trouble psychopathologique. Parmi eux, 10 envisagent qu'elle peut rentrer dans l'une ou l'autre de ces catégories diagnostiques. Cette position est celle qui est adoptée à l'heure actuelle par la majorité des auteurs dans la littérature française.

Notons qu'environ 1 professionnel sur 4 (7/31) reconnaît ne pas savoir répondre à cette question qui est, rappelons-le, encore largement débattue.

13- CETTE PATHOLOGIE SUSCITE-T-ELLE L'INTERET DES PROFESSIONNELS ?	Oui	Non	Pas de réponse
Nombre de praticiens	28	2	1

L'immense majorité (90%) des professionnels interrogés (28/31) se dit concernée et intéressée par cette pathologie.

14- MOYENS UTILISÉS POUR S'INFORMER SUR CETTE PATHOLOGIE :	Nombre de praticiens
Principalement les médias, les ouvrages et revues grand public	7
Revue ou ouvrages médicaux spécialisés	18
Formation Médicale Continue sur ce thème	11
Formation organisée par un laboratoire pharmaceutique	1
Autres : congrès (2), formation (2), vie privée (1)	5

Sur les 31 professionnels interrogés, 24 d'entre eux se sont documentés dans des revues ou ouvrages médicaux spécialisés (18/31) et/ou en participant à une Formation Médicale Continue sur ce thème (11/31). On peut donc dire que la majorité des praticiens interrogés (24/31 soit 77%) fait des efforts de documentation sur cette pathologie. Pour autant, leur connaissance du problème soulevé par l'hyperactivité de l'enfant semble encore assez vague (« floue »).

La réponse « principalement les médias, les ouvrages et revues grand public » est cochée par 7 praticiens mais en réalité, seuls 3 d'entre eux n'ont pas complété ces informations « grand public » par des données apportées par la littérature et/ou une formation médicales.

IV - DISCUSSION

Au travers de cette étude descriptive, nous avons pu détailler les caractéristiques de 102 enfants adressés pour hyperactivité à la consultation conjointe neuropsychiatrique du CHU de Nantes sur une période de quatre ans. Cette consultation a été mise en place en 2001 et la période que nous étudions correspond aux premières années de cette consultation naissante.

A. Discussion sur les caractéristiques de la population étudiée

1 - Age et sexe

Les caractéristiques d'âge et de sexe de la population ciblée correspondent à ce qui est décrit dans la littérature au sujet du THADA : prédominance d'enfants d'âge compris entre 6 et 10 ans (55 % dans notre échantillon) scolarisés en primaire et surtout nette prépondérance de garçons (7,5 garçons pour 1 fille dans notre échantillon correspondant à une population clinique) [98].

Dans notre échantillon, ces caractéristiques s'appliquent à l'ensemble des enfants adressés pour hyperactivité, qu'elle soit d'origine constitutionnelle ou non.

2 - Antécédents

Historiquement, l'hyperactivité a longtemps été assimilée aux notions de « minimal brain damage » puis de « minimal brain dysfonction ». L'existence d'antécédents neuropathologiques traumatiques, infectieux ou encore liés à une souffrance péri ou néonatale rendait alors compte de la survenue ultérieure du syndrome hyperkinétique, considéré comme le témoin d'une lésion cérébrale. Ce lien de causalité directe est, comme nous l'avons vu, remis en cause dans l'acceptation actuelle d'une majorité des hyperactivités dites secondaires dont l'origine fréquemment psychoaffective est désormais admise. Aussi, si notre série retrouve un nombre très important d'enfants (50 %) qui ont présenté des antécédents médicochirurgicaux et/ou psychiatriques et/ou instrumentaux, nous n'en concluons pas pour autant à un lien linéaire avec la survenue de leur hyperactivité.

Il nous paraît de plus important de préciser quelques points.

Tout d'abord soulignons, au-delà des risques organiques propres à la maladie aiguë ou chronique du nouveau-né, la possibilité d'un impact fortement néfaste sur l'instauration précoce des liens parents-enfant en cas d'annonce d'une pathologie. L'intensité de l'anxiété parentale suscitée par la maladie voire le danger de mort (réel ou fantasmatique) de leur enfant est susceptible d'entraîner d'importantes modifications de leurs investissements et de forts réaménagements de la relation. L'hospitalisation néonatale du fait de complications engageant parfois le pronostic vital du bébé est en cela exemplaire. Aussi avons-nous choisi d'inclure dans le relevé des antécédents des enfants de notre

série toutes les situations susceptibles d'avoir provoqué une grande inquiétude parentale, y compris quand il s'agissait par exemple d'une suspicion de maladie grave qui n'a finalement pas été confirmée (fausse positivité au dépistage de la phénylcétonurie par exemple). Notons toutefois que ces situations sont rares et que la grande majorité des antécédents relevés s'inscrivent de façon réelle dans l'histoire médicale physique de l'enfant.

On peut aussi se questionner sur l'implication pour un jeune enfant d'avoir été désigné comme « malade » et sur les répercussions possibles d'un tel statut pour l'enfant. Ainsi, les deux parts psychiques et organiques de l'histoire médicale sont prises en considération car elles font toutes deux partie intégrante de l'histoire de l'enfant. La mise en évidence d'antécédents chez la moitié des enfants de notre échantillon prend alors toute son ampleur. Une comparaison avec d'autres études est difficile car peu de travaux détaillent avec précision les antécédents des populations observées.

Des troubles des apprentissages sont fréquemment associés aux symptômes d'hyperactivité et sont décrits dans les publications internationales comme une comorbidité répandue du THADA. Concernant les troubles du langage oral, une étude récente met en évidence un antécédent de retard du développement du langage chez 30 % des enfants présentant un THADA [156]. Dans notre échantillon d'enfants hyperactifs, le langage oral a tardé à se mettre en place convenablement chez 1 enfant sur 4 (25 %). Ces chiffres importants imposent une réflexion. Ils peuvent être interprétés comme une forte comorbidité. Si en revanche on se place dans une perspective de recherche du sens des symptômes, on peut formuler l'hypothèse d'un lien entre les troubles de l'expression orale et le développement d'une symptomatologie hyperactive agie : l'incapacité de pouvoir exprimer son vécu ou ses demandes par des mots pourrait favoriser pour l'enfant un mode de communication plus archaïque et moins mentalisé où dominant le recours à l'agir et l'exigence d'immédiateté.

Avec 8 enfants sur 102 qui ont dans leurs antécédents des pathologies auxquelles une dimension psychosomatique est reconnue, notre série est conforme à ce qui est reconnu dans la population générale pour ce type de maladies.

3 - Facteurs relationnels et environnementaux

On connaît l'importance des facteurs relationnels et environnementaux dans le développement psychoaffectif de l'enfant. Notre étude a mis en évidence l'existence d'une situation psychosociale ou environnementale difficile, comme stipulée dans l'axe IV du DSM-IV, chez près de 50 % des enfants de l'échantillon. Ceci témoigne d'une très bonne notification dans les dossiers des conditions et événements de vie de l'enfant et de sa famille, preuve du grand intérêt qui a été porté à ces précieuses informations. On peut penser que l'attention portée à ces éléments au cours de la consultation,

l'application mise à comprendre au mieux ce que vit et ressent l'enfant dans son milieu constituent parfois une nouvelle expérience pour lui, éventuellement thérapeutique par elle-même. Il ne se trouve plus seulement caractérisé par ses symptômes gênants, voire accusé de la souffrance de la famille, mais replacé dans toute l'histoire familiale interindividuelle et transgénérationnelle.

Ainsi par exemple, il peut être primordial pour l'enfant d'entendre poser la question de la persistance ou non des contacts avec ses deux parents lorsque ceux-ci sont séparés. Il découvre ainsi la reconnaissance de sa douleur face à cette séparation et la validation par le médecin que l'absence d'un parent est fortement perturbante. On peut aussi rappeler que l'absence de figure paternelle est susceptible d'altérer le développement psychoaffectif en termes de capacités identificatoires et de résolution du conflit oedipien. Il est donc impératif de déterminer si l'enfant voit encore régulièrement ses deux parents. Dans notre étude, nous n'avons pu trouver de réponse à cette question dans les dossiers de 5 enfants sur les 13 dont les parents sont séparés, ce qui bien entendu n'exclut pas la possibilité que cette question ait été abordée pendant l'entretien mais non mentionnée par écrit.

4 - Scolarité

Au niveau du déroulement de la scolarité, le risque d'échec scolaire est important chez les enfants hyperactifs ; il est estimé 2 à 3 fois supérieur en comparaison de ce même risque chez les enfants non hyperactifs [127 ; 151]. Une étude réalisée par l'équipe de Faraone chez des sujets hyperactifs montre que 34 % ont redoublé et que 20 % ont été placés dans des classes spécialisées [55]. Une autre étude confirme que la moitié des enfants hyperactifs qui suivent un cursus scolaire normal sont en échec scolaire ou ont redoublé au moins une classe à l'adolescence [11]. Avec 38 % de redoublements, notre série confirme le pourcentage de redoublements avancé dans l'étude de Faraone.

Plutôt que la notion d'échec scolaire, difficile à définir avec précision au vu des dossiers, nous avons choisi dans notre étude de relever la proportion d'enfants pour lesquels un retentissement sévère du symptôme sur la scolarité est précisé, qu'il s'agisse des difficultés dans les apprentissages scolaires ou des répercussions du comportement sur le bon déroulement de la classe. Eu égard à ce critère, notre série réaffirme le handicap scolaire très fréquent (76 % de la population scolarisée de notre étude) que provoquent les symptômes d'hyperactivité éventuellement associés à (et/ou engendrés par) des troubles spécifiques des apprentissages. L'interprétation de ce résultat très élevé doit néanmoins tenir compte du fait que, pour une large proportion d'enfants, c'est justement l'existence d'un retentissement scolaire qui entraîne la démarche de consultation, ce qui peut constituer un biais de recrutement.

Concernant le risque d'exclusion scolaire, notre analyse relève 7 % d'enfants pour lesquels un renvoi antérieur ou un risque d'exclusion de l'établissement est clairement stipulé dans les dossiers. Ce chiffre est inférieur à celui trouvé dans une étude citée par MC. Saiag qui montrait une exclusion scolaire chez 28 % des enfants hyperactifs contre 14 % chez les sujets contrôles [131]. Il est probable que le chiffre (7%) que nous proposons pour les 102 enfants de notre échantillon est sous-estimé du fait d'une absence de notification explicite dans les dossiers de cet aspect spécifique des répercussions des symptômes.

5 - Age de début des troubles

Dans l'évaluation de la suspicion de THADA, nous avons vu que l'âge de début des troubles est un facteur déterminant dans l'orientation diagnostique. L'hyperactivité au sens neurologique du terme, autrement dit le THADA d'origine constitutionnelle, est un trouble dont le début est classiquement précoce, dès les premiers mois ou les premières années de vie et dont les premiers signes sont repérables au moment de l'acquisition de la marche [125 ; 146]. Cet argument est important dans l'établissement des diagnostics différentiels, les hyperactivités secondaires pouvant apparaître, elles, de façon plus tardive en fonction des événements favorisants.

Les résultats concernant ce critère et trouvés dans notre série ne permettent pas de tirer de conclusions dans la mesure où l'âge de début des troubles reste inconnu dans plus de 35% des cas. Une suggestion d'ajout de ce critère dans le recueil des données apparaît nécessaire si l'on souhaite obtenir des conclusions plus fiables.

6 - Soins antérieurs

Une prise en charge précoce des symptômes d'hyperactivité est préconisée [124] afin d'éviter une dégradation irrémédiable des résultats scolaires et/ou une détérioration des relations intrafamiliales avec son cortège de contre-attitudes de plus en plus coercitives dont la survenue risque de pérenniser les troubles [58]. On peut donc s'étonner que, dans notre échantillon constitué d'enfants qui présentent pourtant le plus souvent une symptomatologie sévère avec répercussions sur les apprentissages scolaires, 29 enfants (dont 22 ont plus de 6 ans) n'aient encore jamais bénéficié d'une prise en charge de leurs difficultés, ni en rééducation, ni en psychothérapie.

Les résultats des questionnaires pointent que la majorité des praticiens n'adressent les jeunes patients à la consultation conjointe qu'en deuxième intention, après avoir réalisé eux-mêmes une première évaluation de la situation. La question de la place des bilans complémentaires (psychomoteur, orthophonique, neuropsychologique) dans cette évaluation initiale ne semble pas encore bien définie. L'analyse des dossiers montre que seul un petit nombre d'enfants a bénéficié d'un

bilan psychomoteur (17% de l'échantillon) ou d'un bilan neuropsychologique (17%) avant l'accès à la consultation du CHU. Des bilans orthophoniques ont été réalisés chez un plus grand nombre d'enfants (34% de l'échantillon). Le choix des bilans proposés semble relativement aléatoire et déterminé par les symptômes les plus bruyants. On peut concevoir que des médecins non spécialisés en pathologie de l'enfant puissent n'avoir qu'une connaissance partielle de ces bilans complémentaires. Aussi, une information sous forme de procédure décisionnelle pourrait peut-être leur être utile concernant la hiérarchisation de ces bilans et les critères cliniques justifiant leur prescription dans le cadre d'une « hyperactivité », avant même la question du diagnostic et du traitement. Ceci pourrait permettre de mettre en place d'emblée des prises en charge rééducatives adaptées aux difficultés repérées dans le bilan d'évaluation.

La psychomotricité occupe une place de choix dans le traitement de première intention de l'hyperactivité [96]. Dans notre échantillon, seuls 17 enfants, avant d'être orientés vers la consultation conjointe du CHU, ont fait l'objet d'un bilan psychomoteur et seulement 10 ont suivi une rééducation psychomotrice. Il semble que la possibilité d'un traitement par méthylphénidate soit mieux connue et vienne davantage à l'esprit des professionnels que la possibilité d'une rééducation psychomotrice. La littérature est pourtant unanime au sujet de l'impératif d'un traitement multifocal de l'hyperactivité. Peut-être ce phénomène tient-il au fait qu'il y a, concrètement, plus de facilité à mettre en place un traitement médicamenteux que des séances de psychomotricité, du fait des délais d'attente longs, dans le secteur public, pour débiter une rééducation psychomotrice ; lorsqu'elles sont effectuées en libéral, les séances sont payantes et non remboursées par la sécurité sociale, ce qui les rend plus difficilement utilisables.

On peut aussi se questionner sur le rôle de la communication effectuée auprès des médecins par les laboratoires pharmaceutiques. Sous-tendue par un objectif en premier lieu commercial, celle-ci privilégie la présentation des médicaments par rapport aux autres approches thérapeutiques. Ainsi, un enfant sur 4 ($n = 23$) a déjà reçu un traitement psychotrope et on s'aperçoit que toutes les classes thérapeutiques sont représentées : méthylphénidate, neuroleptiques, antidépresseurs, anxiolytiques/sédatifs, antiépileptique à visée thymorégulatrice.

La prise en charge psychiatrique et/ou psychothérapeutique est fortement indiquée dans le traitement des symptômes d'hyperactivité. Dans notre série, 60 % des enfants en ont déjà bénéficié dans leur passé et (seulement) 46 % en bénéficient encore au moment de la première consultation conjointe. On peut suspecter qu'un certain nombre de prises en charge n'ont donc pas conduit à une amélioration suffisante du symptôme puisqu'une démarche de soins complémentaires est entreprise. On peut faire plusieurs hypothèses concernant ce point.

Tout d'abord, il est possible que la prise en charge ait été jugée insuffisante si elle n'a pas conduit rapidement à la disparition tant espérée du symptôme visible. Or il est évident que le soin psychothérapeutique, dans la mesure où il se donne pour objectif non pas un apaisement superficiel du trouble mais des réaménagements profonds et durables de la personnalité, est un soin qui s'inscrit dans une certaine durée. On peut d'ailleurs ici se poser la question du succès du concept de THADA et de celui du traitement par méthylphénidate en termes de rapidité d'efficacité sur le symptôme, dans notre société où priment l'urgence du résultat, le rendement des individus et la recherche du moindre coût dans les budgets publics. Cette réflexion nous conduit à insister sur la nécessité d'un accompagnement de l'entourage familial dans la prise de conscience que les effets d'une thérapie ne sont pas immédiats, que les changements ne peuvent survenir de façon radicale et magique, faute de quoi la famille pourrait développer une impression d'inutilité du soin. Cet accompagnement doit néanmoins tenir compte de la pénibilité du symptôme, du fait que les parents sont souvent à bout quand ils en viennent à consulter. Le besoin d'urgence est donc compréhensible mais il importe de le temporer.

Par ailleurs, si l'on accepte de prendre en considération que le symptôme occupe une place significative dans l'économie psychique du sujet et qu'il procure un certain équilibre dans ses relations intersubjectives, on conçoit aisément que la thérapie puisse initialement être perçue comme dangereuse pour cet équilibre (aussi précaire soit-il) et qu'elle puisse de ce fait aiguiser au début sur les résistances du sujet (et/ou de l'entourage). Le risque qui en découle est l'abandon prématuré de la prise en charge, avant même qu'une réelle relation thérapeutique ait pu se mettre en place.

Pour autant, on peut faire remarquer qu'une approche psychothérapeutique exclusive ne peut être pleinement efficace si la cause de l'hyperactivité se situe dans un registre qui n'est pas seulement d'ordre psychopathologique. La thérapie ne saurait être une réponse à tous les désordres (neurologiques, éducatifs...) dès lors qu'ils se manifestent par des troubles comportementaux. Dans l'authentique THADA, le déficit attentionnel au sens neurologique (constitutionnel) du terme doit être corrigé en tant que tel, si besoin par un médicament permettant d'améliorer cette cognition. De même dans l'hyperactivité secondaire liée à une problématique familiale et/ou éducative, une prise en charge de la famille et/ou une guidance doivent nécessairement être associées à la psychothérapie de l'enfant ; si les modalités relationnelles et/ou éducatives déviantes persistent, comment espérer un apaisement des symptômes dont on sait qu'ils sont pour l'enfant une manière d'exprimer son mal-être ?

Toutes ces réflexions nous permettent de réaffirmer l'intérêt d'une prise en charge multimodale et globale, n'excluant aucune option thérapeutique, dès lors qu'une concertation entre les professionnels permet une mise en place argumentée et harmonieuse des différentes méthodes. Pour cette raison, il nous semble positif de constater qu'un nombre non négligeable d'enfants sont adressés à la consultation conjointe par des pédopsychiatres des CMP, pourtant d'obédience psychodynamique

et réputés opposés au concept d'hyperactivité-maladie, mais manifestement demandeurs d'une ouverture des discussions.

B. Analyse de la pratique de la consultation

1 - La demande

L'hyperactivité est un sujet très largement médiatisé (journaux, émissions télévisées) et la diffusion, via internet, d'informations adressées au grand public est parfois source d'inquiétude concernant les risques d'inflation des prescriptions de méthylphénidate. Le foisonnement de forums internet sur lesquels les parents peuvent éventuellement glorifier le médicament et s'échanger les adresses des prescripteurs habituels [119] est particulièrement redouté. Les informations délivrées sur ces sites internet, qu'elles soient incomplètes ou trop complètes, donnent parfois l'illusion aux parents que le diagnostic est évident à poser. Certains sites semblent même se donner pour vocation de permettre, via les parents, une information des médecins qui sont décrits comme incompetents dans le diagnostic et le traitement du THADA! Nous étions donc tentés d'apprécier dans quelle mesure les parents étaient par eux-mêmes demandeurs d'une prescription de Ritaline® pour leur enfant.

Notre analyse des demandes de consultations montre que le plus souvent, les parents venaient pour tenter de trouver une solution aux difficultés de leur enfant, sans idée préconçue en matière de traitement. Assez peu de parents prétendaient de façon explicite à une prescription de méthylphénidate (n = 8). Par ailleurs, l'analyse de l'origine de la demande de consultation révèle que les parents sont assez rarement à l'initiative de la consultation par eux-mêmes (n = 7). L'analyse des questionnaires confirme la rareté des consultations demandées sous la pression des parents (1/31).

Globalement, la demande de consultation émane le plus souvent d'un professionnel médical ou paramédical (n = 69). Il est intéressant de noter que 28 médecins spécialistes hospitaliers (pédiatres, neurologues, psychiatres), pourtant autorisés à délivrer eux-mêmes une prescription de méthylphénidate s'ils la jugent nécessaire, ont préféré adresser leurs jeunes patients hyperactifs à la consultation conjointe. Ceci démontre l'intérêt qu'ils ont vu, tout comme les médecins généralistes et les professionnels paramédicaux, à s'enquérir d'un avis supplémentaire. Cet intérêt peut se décliner de plusieurs manières : reconnaissance du bénéfice d'une consultation conjointe neuropédiatrique et pédopsychiatrique au vu de la complexité du trouble et de la confusion qui règne autour du concept d'hyperactivité, utilité d'une consultation « extérieure » pratiquée dans un autre lieu de soins que le centre de consultation habituel, intérêt d'une évaluation par des médecins du CHU « experts » de l'hyperactivité, et ce même en l'absence d'une réelle suspicion de THADA.

Au sujet de l'accès à la consultation conjointe, si un courrier d'un professionnel n'était pas un pré-requis formel, l'indication de la consultation était néanmoins généralement validée par un professionnel ayant fait une première estimation de la situation. Pour 25 patients, nous n'avons pas été en mesure de déterminer quel professionnel avait pris la décision de cette consultation, faute de courrier dans le dossier. Peut-être un contact téléphonique avec le secrétariat avait-il fait office de ratification de la demande. On peut aussi penser que le caractère récent de la consultation explique en partie le fait que quelques parents aient pris rendez-vous par eux-mêmes dans les premières années de la consultation, la formalisation des demandes ne s'étant mise en place que progressivement par la suite. La possibilité d'un accès direct à cette consultation aurait certainement été souhaitable, facilitant la rencontre des familles avec le neuropédiatre et le pédopsychiatre, mais est difficilement praticable du fait du nombre déjà très important de demandes qu'il s'agit de sélectionner.

En face de cette augmentation des demandes, un questionnement stratégique se pose concernant la place de la consultation conjointe. Soit il s'agit d'une consultation « tout venant », organisée pour répondre aux demandes de la population ; il est dans ce cas légitime qu'elle reste ouverte à tous mais l'augmentation de la file active risque d'être exponentielle et de déborder les capacités de réponses des médecins du CHU. Soit il s'agit d'une consultation « experte » adressée à une population ciblée qu'il s'agit de définir et pour laquelle une sélection s'impose. Il est probable que les praticiens du CHU de Nantes devront prendre position face à ce dilemme dans les années à venir. Dans certains des autres CHU que nous avons contactés, il est parfois requis, pour que l'enfant puisse accéder à la consultation spécialisée « hyperactivité », qu'il ait déjà eu auparavant un premier bilan pratiqué en ville.

Il faut ajouter un autre avantage au fait que les patients soient adressés par des professionnels de santé : il s'agit de réduire le « nomadisme médical » souvent rencontré dans ce type de troubles [57] par une concertation de qualité entre les différents médecins de l'enfant. Dans notre échantillon, seules 3 familles avaient fait l'expérience d'une grande dispersion d'avis que l'on peut caractériser d'errance médicale.

L'étude des motifs de consultations notifiés dans les dossiers nous permet de constater que les troubles du comportement arrivent en première ligne. Il s'agit de comportements moteurs d'instabilité/agitation/hyperactivité (89% des enfants) ou de comportements non spécifiques d'hyperactivité tels les conduites d'opposition/provocation/désobéissance/colères (62% des cas) voire d'agressivité (23%). Les troubles attentionnels ou de la concentration, qui constituent l'élément central du diagnostic de THADA [125] sont cités comme motif de consultation dans 61% des cas. La troisième catégorie de symptôme du noyau du THADA, l'impulsivité, n'est citée que dans 23% des cas. Il semble au total que les troubles du comportement en général, et pas seulement les symptômes spécifiquement évocateurs de THADA, sont le plus souvent considérés comme des motifs

d'orientation vers la consultation conjointe, principalement lorsqu'il existe des difficultés d'apprentissages scolaires associées (signalées comme motif de consultation dans 51% des cas). Les résultats des questionnaires vont également dans ce sens et montrent que pour une grande proportion des professionnels interrogés (15/31), la consultation conjointe s'adresse à des enfants qui présentent des « troubles du comportement ».

De fortes répercussions sur la qualité des relations familiales sont souvent décrites dans l'hyperactivité de l'enfant. Les parents sont généralement excédés, dépassés [57] parfois hostiles aux comportements de leur enfant. Dans notre série, un épuisement familial est souvent cité comme motif de la consultation (16%), démontrant l'importance à accorder à la dimension relationnelle de ce trouble. En dehors de cette notion d'épuisement, nous ne sommes pas parvenu à détecter dans les dossiers, de façon suffisamment documentée, des critères qui pourraient correspondre à une altération des interactions familiales et des capacités de contenance parentale (primitives ou réactionnelles au trouble de l'enfant). Il est évident que la notification d'éventuelles carences affective ou éducative est toujours délicate à effectuer dans un dossier mais ces éléments sont pourtant primordiaux à évaluer en pratique clinique. Certains auteurs parlent de « sentiment d'incompétence parentale » développé par les parents [132] et il s'agit là d'un critère dont l'inscription dans les dossiers pourrait être préconisée.

2 - L'évaluation diagnostique

La démarche diagnostique devant une hyperactivité de l'enfant requiert une bonne connaissance des méthodes d'évaluation.

Du point de vue clinique, les symptômes du THADA peuvent s'atténuer ou disparaître temporairement dans des situations nouvelles ou stressantes ou au contraire attrayantes. Il nous semble que cette caractéristique peut tout aussi bien s'appliquer aux autres causes d'hyperactivité et n'est pas spécifiques des symptômes du THADA. Fournieret évalue à seulement 20% le nombre d'enfants hyperactifs qui apparaissent comme tels lors de la première consultation [57]. Dans notre échantillon, 22 enfants ont effectivement présenté les symptômes qui les avaient conduits à la consultation, ce qui rejoint les chiffres avancés par Fournieret. Néanmoins dans notre série, ce chiffre n'est pas interprétable car, pour de nombreux enfants, aucune précision sur leur attitude n'est notée (n = 22). Ceci peut éventuellement être expliqué par le fait que la constatation effective des symptômes hyperactifs au cours de la consultation n'est finalement que de peu d'utilité dans la démarche diagnostique car elle a peu d'implications en termes de prédictibilité du THADA ou de discrimination entre THADA et autres causes.

L'examen neuropédiatrique vise à éliminer toute anomalie clinique majeure, certaines pathologies organiques pouvant s'exprimer par des symptômes évocateurs de THADA (affections cérébrales, génétiques, toxiques, endocriniennes). Dans notre échantillon, la grande majorité des enfants ne présentait aucune anomalie à l'examen clinique (76%). Rares étaient les situations dans lesquelles l'examen clinique a révélé des anomalies cliniques orientant vers un diagnostic neurologique (n = 1), une déficience sensorielle (n = 3), une possible affection génétique (n = 4). Néanmoins, l'élimination d'une étiologie organique sous-jacente doit toujours être une priorité et c'est dans ce sens que 16% des enfants ont bénéficié d'une prescription de bilans généraux à la recherche d'une pathologie cérébrale, d'une épilepsie, d'une anomalie chromosomique, d'une insuffisance endocrinienne ; par ailleurs, pour 5% des enfants, la recherche d'une déficience sensorielle a été préconisée. Ce chiffre nous amène à insister sur l'importance des dépistages systématiques de déficiences visuelles et/ou auditives à réaliser dans la petite enfance.

Dans le THADA, il n'est pas rare de constater des « signes neurologiques mineurs ». De nombreux auteurs appellent à la prudence quant à la signification à donner à ces signes. Leur mise en évidence ne saurait constituer une condition suffisante au diagnostic de THADA [57]. Dans notre série, de telles anomalies mineures de l'examen ont été constatées chez 13% des 102 enfants examinés et chez un tiers de ceux qui ont reçu un diagnostic de THADA (4/12).

La présence de tics chez les enfants présentant un THADA est évaluée dans les études de prévalence à 18% [98]. Dans notre série, des tics ont été repérés chez 4 enfants mais sans association avec les 12 cas de THADA. Cet échantillon d'enfants diagnostiqués THADA est trop limité pour permettre de conclure.

Du point de vue des moyens complémentaires d'évaluation, les échelles de Connors sont les plus fréquemment utilisées pour l'aide au diagnostic et la surveillance de l'évolution du THADA. Ces échelles ont été distribuées de façon ciblée, à l'issue de la consultation conjointe (1 cas sur 4), afin de quantifier les symptômes et d'objectiver leur constance aussi bien à la maison qu'à l'école, lorsque la première impression clinique était en faveur d'un possible THADA. Les résultats ont ensuite été analysés afin d'affiner les demandes de bilans complémentaires (prescription d'un bilan neuropsychologique lorsqu'il existait une prédominance de difficultés d'apprentissage), de donner des éléments d'orientation diagnostique (origine plutôt psychoaffective si une discordance entre le questionnaires des parents et le questionnaire de l'enseignant apparaissait), d'évaluer l'intensité du retentissement des symptômes sur les apprentissages scolaires et par là même de donner des arguments supplémentaires concernant l'indication d'une prescription médicamenteuse éventuelle. Ils ont également permis de mesurer l'efficacité du médicament lorsque celui-ci a été instauré. Il s'agit donc d'un outil utile à divers égards même si, de par le caractère subjectif des réponses fournies par les

parents et/ou enseignants, ils ne doivent pas déterminer à eux seuls le diagnostic et les propositions thérapeutiques.

Pour de nombreuses équipes, les tests de Conners doivent impérativement être confirmés par des tests neuropsychologiques objectifs qui constituent la clé du diagnostic de THADA [123 ; 125]. Cette position est réaffirmée par l'équipe de neuropédiatrie du CHU de Tours dans une étude récente non encore publiée à ce jour (P. Castelnaud, communication personnelle). De plus, ces bilans ont aussi l'intérêt de permettre une recherche attentive des troubles spécifiques des apprentissages, fréquemment associés au THADA voire masqués par les symptômes d'hyperactivité dont ils ont parfois favorisé l'émergence [151]. Le bilan du langage oral et écrit peut être réalisé par une orthophoniste. La recherche de difficultés cognitives plus spécifiques (quotient intellectuel, déficit visuo-attentionnel, performances logico-mathématiques, tests d'attention soutenue) relève d'un bilan neuropsychologique plus complet.

Au CHU de Nantes, des bilans psychométriques et/ou neuropsychologiques ont été demandés dans 13 cas ce qui, ajouté au nombre d'enfants qui en avaient déjà eu, porte le nombre total d'enfants qui auront finalement bénéficié d'un tel bilan à 31 sur 102. Il est possible que les prescriptions de tests neuropsychologiques aient été minimisées par les praticiens du fait des difficultés pratiques rencontrées localement pour parvenir à la réalisation concrète de ces épreuves très consommatrices de temps. L'insuffisance numérique de personnel qualifié au CHU (neuropsychologue ou psychologue formé à ce type de travail) est un des arguments avancés, de même que l'absence de remboursement par la sécurité sociale dans les cas où ils seraient pratiqués dans un autre lieu (cabinet privé).

3 - Les orientations diagnostiques

Parmi les multiples causes d'hyperactivité, le THADA c'est-à-dire l'hyperactivité idiopathique, représente pour certains auteurs 10% des enfants hyperactifs [32 ; 155]. Les 90 % restants sont constitués par les syndromes d'hyperactivité secondaire (ou associée) à un processus psychopathologique ou à un trouble neurodéveloppemental congénital ou acquis [155]. Les orientations diagnostiques proposées pour les 102 enfants de notre échantillon sont congruentes avec ces données puisque 12% des enfants examinés ont fait l'objet d'un diagnostic de THADA. On retrouve par ailleurs dans notre série les diverses causes de syndromes d'hyperactivité décrits dans la littérature : troubles psychiatriques et psychoaffectifs (59%), affections neurologiques et déficiences intellectuelles (9%), troubles spécifiques du développement des fonctions instrumentales (7%). Certains enfants n'ont pas reçu de diagnostic faute de données suffisantes (11%) et quelques-uns ont été considérés comme indemnes de tout trouble (3%).

4 - Orientations de la prise en charge

A l'heure actuelle, il existe un consensus sur la nécessité d'une approche multifocale et pluridisciplinaire dans le traitement de l'hyperactivité.

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) du traitement par méthylphénidate reste réservée aux formes sévères de THADA [86 ; 124] et la décision de son instauration s'intègre dans la globalité des stratégies thérapeutiques. Néanmoins l'expérience de nombreux auteurs montre que les indications peuvent dans certains cas déborder le cadre strict du THADA pur (association à un syndrome de l'X-Fragile, à une précocité intellectuelle ou à une pathologie limite par exemple) lorsque les symptômes d'hyperactivité sont très invalidants et que les autres approches thérapeutiques n'ont pas permis d'amélioration suffisante [32]. La prescription peut alors devenir légitime (mais pas forcément « légale » dans la mesure où il s'agit d'une prescription hors-AMM stricte) lorsque les répercussions du comportement de l'enfant sur son équilibre psychoaffectif et/ou son adaptation scolaire deviennent trop handicapantes [124]. Dans ces cas, elle doit bien entendu être extrêmement bien pesée, surveillée et associée à une prise en charge pluridimensionnelle. Dans notre échantillon, un traitement par méthylphénidate a été instauré chez 14 patients dont 7 présentaient un THADA sévère. Dans les 7 autres cas, le médicament a été donné à visée symptomatique dans le cadre d'une hyperactivité associée à d'autres pathologies, du fait de l'ampleur des troubles et de l'échec des thérapeutiques mises en place antérieurement.

La mise en place et la surveillance du traitement sont bien codifiées par des règles rigoureuses de prescription dont le respect est primordial. Conformément à ces règles, tous les enfants de notre échantillon qui ont bénéficié d'une prescription de méthylphénidate étaient âgés de plus de 6 ans ; l'instauration du médicament s'est faite progressivement et les posologies sont restées inférieures à 1 mg/kg/j ; la médication a été préconisée en 2 prises quotidiennes et exceptionnellement 3, tout en veillant à éviter une prise vespérale ; l'interruption du traitement les week-ends et pendant les vacances scolaires a été recommandée afin de permettre une réévaluation de son intérêt.

Par ailleurs, la prescription initiale doit être réalisée par un spécialiste hospitalier, de même que les éventuels renouvellements annuels. De ce fait, 12 enfants pour lesquels le méthylphénidate était déjà été instauré avant la consultation neuropsychiatrique ont pu bénéficier de l'évaluation conjointe des médecins du CHU. Cette évaluation conjointe a abouti dans 5 cas au renouvellement du traitement et dans 7 cas à la remise en adéquation de leur prescription avec les règles de bonne pratique (en termes d'indications et de posologies).

Les psychostimulants ont largement démontré leur efficacité à cours et moyen terme dans le THADA. Ils améliorent de façon significative les symptômes dans 70% des cas environ [29 ; 86]. Leur efficacité porte sur les symptômes essentiels du trouble (agitation, inattention, impulsivité) mais aussi sur le fonctionnement cognitif, social et familial. Notre analyse confirme ces chiffres avec une nette amélioration subjective des troubles, constatée par la famille et/ou l'enseignant, pour 65% (9/14) des enfants traités. Rappelons que 2 enfants qui ont bénéficié d'une prescription n'ont pas été revus par la suite, ce qui pose en premier lieu le problème de la surveillance de la tolérance. De nombreuses études soulignent la rareté des effets secondaires et l'excellente tolérance globale du méthylphénidate [29], ce qui n'exclut par l'impératif d'une surveillance attentive d'éventuels effets indésirables. Dans notre série, 4 cas d'effets secondaires bénins ont été relevés dont 1 lors du relais par Concerta® d'un traitement par Ritaline® qui avait été parfaitement toléré.

Le traitement médicamenteux n'a pas pour le moment fait la preuve de son efficacité sur le long terme et la durée idéale de traitement n'a pas fait l'objet d'études contrôlées [124]. Elle reste donc imprécise et aléatoire. Par anticipation du moment où le traitement symptomatique devra être interrompu, le méthylphénidate ne doit jamais être prescrit de manière isolée. Il doit être associé à d'autres modalités thérapeutiques adaptées à chaque cas : rééducations, psychothérapies individuelles, groupales ou familiales, mesures éducatives... Soulignons que parfois, l'apaisement symptomatique apporté par les effets du médicament, qu'ils soient pharmacologiques [124] et/ou relationnels (la reconnaissance par le médecin de l'intensité de la souffrance) [68], favorise le renforcement du lien thérapeutique et permet la mise en place d'un travail psychothérapique jusque là difficilement réalisable. Dans le tourbillon hyperactif, instituer une thérapie n'est en effet pas toujours chose aisée, aussi bien du fait des symptômes en eux-mêmes que du fait des éventuelles réactions contre-transférentielles qui traduisent le douloureux sentiment d'échec, d'impuissance et de découragement souvent trouvé chez le professionnel [42]. Ceci pointe encore une fois non seulement l'absence d'incompatibilité des différentes thérapeutiques, mais encore la possibilité d'une synergie.

A côté des psychothérapies qui demeurent le plus souvent indispensables dans les soins prodigués à l'enfant hyperactif, la place de la rééducation psychomotrice est tout à fait privilégiée. Pour beaucoup d'auteurs, elles sont à placer en toute première ligne dans l'arsenal thérapeutique [32 ; 48] et permettent parfois la résolution précoce du symptôme. Elles visent à modifier la fonction tonique, statique et dynamique, de façon que l'enfant organise mieux son comportement gestuel dans le temps et l'espace. A la consultation conjointe du CHU de Nantes, la proposition d'un abord du symptôme par la rééducation psychomotrice précède généralement l'indication d'un traitement médicamenteux. L'analyse des dossiers n'a pourtant mis en évidence que 12 enfants pour lesquels la préconisation d'une telle rééducation était explicitement mentionnée. En fait, ce chiffre est très probablement sous-estimé par le fait qu'un très grand nombre d'enfants ont été orientés vers les CMP

(54 enfants en tout), mais sans précision sur les modalités thérapeutiques recommandées en priorité (psychothérapie individuelle ou groupale, entretiens parents-enfant, rééducation psychomotrice). Ce choix incombe en effet davantage à l'équipe pluridisciplinaire du CMP après réalisation éventuelle des bilans.

V - CONCLUSIONS SUR L'ANALYSE DE LA CONSULTATION

Nos résultats mettent en évidence la profondeur du désarroi et de la détresse dans lesquels se trouvent ces enfants ainsi que leur entourage. Le fonctionnement familial et scolaire est souvent gravement perturbé, révélant l'intensité et la fixité des difficultés. L'hyperactivité, quelle que soit son origine, est un trouble grave et invalidant.

Au sujet de notre analyse des dossiers médicaux, nous pouvons d'emblée souligner que ceux-ci étaient très bien renseignés concernant tous les antécédents ou les événements de vie susceptibles d'avoir un impact sur le psychisme de l'enfant, témoignant du très grand intérêt qui a été accordé pendant l'évaluation à ces informations primordiales. On s'aperçoit que la présence de deux médecins de références théoriques distinctes a permis l'abord de tous les éléments mis en évidence selon une double lecture à la fois médicale classique et psychodynamique, permettant d'approfondir la problématique mise en avant et de créer du lien entre ce que l'enfant vit dans son corps et dans son psychisme.

Les résultats des questionnaires révèlent la persistance d'une certaine confusion autour des concepts de THADA et d'hyperactivité parmi les professionnels interrogés, ainsi qu'une tendance à amalgamer hyperactivité, quelle que soit son origine, et troubles du comportement de tout ordre. Le flou ainsi généré (au moins en partie par les querelles d'écoles et les clivages qu'elles instaurent) ne peut qu'entraver la capacité du praticien à réaliser son évaluation diagnostique et à proposer des prises en charge adaptées, le laissant bien démuni face à des situations graves qu'il ne sait ou ne peut gérer de manière satisfaisante.

C'est pourquoi la consultation a été jugée bénéfique par une grande majorité des praticiens interrogés, quelle que soit leur formation. Ces praticiens ont confirmé l'intérêt d'une telle consultation, en témoignant de l'utilité d'une évaluation « experte » considérée comme une référence. Les bénéfices apportés par le caractère conjoint de cette consultation ont été soulignés : permettre une évaluation simultanée, par des spécialistes d'approches différentes, d'un trouble complexe dans lequel l'intrication des facteurs neurologiques et psychodynamiques est probable.

Actuellement, il s'agit d'une consultation qui reste véritablement originale si l'on en croit les pratiques repérées dans les 15 CHU que nous avons contactés par téléphone : seul un autre CHU propose une consultation conjointe aux enfants hyperactifs. Elle est effectuée au CHRU de Lille par les professeurs L.Vallée, neuropédiatre et P.Delion, pédopsychiatre.

Des questions subsistent quant à l'avenir. La place de la consultation conjointe, pour laquelle les délais d'attente atteignent actuellement 3 mois, devra-t-elle être modifiée du fait de l'augmentation des demandes ? Faudra-t-il la cibler davantage en ne recevant plus que les enfants ayant déjà eu un bilan neuropsychologique de « débrouillage » ? Par qui et où faire pratiquer ces bilans dont la réalisation est particulièrement longue et délicate ? Faudra-t-il augmenter la fréquence de déroulement de la consultation conjointe (qui ne se déroule qu'une demi-journée par mois) ? Ou bien, faudra-t-il, en plus de la consultation conjointe consacrée à l'hyperactivité, envisager la création d'une autre consultation conjointe consacrée plus largement aux « troubles du comportement » ? Ces questions restent ouvertes.

CONCLUSION

L'hyperactivité infantile soulève de façon emblématique les problèmes épistémologiques et les paradoxes auxquels est confrontée la psychiatrie contemporaine et que la récente publication du très contesté rapport INSERM sur le trouble des conduites suscite de façon exemplaire.

Elle pose le problème des limites de l'application du modèle médical traditionnel dans le champ de la psychopathologie. Autrement dit, elle nous oblige à nous rappeler que les exigences d'une scientificité rigoureuse pour l'exercice de la médecine ne doivent pas annihiler les dimensions subjectives et intersubjectives qui caractérisent l'humain. Il nous semble que c'est pour ces raisons qu'elle suscite des réactions aussi vives et des débats aussi passionnés autour de conceptualisations qui se sont longtemps opposées.

A l'heure actuelle, de nombreux médecins prennent conscience de la nécessité d'une approche intégrative des différents modèles de compréhension de l'hyperactivité. La nécessité d'une évaluation pluridisciplinaire et d'une prise en charge multifocale des symptômes est préconisée par tous les auteurs, quelle que soit leur référence théorique. La complémentarité des approches est désormais reconnue, témoignant de l'acceptation que seule la diversité des niveaux de lecture peut permettre la compréhension de la complexité qui caractérise un individu dans toute sa singularité.

Tout au long de notre travail, nous avons cherché à présenter les diverses pistes de réflexion sur l'hyperactivité, en exposant d'abord le premier niveau de lecture, scientifique, basé sur les données de la littérature relative au THADA (Trouble Hyperactivité avec Déficit de l'Attention) puis en proposant un autre niveau de lecture qui prend en compte la subjectivité et l'histoire relationnelle de l'enfant.

De fait, le terme « hyperactivité » (qui désigne le tableau clinique associant une hyperactivité motrice à des difficultés attentionnelles et à une impulsivité) regroupe un panel très hétérogène de situations qu'il s'agit de distinguer afin de proposer des prises en charge adaptées : THADA, hyperactivités d'origine psychoaffective, hyperactivités secondaires à un problème neurologique... Dans la littérature scientifique française actuelle (principalement neuropédiatrique), le fameux THADA ou « hyperactivité constitutionnelle » ne représente qu'une petite proportion des tableaux d'hyperactivité, la plus grande proportion étant constituée de troubles d'origine psychoaffective.

Dans la pratique, cette distinction reste éminemment difficile à réaliser, en particulier du fait de la très grande fréquence de l'association chez un même enfant (certains nommeront cette association « comorbidité ») des déficits neurocognitifs à des difficultés d'ordre psychoaffectif. Une fois encore, seule une prise en compte constructive des divers aspects de la problématique de l'enfant pourra

permettre de mesurer la part de chacun des facteurs étiopathogéniques incriminés et de proposer les thérapeutiques corrélatives.

L'originalité et l'intérêt de la consultation conjointe neuropsychiatrique du CHU de Nantes ont été montrés à travers l'analyse des dossiers et l'enquête par questionnaires que nous avons réalisées.

Eu égard à la complexité de l'hyperactivité infantile, le caractère conjoint de cette consultation nous semble être une réelle avancée et constituer un modèle dans l'évaluation des enfants hyperactifs. Il permet d'éviter les deux pièges dans lesquels un médecin seul, selon la référence théorique à laquelle il se réfère, risque de tomber : d'un côté faire le diagnostic de THADA par excès risquant de conduire à des prescriptions médicamenteuses injustifiées ; de l'autre négliger et exclure systématiquement toute aide médicamenteuse dont certains enfants peuvent pourtant réellement bénéficier. Une éthique commune permet un travail conjoint dont l'objectif reste le soulagement d'un jeune patient en souffrance.

La question du dépistage précoce des troubles du comportement de l'enfant est actuellement en plein cœur de l'actualité en rapport avec le projet gouvernemental de plan de prévention de la délinquance. Les conclusions de l'expertise menée par l'INSERM (Septembre 2005) préconisent une détection et une prise en charge précoce des troubles du comportement de l'enfant (THADA inclus) afin de prévenir le risque d'évolution vers un trouble de la personnalité de type antisocial à l'âge adulte et les conduites délinquantes qui pourraient y être associées. Pour contestables que soient certains aspects de ce rapport, la question de la prise en charge précoce des enfants présentant des troubles du comportement apparaît primordiale, dans une perspective de compréhension du sens des symptômes, le plus souvent signes d'une détresse psychique. Cette question du dépistage pose avant tout la question des moyens attribués par les pouvoirs publics pour pouvoir effectivement développer les mesures nécessaires en termes de santé publique ; n'oublions pas qu'à l'heure actuelle, il existe déjà de réelles difficultés concrètes à pouvoir mettre en place les stratégies diagnostiques et thérapeutiques jugées nécessaires.

Rappelons pour terminer que la recherche est en constante évolution dans le domaine de l'hyperactivité de l'enfant. Il est probable qu'à l'avenir de nouvelles découvertes scientifiques viendront une nouvelle fois remettre en cause la perception de ce trouble, la compréhension de ses mécanismes ainsi que les recommandations thérapeutiques. La notion actuelle de THADA est à concevoir comme un concept transitoire. Ceci doit tout naturellement nous inviter à la plus grande modestie et à la plus grande prudence quant à nos pratiques.

ANNEXES

ANNEXE 1

Trouble : déficit de l'attention / hyperactivité (DSM-IV, APA, 1994)

A. Présence soit de (1), soit de (2) :

- (1) six des symptômes suivants d'**inattention** (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Inattention :

- (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 (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à 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 à ses activités (p. ex. 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) six des symptômes suivants d'**hyperactivité-impulsivité** (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité

- (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 est supposé rester assis
- (c) souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents et 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) est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts »
- (f) parle beaucoup trop

Impulsivité

- (g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- (h) a souvent du mal à attendre son tour
- (i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

- B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.
- C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types d'environnements différents (p. ex. à l'école- ou au travail- et à la maison)
- D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel
- E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex. Trouble thymique, Trouble anxieux, Trouble dissociatif ou Trouble de la personnalité)

Code selon le type :

F 90.0 : Déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte : si à la fois les Critères A1 et A2 sont remplis pour les 6 derniers mois

F 90.0 : Déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominant : si, pour les 6 derniers mois, le Critère A1 est rempli mais pas le Critère A2

F 90.0 : Déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité-impulsivité prédominant : si, pour les 6 derniers mois, le Critère A2 est rempli, mais pas le Critère A1.

F-90. Troubles hyperkinétiques (CIM-10, OMS, 1993)

G1. Inattention. Au moins 6 des symptômes suivants ont persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

- (a) Ne parvient souvent pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'inattention dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités ;
- (b) Ne parvient souvent pas à soutenir son attention dans des tâches ou des activités de jeu ;
- (c) Ne parvient souvent pas à écouter ce qu'on lui dit ;
- (d) Ne parvient souvent pas à se conformer aux directives venant d'autrui ou à finir ses devoirs, son travail, ou à se conformer à des obligations sur le lieu de travail (non dû à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension des instructions) ;
- (e) A souvent du mal à organiser des tâches ou des activités ;
- (f) Evite souvent ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu telles que les devoirs à la maison ;
- (g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à certaines activités à l'école ou à la maison ;
- (h) Est souvent facilement distrait par des stimuli externes ;
- (i) A des oublis fréquents au cours des activités quotidiennes.

G2. Hyperactivité. Au moins 3 des symptômes suivants ont persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

- (1) Agite souvent ses mains ou ses pieds ou se tortille sur sa chaise ;
- (2) Se lève en classe ou dans d'autres situations alors qu'il devrait rester assis ;
- (3) Court partout ou grimpe souvent de façon excessive dans des situations inappropriées ;
- (4) Est souvent exagérément bruyant dans les jeux ou a du mal à participer en silence à des activités de loisirs ;
- (5) Fait preuve d'une activité motrice excessive non influencée par le contexte social ou les consignes.

G3. Impulsivité. Au moins 1 des symptômes suivants ont persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

- (1) Se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminé de les poser ;
- (2) Ne parvient souvent pas à rester dans la queue ou à attendre son tour dans les jeux ou dans d'autres situations de groupe ;
- (3) Interrompt souvent autrui ou impose sa présence (par exemple fait irruption dans les conversations ou dans les jeux des autres)
- (4) Parle souvent trop sans tenir compte des règles sociales.

G4. Le trouble survient avant 7 ans.

G5. Caractère envahissant du trouble. Les critères doivent être remplis dans plus d'une situation, à la maison, à l'école, et dans une autre situation où l'enfant fait l'objet d'une observation (les informations doivent provenir de plusieurs sources pour mettre en évidence la présence de critères dans des situations différentes).

G6. Les symptômes cités en G1-G3 sont à l'origine d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel, cliniquement significative.

G7. Ne répond pas aux critères du trouble envahissant du développement, d'un épisode maniaque, d'un épisode dépressif, ou d'un trouble anxieux.

F 90.0 : Trouble de l'activité et de l'attention

F 90.1 : Trouble de l'hyperactivité et trouble des conduites

F 90.8 : Autres troubles hyperkinétiques

F 90.9: Trouble hyperkinétique, non spécifique

7.00. Hyperkinésie avec troubles de l'attention (CFTMEA R-2000)

Sont classés ici les troubles décrits en France par l'expression « instabilité psychomotrice ».

Du point de vue symptomatique, cet ensemble est caractérisé par :

- sur le versant psychique : des difficultés à fixer l'attention, un manque de constance dans les activités qui exigent une participation cognitive, une tendance à une activité désordonnée, incoordonnée et excessive, et un certain degré d'impulsivité ;
- sur le plan moteur : une hyperactivité ou une agitation incessante.

Les relations de ces enfants avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue.

Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi.

Ces troubles, en décalage net par rapport à l'âge et au niveau de développement mental de l'enfant, sont plus importants dans les situations nécessitant de l'application, en classe par exemple. Ils peuvent disparaître transitoirement dans certaines situations, par exemple, en relation duelle ou dans une situation nouvelle.

Inclure :

- déficit de l'attention avec hyperactivité ;
- hyperactivité avec troubles de l'attention.

Exclure :

- les troubles de l'attention sans hyperactivité motrice proprement dite ;
- l'activité excessive adaptée à l'âge (chez les petits enfants notamment)
- les manifestations à type d'excitation maniaque ;
- réaction hyperkinétique de durée limitée.

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRE DE CONNERS

POUR LES PARENTS

(48 items)

NOM et PRENOM

Questionnaire rempli par :

Date de Naissance

Lien de parenté avec l'enfant :

Date du jour

Période d'observation pour remplir le questionnaire :

Vous trouverez ci dessous des indications décrivant des comportements d'enfants ou les problèmes qu'ils ont parfois. Lisez chaque indication attentivement et indiquez si votre enfant a souffert de ce problème pendant la période indiquée ci-dessus : PAS DU TOUT, UN PETIT PEU, BEAUCOUP, ENORMEMENT

	PAS DU TOUT	UN PETIT PEU	BEAUCOUP	ENORMEMENT
1. Tripote ou ronge certaines choses (ongles, doigts, cheveux, vêtements)				
2. Insolent avec les grandes personnes				
3. A du mal à se faire des amis et à les garder				
4. Excitable, impulsif				
5. Veut tout commander				
6. Suce ou mâchonne (pouce, vêtement, couvertures)				
7. Pleure facilement ou souvent				
8. Se sent attaqué, est sur la défensive				
9. Révasse				
10. A des difficultés d'apprentissage				
11. Se tortille, ne tient pas en place				
12. A peur (de nouvelles situations, endroits et personnes nouvelles, d'aller à l'école)				
13. Agité, a toujours besoin de faire quelque chose				
14. Destructeur				
15. Ment ou raconte des histoires qui ne sont pas vraies				
16. Timide				
17. S'attire plus d'ennui(se fait plus attraper que les autres enfants de son âge)				
18. Ne parle pas comme les autres enfants de son âge (parle comme un bébé, bégaye, est difficile à comprendre)				
19. Nie ses erreurs ou accuse les autres				
20. Querelleur				
21. Fait la moue et boude				
22. Prend des choses qui ne lui appartiennent pas				
23. Est désobéissant ou obéit à contrecœur				
24. S'inquiète plus que les autres (de la maladie, de la mort, la solitude)				
25. Ne termine pas ce qu'il(elle) a commencé				

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRE DE CONNERS

26. Se sent facilement froissé				
27. Brutalise ou intimide ses camarades				
28. Ne peut pas s'arrêter lors d'une activité répétitive				
29. Cruel				
30. Comportement bébé ou immature (demande qu'on l'aide pour quelque chose qu'il peut faire seul, est collant) a constamment besoin d'être rassuré				
31. Problème de fixation de l'attention ou distractibilité				
32. Maux de tête				
33. Changements d'humeur rapides et marqués				
34. N'obéit pas ou n'aime pas obéir aux règles ou interdits				
35. Se bagarre constamment				
36. Ne s'entend pas avec ses frères et soeurs				
37. Se décourage facilement lorsqu'un effort est nécessaire				
38. Dérange les autres enfants				
39. Enfant foncièrement malheureux				
40. Problèmes d'alimentation (mauvais appétit, se lève après chaque bouchée)				
41. Maux d'estomac				
42. Problèmes de sommeil (ne peut s'endormir, se réveille trop tôt, se réveille pendant la nuit)				
43. Autres plaintes physiques et douleurs				
44. Vomissements, nausées				
45. Se sent lésé à la maison				
46. Se vante, fanfaronne				
47. Se laisse écraser, manipuler par les autres				
48. Problème d'évacuation intestinale (selles molles, va à la selle irrégulièrement, constipation)				

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRE DE CONNERS

POUR LES ENSEIGNANTS

(28 items)

NOM et PRENOM

Questionnaire rempli par :

Date de Naissance

Nom et adresse de l'établissement :

Date du jour

Période d'observation pour remplir le questionnaire :

Vous trouverez ci dessous une liste décrivant des comportements. Placez une croix dans la colonne qui décrit le mieux cet enfant. REPONDEZ A TOUTES LES QUESTIONS

	PAS DU TOUT	UN PETIT PEU	BEAUCOUP	ENORMEMENT
1. Agité, se tortille sur sa chaise				
2. Fait des bruits incongrus quand il ne faut pas				
3. On doit répondre immédiatement à sa demande				
4. Fait le malin				
5. Crises de colère et conduites imprévisibles				
6. Trop sensible à la critique				
7. Distract ou attention fluctuante				
8. Perturbe les autres enfants				
9. Rêveur				
10. Fait la moue et boude				
11. Humeur changeant rapidement et de façon marquée				
12. Bagarreur				
13. Attitude soumise face à l'autorité				
14. Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche				
15. S'excite facilement, impulsif				
16. demande un attention excessive de l'enseignant				
17. Semble mal accepté par le groupe				
18. se laisse mener par les autres enfants				
19. est mauvais joueur				
20. semble manquer de capacité à entraîner ou mener les autres				
21. Difficultés à terminer ce qu'il commence				
22. Puérile et immature				
23. Nie ses erreurs ou accuse les autres				
24. A des difficultés à s'entendre avec les autres enfants				
25. Peu coopérant avec ses camarades				
26. S'énervé facilement quand il doit faire un effort				
27. Peu coopérant avec l'enseignant				
28. Difficultés d'apprentissage				

Le questionnaire

Chers collègues,

Dans le cadre de mon travail de thèse (DES psychiatrie) sur l'hyperactivité de l'enfant et sur la consultation spécialisée neuropsychiatrique entre 2001 et 2005 (Dr S. N'Guyen et Pr M. Amar) de l'Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes, j'ai choisi d'analyser plus particulièrement le recrutement de cette consultation, sur ce qui se passe en amont, et qui amène les partenaires de santé, comme cela a été votre cas, à adresser des enfants à cette consultation. Et aussi bien sûr, sur la satisfaction qu'elle a donnée ou non aux attentes de chacun.

Pour cette enquête, et sachant pertinemment que chacune de vos minutes est précieuse, j'ai tenté de fabriquer un questionnaire simple et bref, afin que vous puissiez, si vous l'acceptez, répondre tout de suite, de façon concise et rapide.

Afin que je puisse faire l'analyse des résultats, je vous demande de me retourner ce document avant le vendredi 31 mars 2006.

Avant que vous ne découvriez la teneur de cette enquête, je tiens à vous remercier sincèrement de votre amicale collaboration.

Fanny TORCHUT.

VOTRE CATÉGORIE PROFESSIONNELLE :

- Médecin généraliste, scolaire, PMI
- Médecin spécialiste d'une discipline médicale (pédiatre, neurologue, généticien, néonatalogue)
- Psychiatre
- Paramédicaux (Psychologue, Psychomotricienne, Orthophoniste)

LA CONSULTATION NEUROPSYCHIATRIQUE DU CHU

Quelles informations aviez-vous au sujet de cette consultation lorsque vous y avez adressé votre (vos) jeune(s) patient(s) ?

- Aucune
- Vous connaissiez un des médecins qui la pratiquent
- Un collègue vous a parlé de son expérience avec cette consultation
- Les parents en avaient entendu parler (par d'autres parents, ou des associations)
- Autre [*Précisez*] :

Selon vous, quel(s) praticien(s) votre patient allait-il y rencontrer ? [*1 seule réponse*]

- Un neuropsychiatre
- Un neuropédiatre et un pédopsychiatre
- Un neuropsychologue
- Un neuropédiatre et un psychologue

D'après vos informations, à qui s'adresse-t-elle ? [*plusieurs réponses possibles*]

- A tous les enfants qui présentent une « hyperactivité » comportementale.
- A des enfants pour lesquels est suspecté un diagnostic de Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité.
- A des enfants qui présentent des troubles du comportement.
- Autres [*Précisez*] :
- Vous ne savez pas.

ANNEXE 5

Quels symptômes principaux vous ont conduit à adresser votre (vos) jeune(s) patient(s) à cette consultation spécialisée [3 réponses possibles]

- Agitation motrice, instabilité motrice, hyperactivité motrice ou impulsivité
- Trouble de l'attention ou de la concentration
- Désobéissance, opposition, provocations, colères, ou intolérance à la frustration
- Agressivité
- Retard d'acquisitions (langage, lecture), échec scolaire
- Risque d'exclusion scolaire
- Epuisement familial

L'enfant bénéficiait-il déjà d'une prise en charge par un médecin psychiatre ?

- Oui Non

Si oui, aviez-vous discuté avec le psychiatre de votre suspicion diagnostique et de l'indication de cette consultation neuropsychiatrique ?

- Oui Non Sans objet (vous êtes vous-même psychiatre)

Si oui, avait-il été favorable à cette consultation ? Oui Non

Quelles étaient vos principales motivations et attentes de cette consultation? [plusieurs réponses possibles]

- Avoir un avis neurologique
- Avoir un avis psychiatrique
- Avoir un diagnostic
- Avoir un avis dispensé par des médecins « experts » de l'hyperactivité
- Dernier recours dans un long parcours de soins insatisfaisant
- Obtenir une prescription de Méthylphénidate qui vous paraissait nécessaire
- Obtenir une prescription de Méthylphénidate réclamée par les parents de l'enfant
- Insatisfaction des résultats thérapeutiques de la prise en charge psychiatrique, si elle existait
- Faciliter la mise en place d'une prise en charge psychiatrique
- Obtempérer à la pression exercée par l'établissement scolaire
- Autre [Précisez] :

Dans votre conduite à tenir devant un enfant hyperactif, à quel moment décidez-vous d'adresser un patient à la consultation conjointe neuropsychiatrique :

- D'emblée, c'est un premier temps nécessaire dans l'évaluation de la situation d'un enfant qui présente un comportement hyperactif.
- Dans un second temps, lorsque vous considérez que l'enfant rentre dans le cadre d'un trouble hyperactif individualisé et nécessitant une prise en charge spécifique.
- Dans un troisième temps lorsque vos premières propositions de prise en charge de ce trouble hyperactif n'ont pas montré d'efficacité suffisante.

Dans ce cas, précisez quel type de prise en charge vous proposez en premier lieu : ...
.....
.....
.....

- En dernier recours lorsque vous n'avez plus de solution à proposer à l'enfant et à sa famille.

ANNEXE 5

Cette consultation vous a-t-elle fourni les réponses que vous attendiez ? Oui Non

Vos commentaires :

.....
.....
.....

LE CONCEPT DE TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ (TDAH) :

Est-ce pour vous un concept : clair ou flou

Ce concept est-il pour vous l'équivalent de celui désigné par la terminologie « hyperactivité pathologique ».

Oui Non

Le Trouble Déficitaire de l'Attention (TDAH) représente pour vous : *[1 seule réponse]*

- Une entité pathologique individualisée et caractérisée.
- Un regroupement de symptômes aspécifiques.
- Vous ne savez pas.

Pour vous, l'hyperactivité pathologique peut être : *[plusieurs réponses possibles]*

- L'expression d'un trouble neurophysiologique constitutionnel, primaire.
- Une des manifestations d'un quelconque trouble psychopathologique caractérisé.
- Vous ne savez pas.

Vous intéressez-vous à ce concept, à cette pathologie ?

- Oui, je me suis (éventuellement) documenté sur le sujet
- Non, c'est davantage une affaire de spécialiste.

Dans ce cas, quel spécialiste ?

Par quelle voie avez-vous obtenu des informations sur cette pathologie ?

- Principalement les médias, les ouvrages et revues grand public
- Revues ou ouvrages médicaux spécialisés
- Formation Médicale Continue sur ce thème
- Formation organisée par un laboratoire pharmaceutique
- Autre *[précisez] :*

Merci encore de votre participation.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. ABRAMSON J., L'enfant et l'adolescent instables. Paris : Alcan, 1940.
- [2]. ACHENBACH T.M., The child behavior profile in boys age 6-11. *J Consult Clin Psychol*, 1978; 46: 478-488.
- [3]. AJURIAGUERRA J., Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris : Masson, 1973 ; 279-280.
- [4]. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Mini DSM-IV. Critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Traduction française par J.D. GUELFY et al., Paris : Masson, 1996 ; 384 pages.
- [5]. ANDERSON J.C., WILLIAMS S., MC GEE R., SILVA P.A., DSM III disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiatry*, 1987; 44: 69-76.
- [6]. APPLGATE B., LAHEY B.B., HART E.L., et al., Validity of the age-of-onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder: a report from the DSM-IV field trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 36: 1211-1221.
- [7]. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant (A.N.A.E.)*, L'hyperactivité : de l'enfance à l'âge adulte. 2004 Sept ; numéro hors-série.
- [8]. BARKLEY R.A., Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull.*, 1997; 121: 65-94.
- [9]. BARKLEY R.A., BIEDERMAN J., Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 36: 1204-1210.
- [10]. BARKLEY R.A., CUNNINGHAM C.E., The effects of methylphenidate on the mother-child interactions of hyperactive children. *Arch Gen Psychiatry*, 1979; 36: 201-208.
- [11]. BARKLEY R.A., FISCHER M., EDELBROCK C.S., SMALLISH L., The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1990; 29 (4): 546-57.
- [12]. BAUERMEISTER J.J, ALEGRIA M., BIRD H.R., RUBIO-STIPEC M., CANINO G., Are attentional-hyperactivity deficits unidimensional or multidimensional syndromes? Empirical findings from a community survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1992; 31 (3): 423-31.
- [13]. BAUMGAERTEL A., WOLRAICH M.L., DIETRICH M., Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a german elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995; 34: 629-638.
- [14]. BEGOIN J., GUIGNARD-BEGOIN F., Psychoses et névroses de l'enfant dans l'œuvre de Mélanie Klein. In : LEOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, 1995 ; II, 973-993.
- [15]. BELLION M., ABECASSIS J., Psychodynamique familiale et hyperkinésie infantile. Une question interdisciplinaire. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 1998 ; 46 (9) : 447-458.
- [16]. BERGER M., L'enfant instable. Paris : Dunod, 1999.
- [17]. BERGES J., Les instabilités, In : LEOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, 1985; 366-368.
- [18]. BERGES J., Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. In : LEOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, 1995 ; II, 1571-1590.

- [19]. BHATIA M.S., NIGAM V.R., BOHRA N., MALIK S.C., Attention deficit disorder with hyperactivity among paediatric outpatients. *J Child Psychol Psychiatry*, 1991; 32: 297-306.
- [20]. BICK E., L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces, 1968 In : Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick. Larmor-Plage : éditions du hublot, 1998 : 135-139.
- [21]. BIEDERMAN J., FARAONE S., MILBERGER S., CURTIS S., CHEN L., MARRS A., Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996; 35: 343-351.
- [22]. BIEDERMAN J., MICK E., FARAONE S.V., Depression in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children: "true" depression or demoralization? *J Affect Disord*, 1998; 47 (1-3): 113-122.
- [23]. BIEDERMAN J., MILBERGER S., FARAONE S., KIELY K., GUILTE J., et al., Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1995; 52: 464-470.
- [24]. BIEDERMAN J., NEWCORN J.H., SPRICH S.S., Comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *Am J Psychiatry*, 1991; 148: 564-577.
- [25]. BIRD H.R., GOULD M.S., YAGER T., STAGHEZZA B., CANINO G., Risk factors for maladjustment in puerto-rican children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1989; 28: 847-850.
- [26]. BOULANGER C. Contribution à l'étude de l'instabilité mentale. Thèse, Paris, 1892
- [27]. BOURNEVILLE DM. Le traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie. In : Duché DJ., *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*. Paris : PUF, 1990.
- [28]. BOUVARD M., LE HEUZEY MF, MOUREN-SIMEONI MC., L'hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte, Paris : Doin, 2002.
- [29]. BOUVARD M., MARTIN-GUEHL C., RENERIC JP., Troubles hyperactifs chez l'enfant. *Encycl Méd Chir, Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 2002, 37-201-B-10, 9 p.
- [30]. BRACONNIER A., L'hyperactivité après l'âge de 15 ans. . In : *Hyperactivité en question. Association Universitaire de Psychiatrie et de psychanalyse*. Faculté de médecine Necker. Paris. Sept 2003.
- [31]. BRADLEY C., The behavior of children receiving Bensedrine. *Am J Psychiatry*, 1937; 94: 577-585.
- [32]. BURSZTEJN C., Hyperkinésie: quels traitements pour quels enfants ?, In : *Hyperactivité en question. Association Universitaire de Psychiatrie et de psychanalyse*. Faculté de médecine Necker. Paris. 2003.
- [33]. CANTWELL D.P., Attention Deficit Disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996; 35: 978-986.
- [34]. CANTWELL D.P., BAKER L., Attention deficit disorder with and without hyperactivity: a review and comparison of matched groups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1992; 31 (3): 432-438.
- [35]. COHEN D., Déficit de l'attention avec hyperactivité et bipolarité sont-ils liés ? In : *Hyperactivité en question. Association Universitaire de Psychiatrie et de psychanalyse*. Faculté de médecine Necker. Paris. 2003.
- [36]. CONNERS C.K., Rating scales in attention deficit/hyperactivity disorder: use in assessment and treatment monitoring. *J Clin Psychiatry*, 1988; 59: 24-30.

- [37]. COSTELLO E.J., ANGOLD A., BURNS B.J., et al., The Great Smoky Mountain Study of Youth. *Arch Gen Psychiatry*, 1996; 53: 1129-1143.
- [38]. COSTELLO E.J., Child psychiatric disorders and their correlates: a primary care pediatric sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1989; 28: 851-855.
- [39]. CUFFE S.P., McKEOWN R.E., JACKSON K.L., ADDY C.L., ABRAMSON R., GARRISON C.Z., Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in a community sample of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001; 40: 1037-1044.
- [40]. CUNNINGHAM C.E., BARKLEY R.A., The interactions of normal and hyperactive children with their mothers in free play and structured tasks. *Child Dev*, 1979; 50: 217-224.
- [41]. CUPELLO S., Aspects cognitifs de l'hyperactivité avec troubles de l'attention de l'enfant. *Rev Prat*, 2002 ; 52, 18 :2005-8.
- [42]. DAUMERIE N., Des soignants face à l'hyperactivité, une approche des représentations. In : MENECHAL J.: *L'hyperactivité infantile : Débats et enjeux*. Paris : Dunod, 2004.
- [43]. DELION P., GOLSE B. Instabilité psychomotrice chez l'enfant. Histoire des idées et réflexions actuelles. *Encycl Méd Chir*, 2004 ; 37-201-C-10
- [44]. DIATKINE R., DENIS P., L'agitation, In : LEOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, 1985 ; II, 189-200.
- [45]. DIATKINE R., Les psychoses en dehors de l'autisme infantile précoce, In : LEOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, 1995 ; II, 1297-1313.
- [46]. DIATKINE R., SIMON J., La psychanalyse précoce. Paris : PUF, coll. le fil rouge, 1973.
- [47]. DILLER L., Ritaline, l'irrésistible ascension. Traduit par Debroise A., *La recherche*, 2004 ; Hors-série n°16 : 28-33.
- [48]. DUCHE D.J., L'enfant hyperactif. Paris : Ellipses, 2001.
- [49]. DUCHE DJ. Histoire de la psychiatrie de l'enfant. Paris : PUF, 1990.
- [50]. DUGAS M., BOUVARD M.P., WALLER-PERROTTE D., Echelles d'évaluation en psychiatrie de l'enfant. *Encycl Méd Chir*, Psychiatrie, 1994 ; 37-200-E-50.
- [51]. DUGAS M., L'hyperactivité chez l'enfant. Paris : Nodules PUF, 1987.
- [52]. DUMAS JE., Le trouble hyperkinétique ou déficit de l'attention / hyperactivité. Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : DeBoeck Université, 1999 ; 179-222.
- [53]. DUPAUL G.J., MAC GOEY K.E., ECKERT T.L., VAN BRAKLE J., Preschool children with attention deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social and school functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001; 40 (5): 508-515.
- [54]. Expertise Collective INSERM, Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Paris : Ed. Inserm, Sept 2005.

- [55]. FARAONE S.V., BIEDERMAN J, LEHMAN B.K. et al., Intellectual performance and school failure in children with attention deficit hyperactivity disorder and their siblings. *J Abnorm Psychol*, 1993; 102: 616-23.
- [56]. FLAVIGNY C., Psychodynamique de l'instabilité infantile. *La psychiatrie de l'enfant*, 1988 ; 31, 2 : 445-473.
- [57]. FOURNERET P., DESOMBRE H., De VILLARD R., REVOL O., Procédure décisionnelle devant un tableau d'instabilité psychomotrice chez l'enfant d'âge scolaire. *Arch Pediatr*, 2000 ; 7 : 554-62.
- [58]. FOURNERET P., L'hyperactivité : Histoire et actualité d'un symptôme, In : MENECHAL J.: *L'hyperactivité infantile : Débats et enjeux*. Paris : Dunod, 2004.
- [59]. FRANKEL K.A., BOYUM L.A, HARMON R.J., Diagnoses and presenting symptoms in an infant psychiatry clinic: comparison of two diagnostic systems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004; 43 (5): 578-587.
- [60]. GADOW K.D., NOLAN E.E., LITCHER L., CARLSON G.A., PANINA N. et al., Comparison of attention-deficit/hyperactivity disorder symptom subtypes in Ukrainian school-children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000; 39: 1520-1527.
- [61]. GAUB M., CARLSON C.L., Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *J Abnorm Child Psychol*, 1997; 25: 103-111.
- [62]. GENESTE J., Perspectives psychopathologiques du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. In : *Hyperactivité en question. Association Universitaire de Psychiatrie et de psychanalyse*. Faculté de médecine Necker. Paris. 2003.
- [63]. GEORGE G., BOUVARD M.P., DUGAS M., Trouble déficitaire de l'attention et troubles anxieux : étude de cooccurrence. *Ann Pediatr*, 1993 ; 40 : 541-548.
- [64]. GEORGE G., Psychothérapie de l'hyperactivité avec trouble de l'attention de l'enfant. *Rev Prat*, 2002 ; 52, 18 : 2013-16.
- [65]. GILLOOTS M., FAURE P., MENECHAL J et al., Le symptôme hyperactivité- troubles de l'attention. De l'écart entre clinique et nosographie. *L'information psychiatrique*, 2002 ; 78 (1): 26-36.
- [66]. GOLSE B., Enfant de moins de six ans : hyperactivité. *Arch Ped*, 2004 ; 11 : 1406-1409.
- [67]. GOLSE B., L'enfant excitable. Système pare-excitation, système pare-incitation. *Enfances et Psy*, 2001 ; 14 : 49-56.
- [68]. GOLSE B., ZIGANTE F., L'enfant, les psychotropes et la psychanalyse. *Revue française de psychanalyse*, 2002 ; 66, 2 : 433-446.
- [69]. GORWOOD P., Vulnérabilité génétique et hyperactivité avec déficit de l'attention. In : *Hyperactivité en question. Association Universitaire de Psychiatrie et de psychanalyse*. Faculté de médecine Necker. Paris. 2003.
- [70]. HAAG G., La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 1985 ; 33 (2-3) : 107-114.
- [71]. HEUYER G., Enfants anormaux et délinquants juvéniles, Thèse de doctorat en médecine, Paris, 1914.

- [72]. HUMPHRIES T., KINSBOURNE M., SWANSON S., Stimulant effects on cooperation and social interaction between hyperactive children and their mothers. *J Child Psychol Psychiatry*, 1978; 19 (1): 13-22.
- [73]. JACOBVITZ D., SROUFE L.A., The early caregiver-child relationship and attention deficit hyperactivity disorder with hyperactivity in kindergarten: a prospective study. *Child Dev*, 1987; 58: 1496-1504.
- [74]. JENSEN P.S., MARTIN D., CANTWELL D.P., Comorbidity in ADHD: implications for research, practice and DSM-IV. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 36 (8): 1065-79.
- [75]. JENSEN P.S., MRAZEK D., KNAPP P.K., Evolution and revolution in child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 36 (12): 1672-79.
- [76]. KENDELL R., JABLENSKY A., Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*. 2003; 160 (1): 4-12.
- [77]. KOVALENKO P.A., HOVEN C.W., WICKS J. et al., Seasonal variations in internalizing, externalizing and substance use disorders in youth. *Psychiatr Res*, 2000; 94: 103-119.
- [78]. KREISLER L., La pathologie psychosomatique. In : LEOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, 1995 ; II, 1641-1665.
- [79]. LAHEY B.B., PELHAM W.E., STEIN M.A., Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder for young children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998; 37 (7): 695-702.
- [80]. LAHEY B.B., CARLSON C.L., Validity of the diagnostic category of attention deficit disorder without hyperactivity: a review of the literature. *J Learn Disabi*, 1991; 24 (2): 110-120.
- [81]. LAHEY B.B., SCHAUGHENCY E., HYND G.W., and al. Attention deficit disorder with and without hyperactivity: comparison of behavioral characteristics of clinic-referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1987; 26 (5): 718-723.
- [82]. LAMBERT N.H., SANDOVAL J., SASSONE D., Prévalence of hyperactivity in elementary school children as a function of social system definers. *Am J Orthopsychiatry*, 1978; 48: 446-463.
- [83]. LAPOUSE R., MONK M.A., An epidemiologic study of behavior characteristic in children. *Am J Pub Health*, 1958; 55: 1130-1141.
- [84]. LARSON-WAGHEMACKER M., sous la dir. de FOUQUERE C., De l'hyperactivité au trouble bipolaire : discussion chez l'enfant. Thèse de doctorat en médecine, Université de Rennes, 2002.
- [85]. LE HEUZEY M.F., Hyperactivité avec troubles de l'attention chez l'enfant : avant-propos. *Rev Prat*, 2002 ; 52, 18 :1986-7.
- [86]. LE HEUZEY M.F., MOUREN-SIMEONI M.C., Psychostimulants. *Encycl Méd Chir*, psychiatrie, 2003 ; 37-218-A-50.
- [87]. LECENDREUX M., avec la collaboration de KONOFAL E. et TOUZIN M., Réponses à vos questions sur l'hyperactivité. Paris : Editions Solar ; 2003.
- [88]. LECENDREUX M., KONOFAL E., MOUREN M.C., Troubles du sommeil et du maintien de l'éveil chez l'enfant TDAH. *A.N.A.E*, 2004 (9) : 33-35.
- [89]. LEPAGE D., L'enfant hyperkinétique. Personnalité et éléments du contexte familial. *Feuill Psychiatr.*, Liège, 1981 ; 14 (3) : 319-322.

- [90]. LOU H.C., HENRIKSEN L., BRUHN P. et al., Striatal dysfunction in attention deficit and hyperkinetic disorder. *Arch Neurol*, 1989; 46: 48-52.
- [91]. MALARRIVE J., BOURGEOIS M., L'enfant hyperkinétique. aspects psychopathologiques. *Ann Med Psychol*, 1976 ; 1(1) : 107-119.
- [92]. MALKA J., sous la dir. de DUVERGER P., Réflexion à partir de la notion d'instabilité psychomotrice chez l'enfant. Thèse de doctorat en médecine, Université d'Angers, 1999.
- [93]. MANNUZZA S., KLEIN R.G., BESSLER A., et al., Adult psychiatric status of hyperactive boys grown-up. *Am J Psychiatry*, 1998; 155: 493-498.
- [94]. MANNUZZA S., KLEIN R.G., MOULTON J.L.3rd, Persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood: what have we learned from the prospective follow-up studies. *J Atten Disord*, 2003; 7 (2): 93-100.
- [95]. MARCELLI D., COHEN D., La psychopathie ; Outils d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Audition publique de la Haute Autorité de Santé sur le dossier : Prise en charge de la psychopathie, Dec 2005 ; retranscrite et disponible sur le site <http://www.has-sante.fr>.
- [96]. MARCELLI D., Enfance et psychopathologie, 6e édition. Paris : Masson, collection Les âges de la vie, 2004.
- [97]. MARCELLI D., L'enfant avec hyperactivité et déficits associés. *A.N.A.E.*, 1996 Sept ; Hors-série : 21-22.
- [98]. MARTIN-GUEHL C., Epidémiologie du trouble hyperactivité, déficit de l'attention. *A.N.A.E.*, 2004 (9) : 16-21.
- [99]. MASH E., JOHNSTON C., A comparison of the mother-child interactions of younger and older hyperactive and normal children. *Child Dev*, 1982; 53: 1371-81.
- [100]. MAZET P. Approche historique et transculturelle de l'hyperactivité. In : *Hyperactivité en question. Association Universitaire de Psychiatrie et de psychanalyse.* Faculté de médecine Necker. Paris. 2003.
- [101]. MENECHAL J., DAUMERIE N., ROMAN P. et al., L'hyperactivité infantile et la loi de Gresham. « La mauvaise thérapeutique chasse-t-elle la bonne ? ». *L'information psychiatrique*. 2002 ; 78 (1): 20-25.
- [102]. MESSERSCHMITT P., Devenir de l'enfant hyperactif. *Rev Prat*, 2002 ; 52, 18 : 2009-12.
- [103]. MICOUIN G., BOUCRIS J.C., L'enfant instable ou hyperkinétique, une étude comparée des concepts. *Psychiatr Enfant*, 1988 ; 31(2) : 473-507.
- [104]. MILLE C., Instabilité psychomotrice. In : FERRARI P., EPELBAUM C., *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Flammarion, 1993, 203-209.
- [105]. MILLE C., Instabilité psychomotrice. In : FERRARI P., EPELBAUM C., *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris : Flammarion, 1993 ; 203-209.
- [106]. MISES R., Les pathologies limites de l'enfance. In : LEOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, 1995 ; II, 1347-1362.
- [107]. MISES R., QUEMADA N., BOTBOL M., BURSZTEJN C., et al., Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent: la CFTMEA R-2000. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 2002 ; 50 : 1-24.

- [108]. MISES R., QUEMADA N., Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA), Paris : PUF, 1993.
- [109]. MOUREN M.C., Aspects développementaux de l'hyperactivité chez l'enfant. *A.N.A.E.*, 2004 (9) : 9-12.
- [110]. MUCCHIELLI L., Réflexions sur les limites de l'utilisation de la catégorie de « psychopathie » dans l'analyse des problèmes sociaux, à partir de l'étude de la délinquance juvénile et des homicides. Audition publique de la Haute Autorité de Santé sur le dossier : Prise en charge de la psychopathie, Dec 2005 ; retranscrite et disponible sur le site <http://www.has-sante.fr>.
- [111]. OFFORD D.R., BOYLE M.H. SZATMARI P., RAE-GRANT N. et al., Ontario child health study : six month prevalence of disorders and rates of service utilisation. *Arch Gen Psychiatry*, 1987; 44: 832-836.
- [112]. OFFORD D.R., BOYLE M.H., RACINE Y.A. et al., Outcome, prognosis and risk in a longitudinal follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1992; 31: 916-923.
- [113]. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, 9^e révision (CIM-9), Genève, OMS, 1977.
- [114]. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Classification statistique internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10), Genève, OMS, 1993.
- [115]. PENOT B., Contribution à l'étude des dépressions infantiles. *Psychiatrie de l'enfant*, 1973 ; 16 : 301-380.
- [116]. PETOT D., L'hyperkinésie peut-elle être une forme d'entrée dans la manie ? *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 1998 ; 46 (7-8) : 427-33.
- [117]. PLISZKA S.R., Attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *J Clin Psychiatry*, 1998; 59: 50-58.
- [118]. PLITZKA S.R., Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998; 59 (suppl 7): 50-58.
- [119]. PRIEUR C., Des enfants sages sur ordonnance. *Le Monde*, 23 novembre 2005.
- [120]. PURPER-OUAKIL D., Comorbidités du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité. In : *Hyperactivité en question. Association Universitaire de Psychiatrie et de psychanalyse*. Faculté de médecine Necker. Paris. 2003.
- [121]. PURPER-OUAKIL D., FOURNERET P., WOHL M., RENERIC J.P., L'atomoxétine: un nouveau traitement de trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité de l'enfant et de l'adolescent. *Encéphale*, 2005 ; 31 (3) : 337-48.
- [122]. PURPER-OUAKIL D., WOHL M., MICHEL G., MOUREN M.C., GORWOOD P., Variations dans l'expression clinique du trouble déficitaire attentionnel/ hyperactivité (TDAH) : rôle du contexte, du développement et de la comorbidité thymique. *L'Encéphale*, 2004 ; 30 (6) : 533-539.
- [123]. RENERIC J.P., BOUVARD M.P., Hypothèses étiopathogéniques de l'hyperactivité avec troubles de l'attention de l'enfant. *Rev Prat*, 2002 ; 52 : 1994-1997.
- [124]. RENERIC J.P., BOUVARD M.P., La Ritaline® (méthylphénidate) dans le traitement de l'hyperactivité de l'enfant et de l'adolescent. *Nervure*, 1999 ; 12, 1 : 7-12.

- [125]. REVOL O., FOURNERET P., Approche diagnostique d'un enfant instable. *Rev Prat*, 2002 ; 52 : 1988-1993.
- [126]. ROWLAND A.S., LESESNE C.A., ABRAMOWITZ A.J., The epidemiology of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 2002; 8 (3): 162-170.
- [127]. RUBINSTEIN R.A., BROWN R.T., An evaluation of the validity of diagnostic category of ADD. *Am J Orthopsychiatry*, 1981; 54: 398-414.
- [128]. RUFO M., Le psychiatre dans un service de pédiatrie, In : LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, 1995 ; I, 487-493.
- [129]. RUTTER M., SCHAFFER D., STURGE C., A Guide to a Multi-axial Classification Scheme for Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence, London, Institute of Psychiatry, 1975.
- [130]. RUTTER M., TIZARD J, WITHMORE K., Education, Health and Behavior, London: Longman, 1970.
- [131]. SAIAG M.C, MOUREN-SIMEONI M.C., Hyperactivité de l'enfant. *Encycl Méd Chir*, Pédiatrie, 1997 ; 4-101-G-92 ;
- [132]. SAIAG M.C., Approches familiales dans le trouble déficit de l'attention/hyperactivité. *A.N.A.E*, 2004 (9) : 39-42.
- [133]. SAIAG M.C., Le diagnostic d'ADHD selon le DSM-IV. In : MENECHAL J.: *L'hyperactivité infantile : Débats et enjeux*. Paris : Dunod, 2004.
- [134]. SATIN M.S., WINSBERG B.G. et al., A general population screen for attention deficit disorder with hyperactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1985; 24: 756-764.
- [135]. SCHACHAR R., TANNOCK R., Test of four hypotheses for the comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995; 34(5): 639-648.
- [136]. SCHACHAR R.J., RUTTER M., SMITH A., The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: implications for syndrome definition. *J Child Psychol Psychiatry*, 1981; 22: 375-392.
- [137]. SEGAL H. Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein. Paris : PUF, 1969.
- [138]. SHEKIM W.O., KASHANI J., CANTWELL D.P. et al., The prevalence of attention deficit disorder in a rural midwestern community sample of nine-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1985; 24: 765-770.
- [139]. SHEN Y.C, WANG Y.F., YANG X.L., An epidemiological investigation of minimal brain dysfunction in six elementary schools in Beijing. *J Child Psychol Psychiatry*, 1985; 26 : 777-787.
- [140]. SILK T., VANCE A., RINEHART N., et al., Fronto-parietal activation in attention deficit hyperactivity disorder, combined type : functional magnetic resonance imaging study. *Br J Psychiatry*, 2005 Sep; 187: 282-3.
- [141]. STEWART M.A., CUMMINGS C., SINGER S., DEBLOIS C.S., The overlap between hyperactive and unsocialised aggressive children. *J Child Psychol Psychiatry*, 1981; 22: 35-45.

- [142]. STEWART M.A., DEBLOIS C.S., CUMMINGS C., Psychiatric disorder in the parent of hyperactive boys and those with conduct disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, 1980; 21 (4): 283-292.
- [143]. STILL G.F., The coulstonian lectures on some abnormal physical conditions in children. *Lancet*, 1902; 1: 1008-1012.
- [144]. SWANSON J.M., SERGEANT J.A., TAYLOR E. et al., Attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet*, 1998; 351: 429-433.
- [145]. SZATMARI P., OFFORD D.R., BOYLE M.H., Ontario child health study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatry* 1989; 39: 65-99.
- [146]. TAYLOR E., DOEPFNER M., SERGEANT J., et al., European clinical guidelines for hyperkinetic disorder - first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2004; Suppl 1, 13: I7-I30.
- [147]. TAYLOR E., SERGEANT J., DOEPFNER M. et al., Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. European Society for Child and Adolescent Psychiatry. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 1998; 7 (4): 184-200.
- [148]. THIFFAULT J., Les enfants hyperactifs. Montréal : Québec-Amérique ed., 1982.
- [149]. THOMAS J., WILLEMS G. Trouble de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant : approche neurocognitive. Paris : Masson, 1997.
- [150]. TOUZIN M. et al., Hyperactivité avec déficit de l'attention et troubles des apprentissages, *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc*, 1997 ; 45 (9) : 502-508.
- [151]. TOUZIN M., Hyperactivité et troubles des apprentissages, *A.N.A.E*, 2004 (9) : 22-23.
- [152]. TRITES R.L., DUGAS E., LYNCH G., FERGUSON H.B., Prevalence of hyperactivity. *J Pediatr Psychology*, 1979; 4 : 179-188.
- [153]. VALLA J.P., BERGERON L., LAGEIX P., BRETON J.J., L'étude épidémiologique des variables associées aux troubles mentaux des enfants et des adolescents. Rapport du LXXXIV^e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Paris : Masson, 1996.
- [154]. VALLEE L., L'enfant hyperkinétique avec déficit de l'attention : diagnostic et conduite thérapeutique. *Arch Pédiatr.*, 2000 ; 7 : 1111-6.
- [155]. VALLEE L., Quels traitements médicamenteux dans le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité de l'enfant. In : *Hyperactivité en question. Association Universitaire de Psychiatrie et de psychanalyse*. Faculté de médecine Necker. Paris. 2003.
- [156]. VAQUERIZO-MADRID J., ESTEVEZ-DIAZ F., DIAZ-MAILLO I., A review of the alert and psycholinguistic intervention model in attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol*, 2006; 13, 42 (suppl 2): S53-61.
- [157]. VELEZ C.N., JOHNSON J., COHEN P., A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1989; 28: 861-864.
- [158]. VOYAZOPOULOS R., Enfant instable, enfant agité, enfant excité. *Enfances et Psy*, 2001 ; 14 : 26-35.
- [159]. WALLON H., L'enfant turbulent. Paris : PUF, collection Quadrige, 1984.

- [160]. WELNIARZ B. Quelques aspects psychodynamiques de l'hyperactivité. *Perspectives Psy.* 2000, 39(3) : 216-221
- [161]. WELNIARZ B., LAUTH B., Le traitement de l'hyperactivité : autour de la prescription de psychostimulants. *Perspectives Psy*, 2004 ; 43 (1) : 65-71.
- [162]. WILENS T.E., DODSON W., A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *J Clin Psychiatry*, 2004; 65 (10): 1301-1313
- [163]. WILLOUGHBY M.T., CURRAN P.J., COSTELLO J., ANGOLD A., Implications of early versus late onset of attention deficit/hyperactivity disorders symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000; 39 (12): 1512-1519.
- [164]. WINNICOTT D.W. *Jeu et Réalité*, Paris : Gallimard, 1975.
- [165]. WINNICOTT D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969.
- [166]. WOLRAICH M.L., HANNAH J.A., PINNOCK T.Y., BAUMGAERTEL A., BROWN J., Comparison of diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996; 35: 319-324.
- [167]. ZAMETKIN A.J., NORDAHL T.E., GROSS M. et al., Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *N Eng J Med*, 1990; 323: 1361-6.
- [168]. ZANG Y.F., JIN Z., WENG X.C., et al., Functional MRI in attention deficit hyperactivity disorder : evidence for hypofrontality. *Brain Dev*, 2005 Dec; 27 (8): 544-50.
- [169]. ZENTALL S.S, A context for hyperactivity. In: GADOW K.D, BIALER I. eds., *Advances in learning disabilities*, vol 4. Greenwich, CT: JAI Press, 1985: 273-343.
- [170]. ZERO TO THREE, National Center for Infants, Toddlers and Families. Traduit de l'anglais: Classification diagnostique de 0 à 3 ans. Classification des Diagnostiques des Troubles de la Santé Mentale et du Développement de la Petite Enfance. Genève : Editions Médecine et Hygiène ; 1998.
- [171]. Appel collectif en réponse à l'expertise INSERM sur le trouble des conduites chez l'enfant. Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans. Disponible sur le site <http://www.pasde0deconduite.ras.eu.org>.

NOM : **TORCHUT**

PRENOM : **Fanny**

Titre de la thèse:

**La consultation conjointe neuropsychiatrique
consacrée à l'hyperactivité infantile :
un moyen de dépasser les clivages idéologiques ?**
Analyse de 4 années d'expérience locale au CHU de Nantes

RESUME

L'hyperactivité infantile est caractérisée cliniquement par l'association d'une instabilité motrice, de difficultés attentionnelles et d'une impulsivité.

Décrite depuis la fin du XIXe siècle, cette entité clinique a subi diverses évolutions, tant au niveau de sa terminologie (instabilité psychomotrice, hyperkinésie, hyperactivité avec déficit de l'attention, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité), que des questions de son statut (syndromique ou symptomatique), de son étiopathogénie (neurologique ou psychogénique) ou encore de son traitement (place des psychostimulants). Toutes ces questions n'ont cessé d'alimenter de multiples débats aussi passionnés que passionnels, rendant compte des divergences dans les conceptualisations et les représentations qui entourent ce concept.

Notre travail présente et discute les différentes descriptions de l'hyperactivité dans la littérature. Ce faisant, il met en lumière l'hétérogénéité, la complexité et l'aspect plurifactoriel du problème, démontrant la nécessité d'une évaluation pluridimensionnelle.

L'analyse rétrospective des dossiers de 102 enfants reçus en consultation conjointe neuropsychiatrique au CHU de Nantes sur une période de 4 années et l'enquête par questionnaires réalisée auprès des professionnels de santé qui ont adressé ces enfants à la consultation confirment l'intérêt d'une telle approche conjointe et précisent sa place dans le parcours de soins d'enfants en grandes difficultés.

MOTS-CLES

- Déficit de l'attention avec hyperactivité – Instabilité – Enfant / Adolescent –
- Consultation conjointe – Neuropsychologie – Psychopathologie –
- Développement de la personnalité – Subjectivité – Représentations –