

Histoire du TDAH

Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité

Plus d'un siècle de concepts



1817

2010

6
8
8
1

Dr Éric Konofal

1817

LE TOUCHE-À-TOUT

Les Touche-à-tout sont décrits dès le début de la littérature enfantine

En France, Pierre Blanchard (1772-1836), un des premiers auteurs de livre pour la jeunesse publie vers 1817 *Les Jeunes Enfants* un recueil de contes dont l'un est l'histoire de *Touche-à-tout*.

Passant d'une activité à une autre, sans crainte d'être corrigé, Touche-à-Tout est un enfant curieux mais distrait, ne prêtant aucune attention aux dangers, ni aux avertissements de ses parents...

« On ne pouvait rien mettre à l'abri de sa main... ».



Lik d'Angelo for
Touche à tout.

En Allemagne, le Dr Heinrich Hoffmann écrit en 1844 un poème intitulé *L'histoire de Zappel-Philipp*, un enfant au comportement « hyperactif », assez semblable à celui de *Touche-à-tout*.

Le héros du poème, Philipp, est incapable de rester assis à table, en dépit des protestations de ses parents, il n'écoute pas ce qu'on lui dit, ne peut rester assis... Il gigote, ricane, se balance sur sa chaise... jusqu'à l'inévitable chute !

L'histoire fait partie du recueil pour enfants Der Struwwelpeter, un des premiers livres illustrés pour enfant, devenu un classique en Allemagne et dans les pays anglosaxons.



1862

INSTABILITÉ MENTALE ET ATTENTION VOLONTAIRE

Les symptômes du déficit d'attention et de l'impulsivité sont très tôt décrits par les premiers « aliénistes ».

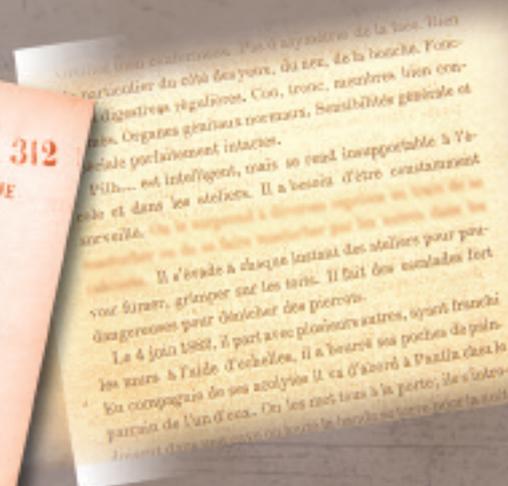
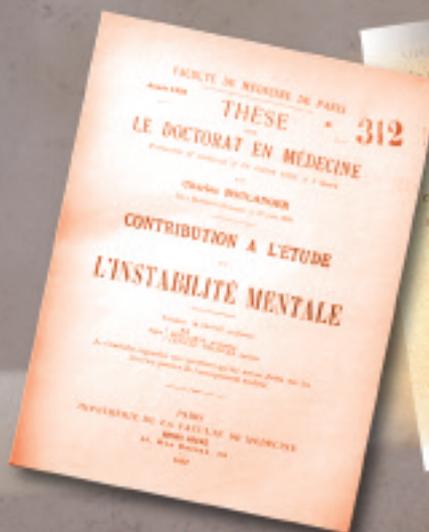
Henri Dagonet, en 1862, indique que « l'attention, cette faculté qui mesure en quelque sorte la puissance de la volonté, présente naturellement un trouble variable chez les aliénés », et citant Étienne Esquirol (1838), il précise que « l'aliéné ne jouit plus de la faculté de fixer ou de diriger son attention ; cette privation est la cause primitive de toutes ses erreurs ». Dagonet consacre également un paragraphe à « l'impulsion irrésistible ».

Charles Boulanger, dans sa Thèse de Doctorat en Médecine (1892), *Contribution à l'étude de l'instabilité mentale*, cite plusieurs vignettes cliniques assez typiques de ce qu'il convient d'appeler à l'époque « l'instabilité mentale » :

« Pilh... est intelligent, mais se rend insupportable à l'école et dans les ateliers. Il a besoin d'être constamment surveillé ».

« Il s'évade à chaque instant des ateliers pour pouvoir fumer, grimper sur les toits. Il fait des escalades fort dangereuses pour dénicher des pierrots ».

Pour Boulanger, et ce à la différence de Dagonet, l'instabilité mentale est cet état qui caractérise des sujets « intelligents » incapables d'organiser leurs tâches quotidiennes.



1889

RIBOT ET L'ATTENTION

« Qu'est-ce que diriger volontairement son attention sur un objet ? »

... Telle est la question posée par Théodule Ribot (1889), dans la *Psychologie de l'attention*. Il est l'un des premiers psychologues à se pencher sur la question et à étudier les rapports entre le mouvement et l'attention qu'il qualifie de volontaire.

Pour lui « l'attention dépend de la restriction du mouvement ». « La concentration de la conscience et celle des mouvements, la diffusion des idées et celle des mouvements vont de pair. »
« Une foule d'exemples démontrent que, entre une grande dépense de mouvements et l'état d'attention, il y a antagonisme ».

Il met en avant les situations où l'agitation s'oppose à l'attention : dans la « manie », « en résumé, dans l'ordre mental une course désordonnée d'images et d'idées, dans l'ordre moteur, un flux de paroles, de cris, de gestes et de mouvements impétueux. [...] Il n'y a ni concentration ni adaptation possible, ni durée ».

À l'inverse, à l'occasion d'un « cours ennuyeux [...] l'attention du public ayant été réveillée, le nombre de mouvements diminue... ».

James Mark Baldwin (1897), reprenant les travaux du psychologue Léon Marillier, note que l'on reconnaît l'enfant « incapable de coordination attentive » « aux premiers signes d'agitation, ou simplement à une cessation brusque d'intérêt, d'ailleurs sans motif apparent. » Il précise que chez lui : « Toute expérience commencée dans ces conditions doit être abandonnée aussitôt. L'enfant est souvent indisposé, irritable, rêveur. Il faut avoir grand soin de s'en rendre compte avant de ne rien entreprendre. »

Ribot



1897

INSTABILITÉ ET ATECHNIE

Premières descriptions cliniques

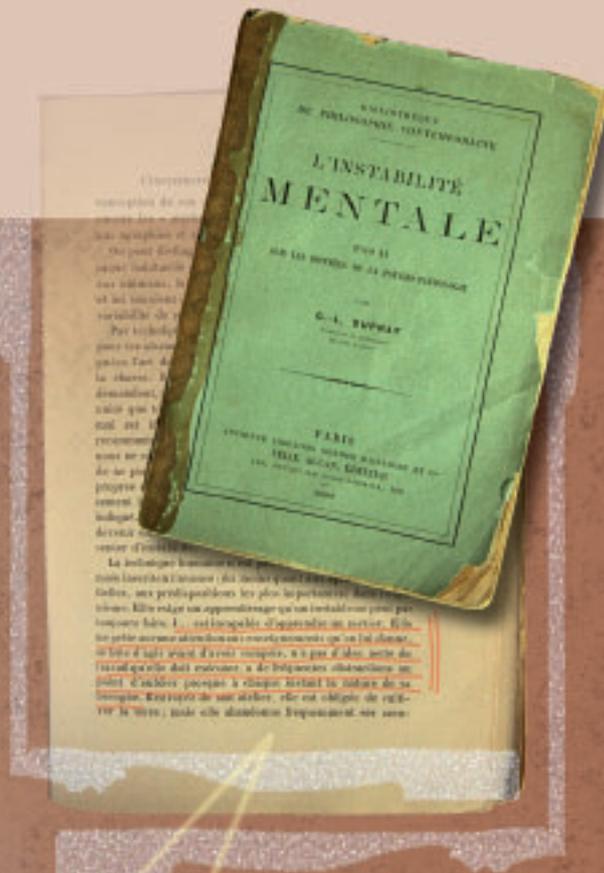
En 1897, l'aliéniste et neurologue Désiré Magloire Bourneville, dans son livre intitulé *Le traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie*, est le premier auteur français à présenter une description clinique de l'instabilité chez des enfants considérés à l'époque comme « débilés légers ».

Il décrit en ces termes leur comportement : *« Leur mobilité est exubérante, ils ne restent en place nulle part, se lèvent de table à chaque instant sans motif. S'ils jouent, ils passent rapidement d'un jeu à l'autre. Dans le service, ils se font remarquer par l'indifférence aux observations, la désobéissance et l'indiscipline, mais ils sont suggestibles et peuvent se soumettre aux personnes qu'ils aiment »...*

Guillaume Léonce Duprat (en 1899), évoque notamment dans « l'instabilité mentale » : l'instabilité intellectuelle (la distraction et les troubles du jugement et du raisonnement) et l'instabilité dans les actions (l'agitation et l'incohérence motrice) qui peuvent caractériser ces enfants. Il cite le cas d'une jeune fille « instable » :

« Elle ne prête aucune attention aux enseignements qu'on lui donne, se hâte d'agir avant d'avoir compris, n'a pas d'idée nette du travail qu'elle doit exécuter, a de fréquentes distractions au point presque d'oublier à chaque instant la nature de sa besogne ».

Il évoque ainsi chez elle une « discontinuité mentale » avec « atechnies ».



1902

LE COURANT ORGANICISTE

Still décrit le *Brain Damage Syndrome*

C'est au pédiatre anglais George Frederic Still* (1868-1941) que sont dues les premières publications sur des « conditions psychiques anormales » chez l'enfant (1902).

Il décrit « la perte de contrôle moral » chez des enfants atteints de diverses pathologies neurologiques et précise qu'elle existe chez des enfants sans atteinte de « l'intelligence générale ».

Il observe que ces comportements ne sont pas nécessairement associés à des localisations anatomiques particulières, ni à des lésions importantes. Cette notion sera plus habituellement résumée sous le terme de *Minimal Brain Damage* (lésion cérébrale mineure).

Cette idée sera renforcée par les anatomo-pathologistes et neurologistes décrivant la symptomatologie subséquente à l'épidémie d'encéphalite léthargique qui frappe l'Europe et les États-Unis en 1917 : « les enfants qui y survivent présentent de sévères troubles du comportement »



THE LANCET, APRIL 19, 1902.
The Oculomotor Lectures
ON
SOME ABNORMAL PSYCHICAL CONDITIONS
IN CHILDREN.
Delivered before the Royal College of Physicians of
London on March 22, 23, and 24, 1902.
By GEORGE F. STILL, M.A., M.D. CAMBR.,
F.R.C.P. LOND.
Abstracts available from libraries or otherwise. Apply
to the Librarian, Royal College of Physicians, 11, Gower
Street, W.C.1, London, W.C.1, England.



* Connu également pour avoir décrit la polyarthrite chronique juvénile, ou *maladie de Still*.

1905

LES « ANOMALIES MENTALES » CHEZ LES ÉCOLIERS

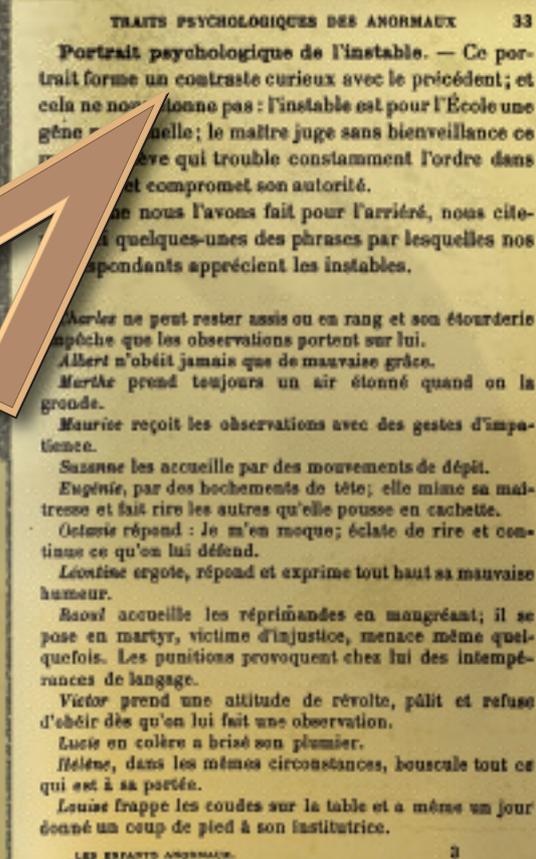
Des écoliers hyperactifs sont souvent étiquetés « épileptiques »...

Georges Paul-Boncour s'intéresse à l'évolution scolaire des enfants présentant des « anomalies mentales ». Dans *Les anomalies mentales chez les écoliers* (1905), il cite plusieurs cas d'enfants étiquetés « épileptiques », mais sans crises avérées.

Un écolier âgé de 8 ans « habituellement convenable, présente, à dates fixes, des périodes d'abattement : il est alors distrait et inattentif. [...] La mère observe qu'il a passé également des nuits mauvaises, qu'il s'agite et dort mal. ».

Un enfant de 14 ans arrêté pour vagabondage : « En général, il aime le mouvement, est toujours à tracasser, arrangeant un meuble, déranger, etc. [...] Peu de mémoire : il lui arrive souvent d'oublier les choses qu'on lui a dites et parfois celles qu'il a faites depuis peu. »

Alfred Binet, dans son ouvrage *Les enfants anormaux* (1905), affirme que « l'instable est pour l'École une gêne perpétuelle ; le maître juge sans bienveillance ce mauvais élève qui trouble constamment l'ordre dans la classe et compromet son autorité. » Les descriptions cliniques de ces enfants, jugés alors comme « anormaux », rappellent curieusement certains critères diagnostiques qui seront communément utilisés près d'un siècle après...



1911

« L'INATTENTIF MALGRÉ SOI »

Le manque d'attention chez l'enfant intelligent...

L'inattention chez l'enfant « intelligent » est discutée lors des premiers congrès internationaux d'hygiène scolaire. Miguel Marquez (1911) est de ceux qui évoquent que l'inattention de l'enfant peut « produire de fréquents mouvements... », mouvements qui peuvent altérer sa scolarité. Le fait qu'une inattention (aprosexie ou hyperprosexie) puisse être symptomatique d'une manifestation psychique ou physique subséquente à un trouble organique est aussi décrite.

En 1932, Gilbert Robin, dans son *Essai d'interprétation neurologique d'une forme d'inattention idiopathique chez l'enfant* affirme que « l'inattention chez l'enfant ne laisse pas d'apparaître, bien que s'accompagnant souvent d'une intelligence vive, comme un symptôme sérieux ». Pour lui, l'inattention peut être le reflet d'un manque d'intérêt, ou être associée à un trouble psychiatrique ou organique, en particulier chez l'instable ayant présenté un retard ou une irrégularité dans son développement neurologique. Cette conception nosographique n'est toutefois pas habituelle chez les psychiatres français de cette époque.

Dans le même esprit, en 1943, pour Chorus, l'enfant instable présente une mauvaise organisation intérieure, un manque d'attention qui imposent la forme d'instabilité et lui confèrent sa variabilité.

L'instabilité psychomotrice concerne la personnalité entière de l'enfant et peut s'exprimer sous forme d'une « instabilité formelle », due à une unification défectueuse des moyens ou d'une « instabilité matérielle », due à une déficience des moyens, correspondant à deux formes de troubles de l'attention : l'hyperprosexie (inattention par excès) et l'aprosexie (inattention par manque).



1913

L'INSTABILITÉ DE L'ENFANT...

Georges Heuyer s'intéresse pendant 50 ans à l'instabilité et à ses conséquences sociales

Reprenant les travaux de Bourneville, Ernest Dupré (en 1913) relève aussi l'association entre « agitation motrice continue » et « incapacité attentionnelle ». Pour l'auteur, l'instabilité est constitutionnelle et révèle l'étroite association étiologique et clinique des deux déséquilibres : mental et moteur. Le principe qu'une causalité neurologique puisse être à l'origine de cette instabilité n'est pas encore soulevé à cette date. Il faudra encore attendre une dizaine d'années en France.

Mais c'est surtout Heuyer qui décrit en 1914 pour la première fois en France le concept de « syndrome d'instabilité de l'enfant ». Dans sa thèse de médecine, l'auteur définit le syndrome d'instabilité de l'enfant comme « 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 sur le plan intellectuel, à fixer son attention ».

Dans sa conception clinique avancée, l'auteur nous présente l'instabilité motrice de l'enfant comme une

association de manifestations émotives, motrices et intellectuelles sous-tendues par un manque de continuité. L'enfant « instable » n'est plus considéré comme un enfant « débile* » mais comme un enfant « pervers » : « ... ces instables sont intelligents, ils ont au moins une certaine forme d'intelligence. Une apparence de jugement logique qui peut en imposer à un observateur superficiel ».

Par ailleurs, Heuyer sera également le premier à entrevoir le risque de délinquance comme une face cachée du trouble d'instabilité motrice chez ces enfants : « Il importe donc de déterminer, dès l'école, ces instables pervers parmi lesquels se recrutent les criminels juvéniles et dont les tendances s'accroîtront à l'âge adulte. [...] A eux doivent être réservées les écoles de réforme ou écoles de bienfaisance. [...] La pédagogie n'aura guère d'influence sur leur tendance constitutionnelle. Il faut les surveiller et les occuper, pour éviter leur nocivité. »

* « débile » au sens défini par Bourneville dans son traité sur Le traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie.

1922

L'HYPERKINÉSIE SÉQUELLAIRE

Hyperkinésie : une séquelle d'une atteinte organique (neurologique)

Hohman (en 1922) puis Strecker et Ebaugh (en 1923) observent le changement total de comportement et d'attitude de certains enfants devenus « hyperactifs » après l'épidémie d'encéphalite de 1918 (encéphalite de Von Economo-Cruchet) et établissent un lien entre cette infection et ces manifestations comportementales et cognitives. Pour ces auteurs, l'encéphalite aurait engendré une « hyperkinésie » séquellaire qui se traduit par des changements de comportement et de tempérament caractérisés par une turbulence et une insolence excessives, des accès de colère, des insomnies et un bavardage incessant, ainsi que des tics.

Nombreux furent les travaux entrepris, à cette époque, sur la base d'un rapport entre une atteinte cérébrale et des troubles du comportement.

Progressivement, s'instaura l'idée selon laquelle, si une lésion cérébrale peut passer inaperçue cliniquement, l'existence de troubles du comportement, et notamment d'hyperactivité est suffisante pour affirmer l'authenticité de l'atteinte cérébrale, même si celle-ci est difficile, voire impossible à démontrer.



Cruchet



Von Economo

slightly more than the normal amount of the same substance, and
by a loud blowing systolic murmur heard throughout the axilla.

Necropsy, refused.

Article de Hohman

POST-ENCEPHALITIC BEHAVIOR DISORDERS IN CHILDREN

By LEONARD B. HOHMAN

(From the Henry Phipps Psychiatric Clinic, Johns Hopkins Hospital)

For the past year, we have had an opportunity to study 11 children who have been brought to the clinic because of decided, profound changes in character and behavior

hility). Our conclusions are not decisive, but the rôle of constitutional factors is certainly not great. Contrary to the belief of some, we found a neuropathic test

1925

WALLON: PREMIÈRE APPROCHE « DYNAMIQUE »

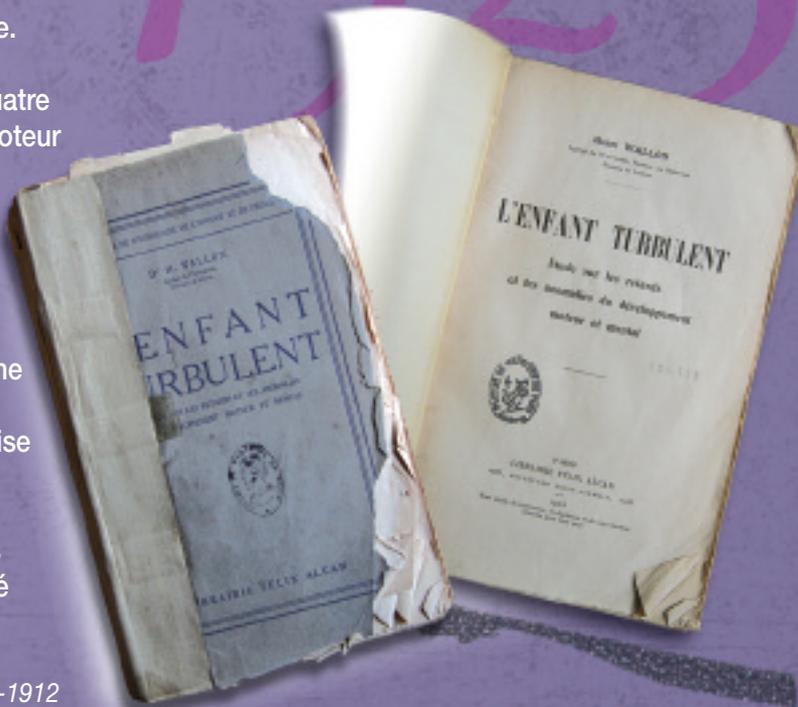
La notion « d'organicité » et de contexte « psycho-environnemental » va être évoquée et développée par Wallon

Dans sa thèse, *L'enfant turbulent*, publiée en 1925, Henri Wallon met l'accent sur la possible implication d'éléments anatomiques, psychologiques et environnementaux dans la genèse et le développement de l'instabilité psychomotrice.

Il propose, à partir de l'observation de 214 enfants*, une classification proposant quatre grands types syndromiques: asynergique (moteur et mental) ; hypertonique, subchoréique et frontal (en rapport avec une perturbation de l'activité préfrontale).

Les recherches de Wallon vont principalement susciter l'intérêt des auteurs anglo-saxons dans le domaine de la recherche neuro-anatomique, et cela dès le début des années 30. Les travaux de l'école française restent peu sensibles à cette voie de recherche. Ses travaux semblent être, à cette époque, quasi exclusivement tournés vers l'exploration de la clinique de l'instabilité et cela, jusqu'au début des années 50.

* Internés dans les services de psychiatrie de 1900-1912



1937

ACTION PARADOXALE DES PSYCHOSTIMULANTS

La benzédrine diminue l'hyperactivité

Charles Bradley, directeur médical du *Emma Pendleton Bradbury Home (Rhode Island)* observe, en 1937, l'effet « paradoxal » de la benzédrine (amphétamine) sur l'hyperactivité motrice des enfants qu'il soigne. Dans le même temps, la benzédrine améliore les performances scolaires notées par les enseignants, et la réponse émotionnelle.

Après l'épidémie d'encéphalite, de nouvelles causes organiques sont envisagées pour expliquer ces perturbations comportementales : traumatismes crâniens, infections, épilepsie... Cependant, ces atteintes cérébrales mineures (*minimal brain damage*) sont parfois absentes.

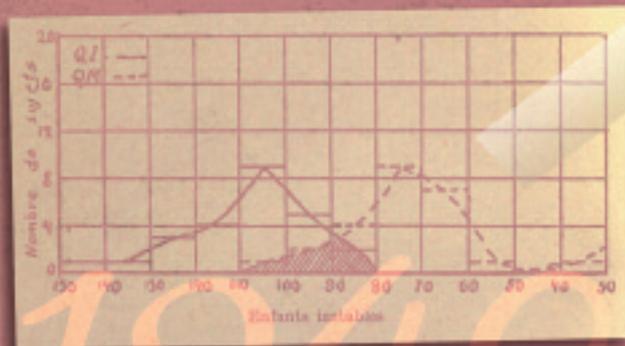
Peu à peu, on se rattache au concept de « *minimal brain injury* » (1947) pour décrire des lésions cérébrales *a minima*, et donc passées inaperçues, à l'origine des troubles cognitifs et perceptivo-moteurs chez certains enfants.



1940

ÉVALUATION DE L'ENFANT INSTABLE

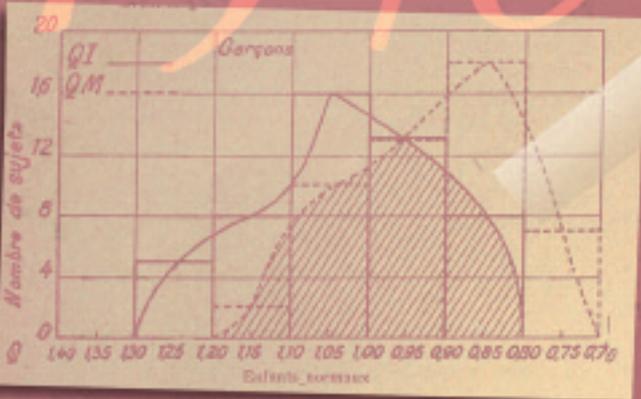
Premières évaluations psychométriques comparatives entre « instables » et enfants normaux



En 1940, Jadwiga Abramson, une collaboratrice de Heuyer, apporte une nouvelle dimension au concept d'instabilité en proposant d'évaluer les capacités intellectuelles, affectives et motrices dans ce syndrome. Pour elle, « dans l'ensemble, l'instable psychomoteur réussit souvent les tests qui demandent une grosse dépense d'énergie de courte durée alors qu'il échoue dans les tests qui exigent une coordination, une précision et une rapidité dans le mouvement, c'est-à-dire dans tout ce qui demande un effort d'inhibition et d'organisation... ».

Pour Abramson, « l'instable » est opposant à tout ce qui est stable et organisé, suggestible et influençable par tout ce qui est mobile et irrégulier, son humeur est labile, entre une gaieté un peu tendue et une dépression d'ennui.»

Ainsi, elle estime que l'instabilité de ces enfants est l'expression d'un déséquilibre entre les aptitudes intellectuelles, motrices et affectives. L'affectif semble aussi jouer un rôle prédisposant. Les conditions de vie sociale et familiale sont également rendues responsables du développement de cette instabilité psychomotrice et psycho-affective.



Décalage entre le Quotient Motricité (QM) et le QI chez les enfants instables (en haut) et enfants « contrôle » en bas.

1951

INSTABILITÉ PSYCHO- MOTRICE CONDITIONNÉE

Opposition entre concepts organique et psycho-dynamique lié à l'environnement social ou affectif

En France, le courant psycho-dynamique impose le concept d'instabilité psychomotrice d'origine environnementale.

Il faudra attendre la fin des années 60 pour que les neurologistes et les neuropédiatres reviennent sur l'origine de l'instabilité psychomotrice.

En 1951, pour Heuyer et Lebovici, l'instabilité prend son origine développementale dans des situations familiales défectueuses créant une carence éducative et affective précoce (séparations multiples, placements nourriciers itératifs, placement en collectivité).

Cette origine purement psycho-éducative s'oppose à la conception plus traditionnelle défendue par Michaux (1951) ou Kiefer (1954) de l'instabilité d'origine organique avec des formes précoces (pré-natales) constitutionnelles (héréditaires) ou tardives acquises (séquelles neurologiques).

L'approche clinique en France de ces « enfants instables » est très influencée par cette conception psycho-dynamique et psychanalytique de l'instabilité de l'enfant. Les formes d'instabilité d'origine « supposée » organique seront ainsi très souvent discutées par les psychiatres.



1957

LE SYNDROME HYPERKINÉTIQUE

Hyperkinésie : une séquelle d'une atteinte organique (neurologique)

En 1957, pour Eisenberg une conduite motrice « excessive par rapport au développement normal de l'enfant » est évocatrice d'un syndrome d'hyperkinésie ou syndrome hyperkinétique.

La même année, Laufer et Denhoff, évoquent le terme de *hyperkinetic impulse disorder* (syndrome hyperkinétique et trouble impulsif-hyperkinétique) pour décrire le trouble du comportement caractérisé par une activité motrice exagérée et une dispersion de l'attention.

L'hypothèse selon laquelle l'hyperkinésie était le signe d'une lésion neurologique était au cœur du débat des années 60. Le débat sur la terminologie n'était pas tant dû à la difficulté pour décrire ce trouble que d'en déterminer l'origine.

En 1963, l'*Oxford International Study Group of Child Neurology* proposa de substituer le terme de *Minimal Brain Dysfunction* (MBD) au *Minimal Brain Syndrome*, sur l'argument qu'une lésion cérébrale ne devait pas être diagnostiquée sur la seule présence d'un trouble du comportement.

À la fin des années 60, la divergence persista entre les tenants d'un syndrome et ceux d'un symptôme. Pour les premiers il fallait rechercher les causes du

« syndrome hyperkinétique ». Pour les seconds, pour la plupart influencés par l'École française de pédopsychiatrie, « l'hyperactivité » est perçue comme un symptôme fréquent, – correspondant à une exagération de l'activité motrice – qui peut être favorisé ou causé par des facteurs variés, tels que des difficultés socio-économiques, éducationnelles, pédagogiques ou par l'existence de troubles psychiatriques patents.

Le DSM-II de 1968 reflète ces conceptions divergentes en mentionnant l'hyperactivité à la fois dans les troubles non-psychotiques organiques et dans les troubles du comportement.

1957

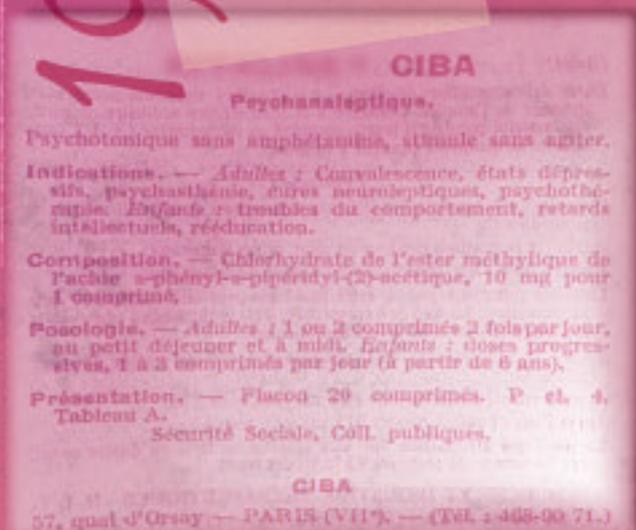
Hyperkinetic Impulse Disorder in Children's Behavior Problems

MAURICE W. LAUFER, M.D., ERIC DENHOFF, M.D.,
and GERALD SOLOMONS, M.D.

1959

LE TRAITEMENT PAR LE MÉTHYLPHÉNIDATE

**Le traitement
emblématique
du TDAH
a plus de 50 ans**



C'est en cette fin des années 50 que l'on voit l'entrée, en Europe, du méthylphénidate. Inventé (en 1944) par Leandro Panizzon, chimiste travaillant pour le laboratoire pharmaceutique Ciba (à Bâle), le méthylphénidate a d'abord pour cible thérapeutique (en 1954) : la fatigue chronique, la narcolepsie, la confusion et les psychoses séniles.

Dès 1957, l'indication chez l'enfant est proposée, mais l'on doit à Eisenberg et Connors (en 1963), la publication au niveau international du premier article sur l'effet du méthylphénidate sur l'hyperactivité chez l'enfant.

Pourtant, en France (dès 1959), le méthylphénidate est disponible avec des indications limitées aux psychasthénies et aux troubles du comportement de nature « hyperkinésique » et « oligophrénique » chez l'enfant.

Au congrès de psychiatrie de langue française (Tours, 1959), il fait même état de son utilisation en milieu hospitalier infanto-juvénile.

THE EFFECTS OF METHYLPHENIDATE ON SYMPTOMATOLOGY AND LEARNING IN DISTURBED CHILDREN¹

C. KEITH CONNORS, Ph.D., AND LEON EISENBERG, M.D.²

Stimulant drugs have been recommended for the treatment of behavior disorders in children 6 years of age and over. In this study 53 children, 6 to 12 years of age, with a mean age of 11.0 and a standard deviation of 1.8. There were 53 children in the study, 26 boys and 27 girls.

1980

LE DÉFICIT ATTENTIONNEL, ÉLÉMENT CENTRAL DU TROUBLE

Le DSM-III consacre le « Trouble Déficit de l'Attention » avec trois symptômes cardinaux : inattention, impulsivité, hyperactivité.

À partir de 1972, grâce aux travaux réalisés au Canada, le trouble de l'attention et du déficit du contrôle des impulsions devient l'élément central du trouble.

La publication du DSM-III en 1980 établit le terme de « Trouble Déficit de l'Attention » pour la première fois, le classant en deux types : Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité et Trouble Déficit de l'Attention sans Hyperactivité. L'approche du trouble est cette fois « tridimensionnelle », fondée sur trois symptômes cardinaux (inattention, impulsivité, hyperactivité).

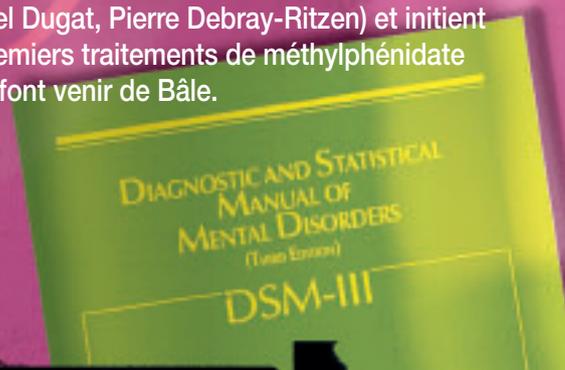
C'est un tournant important dans l'histoire de la conception du trouble : l'hyperactivité devient un symptôme secondaire (voire accessoire), et le rôle central des troubles de l'attention renforce l'hypothèse « organique ».

D'autre part les conséquences du trouble de l'attention sur les capacités d'apprentissage scolaire justifient une prise en charge médicale de façon plus légitime que celle d'un trouble du comportement fût-il gênant pour l'entourage.

Les études pharmacologiques avec les psychostimulants se multiplient (120 études publiées en 1976), de nouvelles pistes étiologiques sont soulevées (hyperéveil cortical, dysfonctionnement des systèmes dopaminergiques...).

Cet élan de la recherche va permettre aux médecins de mieux comprendre les différentes manifestations du Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité et les aider dans leur diagnostic.

En France aussi, dès la fin des années 70, la psychiatrie biologique se développe. Quelques médecins, pédiatre et psychiatre de l'enfant, s'affichent comme prescripteurs de « psychotoniques » et « psychostimulants » (Michel Dugat, Pierre Debray-Ritzen) et initient les premiers traitements de méthylphénidate qu'ils font venir de Bâle.

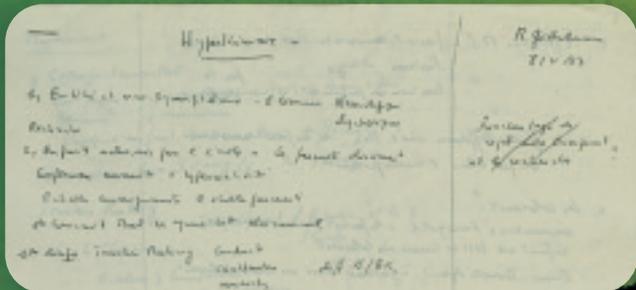


1985

L'HYPERACTIVITÉ CHEZ L'ENFANT

Des classifications qui évoluent encore

On doit au Pr Michel Dugas (1927-1998), le premier ouvrage contemporain français sur « L'hyperactivité chez l'enfant ». Paru en 1985, ce livre inaugure, par un éclairage nouveau libérant la psychiatrie infantile de l'obsolète dualité « corps-esprit », discutant de l'intérêt de l'utilisation des critères diagnostiques, de l'apport des méthodes d'investigation et du bon usage des traitements pharmacologiques. On y voit déjà l'esquisse d'un courant neuf remariant la neurologie à la psychiatrie. On doit également à cet élève de Neurologie du Pr Alajouanine et de Psychiatrie du Pr Michaux les premières prescriptions de méthylphénidate en France (dès 1979) dans le traitement de l'hyperactivité.



Si en 1987, la version révisée du DSM-III, revenait à une conception dimensionnelle unique (avec une liste de 14 symptômes) et reléguait le « Trouble de l'Attention avec ou sans Hyperactivité » au rang de catégorie résiduelle, dès 1994, le DSM-IV est revenu à la multidimensionnalité de la catégorie « Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité » avec trois sous-types : hyperactif-impulsif, inattention prédominante et mixte.

La Classification Internationale des Maladies de l'OMS, dans sa 10^e révision (1993), retient comme catégorie diagnostique les « troubles hyperkinétiques », le déficit de l'attention appartenant à une autre catégorie diagnostique.

La conception théorique française exprimée dans la *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* (CFTMEA, 2000), inspirée de la psychanalyse, se situe loin de l'optique anglo-saxonne, en classant la rubrique « Troubles hyperkinétiques » au sein des « Troubles des conduites et des comportements ».

1994

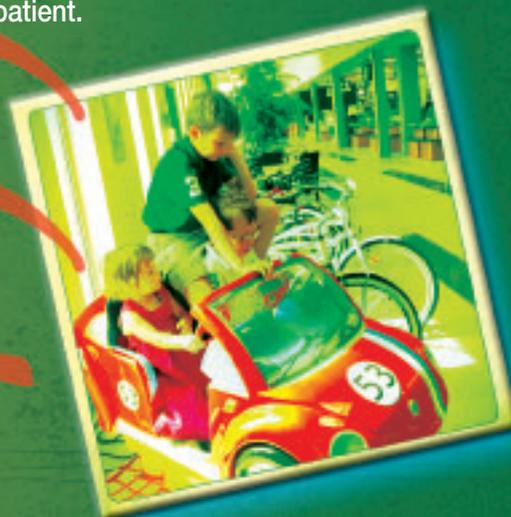
DES ANNÉES 90 À NOS JOURS : LE TDAH

Le TDAH trouve sa place

Dans le même temps, les recherches se multiplient dans tous les domaines : épidémiologie, clinique, pharmacologie, génétique, imagerie, début précoce, devenir à l'âge adulte... L'intérêt pour ce trouble, d'abord outre Atlantique, se diffuse désormais en Europe chez les psychiatres de l'enfant, de l'adolescent et aussi de l'adulte. À travers des communications locales, et nationales, dans un bon nombre de congrès, en France, ce trouble est aujourd'hui celui qui recueille, de la part des médecins, le plus vif intérêt, soulevant toujours encore beaucoup de questions.

L'afflux d'enfants et d'adolescents dans les consultations de psychiatrie n'a de cesse. Les demandes d'information et d'enseignement sur le TDAH de la part des pédiatres, généralistes, pédopsychiatres, se multiplient. Également, les familles s'organisent en associations (p.e. TDAH-France HyperSupers) et apparaissent les premiers sites internet dédiés au TDAH (p.e. www.tdah-france.fr).

Après une longue histoire d'errance, de préjugés et d'incompréhension, le TDAH prend sa place en consultation médicale, et s'inscrit dans les nouvelles préoccupations en santé mentale. Reste que ce trouble, qui pourrait toucher entre 150 et 200 000 personnes*, est encore insuffisamment reconnu et diagnostiqué très tardivement. Pourtant, son histoire ne vient pas d'ailleurs, et une fois la littérature parcourue, on ne comprend plus vraiment pourquoi il a été si longtemps méprisé et non traité avec un large choix de thérapeutiques adaptées aux besoins de chaque patient.



*Prévalence estimée entre 3,5% et 5,6%
(Lecendreux et coll.).

MAINTENANT ET POUR LE FUTUR

Il apparaît ainsi que l'histoire du Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité, en France, a poursuivi le courant philo-analytique, a pris forme avec l'avènement de la psychologie, ensuite est venu se fondre dans la neurologie, pour finir sa dernière transformation dans la psychiatrie moderne.

Reconnu dans la littérature de ces deux siècles passés, ce trouble s'est donc adressé tout d'abord aux éducateurs et instructeurs avant d'être le sujet de l'intérêt des médecins.

Et au gré des concepts, des écoles et des modes, le TDAH a connu, comme souvent en médecine, beaucoup de dénominations différentes.

De nos jours, les conceptions théoriques divergentes laissent place à une approche plus empirique et pragmatique.

Les traitements médicamenteux, avec une efficacité démontrée et plus d'un demi-siècle d'usage continu, ont désormais une place reconnue dans la prise en charge.

L'histoire continue...



TDAH

1922

TDAH

TDAH

1951

1961

1969

T
D
A
H

RÉFÉRENCES

- **Abramson J.** L'enfant et l'adolescent instables études cliniques et psychologiques. Paris, Alcan; 1940.
- American Psychiatric Association 1968; DSMII. 308.0 p50. 309 p31-2.
- American Psychiatric Association 1980; DSMIII. 41-45.
- American Psychiatric Association 1994; DSMIV. 85-93.
- **Binet A, Simon Th.** Les enfants anormaux: guide pour l'admission des enfants anormaux dans les classes de perfectionnement. Paris, A. Colin, 1907.
- **Blanchard P.** Les Jeunes Enfants. Paris, Blanchard, 1817.
- **Boulanger C.** Thèse de Doctorat en Médecine. Contribution à l'étude de l'instabilité mentale. Faculté de médecine de Paris, 1892.
- **Bourneville DM.** Le traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie. Paris, Alcan, 1897.
- **Bradley C.** The Behaviour of Children Receiving Bensedrine. Am J Psychiatry 1937; 94: 577-585.
- **Chorus AMJ.** Les enfants instables. J. Psychiatr. Infant. 1942-3, pp. 101-173.
- **Dagonet H.** Traité élémentaire et pratique des maladies mentales. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1862.
- **Douglas V.** Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. Canadian J Behavioural Sci 1972; 4: 259-282.
- **Duprat G.-L.** L'instabilité mentale: essai sur les données de la psycho-pathologie. Paris, F. Alcan, 1899.
- **Dupré E.** Débilité et déséquilibre motrices. Paris, Médical; 1913.
- **Ebaugh F.** Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. Am J Dis Child. 1923; 25(2): 89-97
- **Esquirol, E.** Des maladies mentales: considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. (3 vol.). Paris, J.-B. Baillière, 1838.
- **Heuyer G.** Enfants anormaux et délinquants juvéniles. Thèse de médecine, Paris; 1914.
- **Heuyer, G, Lebovici, S.** Forme conditionnée de l'instabilité psychomotrice. Arch. Franç. Société de Pédiatrie, 1951; 8: 548-549.

RÉFÉRENCES

- **Hoffmann H.** Der Struwwelpeter oder lustige Geschichten und drollige Bilder für Kinder von 3-6 Jahren. Frankfurt am Main, Kütten und Löning, 1845.
- **Hohman LB.** Post-encephalitic Behaviour Disorders in Children. Johns Hopkins Hospital Bulletin 1922; 390: 372-375.
- **Lecendreux M, Konofal E, Faraone SV.** Prevalence of ADHD and associated features in French children. J Att Dis. Publication en cours.
- **Marquez M.** L'inattention, ses causes et les moyens de les combattre dans les écoles officielles de l'état de Chihuahua, Mexique. Troisième congrès international d'hygiène scolaire. Paris 2-7 août 1910.
- **McKeith R, Bax M.** Minimal cerebral dysfunction (Papers from the international study group held at Oxford, September 1962). Little club clinics in development medicine, N° 10. London, Heinemann, 1963.
- **Misès R, Quemada N, Botbol M, Bursztejn CL, Durand B, Garrabé J, Golse B, Jeammet Ph, Plantade A, Portelli Ch, Thevenot JP.** Nouvelle édition de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA-2000).
- **OMS.** Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10^e Révision (CIM-10). 1990 (actualisée 2007).
- **Philippe J, Paul-Boncour G.** Les anomalies mentales chez les écoliers étude médico-pédagogique par les docteurs. Paris, Alcan, 1905.
- **Ribot T.** Psychologie de l'attention. Paris, Alcan, 1889.
- **Robin G.** Essai d'interprétation neurologique d'une forme d'inattention idiopathique chez l'enfant. L'hygiène mentale. 1932; 27 (8): 217-22.
- **Still GF.** The Coulstonian Lectures on some abnormal psychical conditions in children. Lancet, 1902; 1008: 168.
- **Strauss AA, Lehtinen LE.** Psychopathology and Education of the Brain Injured Child. New York, Grune and Stratton, 1947.
- **Wallon H.** L'enfant turbulent. Paris, Alcan; 1925.

Promouvoir une meilleure compréhension du TDAH

Shire, une expertise du TDAH de plus de 10 ans à travers le monde

Toujours dans un esprit de partenariat, Shire travaille avec l'ensemble des acteurs de santé impliqués dans la prise en charge du TDAH : experts, médecins hospitaliers, médecins de ville, infirmières, associations de patients, travailleurs sociaux,...

Les trois ambitions de Shire

- Élargir la connaissance sur le TDAH et la faire partager par le plus grand nombre ;
- Favoriser une prise en charge multimodale ;
- Développer une gamme de traitements qui utilisent des mécanismes d'action différents pour les enfants, les adolescents et les adultes afin de répondre au mieux aux besoins de chacun des patients.

Shire remercie le Dr Éric Konofal de lui avoir apporté son concours pour la réalisation de ce résumé de l'histoire du TDAH.



Dr Éric Konofal

Service de psychopathologie
de l'enfant et de l'adolescent
Centre pédiatrique
des pathologies du sommeil
Centre de référence de la narcolepsie
et hypersomnies rares
Assistance Publique Hôpitaux de Paris
Hôpital Robert Debré
Paris



instabilité
inimentible

1817
2010

perkinosie
Animal Brain Damage

ENQUÊTE DE PHILIPPE LE BALANÇON



Trouble
déficit de
l'attention



Shire