

Le diagnostic

Dernier ajout – mercredi 12 mai 2010.

Démarche pratique pour le diagnostic de TDAH

Conférence de Samuele Cortese

vendredi 15 juillet 2005, mis à jour le 30 janvier 2010, par [Samuele Cortese](#)

Le diagnostic de TDAH exige le recueil et l'analyse de données issues de diverses sources d'informations et de situations cliniques que le praticien aura à solliciter ou mettre en œuvre :

L'entretien avec les parents : leurs plaintes et les symptômes décrits permettent d'orienter la suite des investigations diagnostiques.

L'entretien avec l'enfant : la description des symptômes du TDAH peut être difficile par l'enfant. Il peut mieux décrire les symptômes d'anxiété ou de dépression qui peuvent être associés au TDAH.

L'observation clinique : il importe de savoir que les symptômes sont souvent atténués durant la consultation. Le recueil de vidéos du comportement du patient dans des situations naturelles et variées (maison, école, loisirs) est alors souhaitable.

Informations des tiers : Carnet de santé, compte-rendus d'examens du médecin traitant, du médecin et psychologue scolaire.

Questionnaires : pour les parents - enfants - enseignants (Échelles de Conners, par exemple). Il faut noter qu'ils ne sont absolument pas suffisants pour établir un diagnostic, mais peuvent être utiles pour suivre l'évolution de la sévérité du trouble.

L'examen médical : il permet le dépistage de certains troubles associés ainsi que l'indication des examens para-cliniques que le praticien estimera nécessaires, selon l'état physique du patient.

L'évaluation neuropsychologique : les tests ne permettent pas un diagnostic du TDAH. Il n'existe pas de profil psychométrique spécifique à ce trouble. Néanmoins, l'analyse de la distribution des scores à certains subtests permet la mise en évidence de troubles de l'attention, ce qui peut représenter un signe d'appel majeur.

Recherche de troubles associés et d'un diagnostic différentiel éventuel : le TDAH, se rencontre rarement isolément, car ses retentissements induisent fréquemment d'autres troubles qui peuvent même le masquer (Ex : les troubles oppositionnels, souvent consécutifs au rejet de l'entourage).

Évaluation de la réponse au traitement : absence de réponse au traitement peut être le signe d'appel d'un diagnostic différentiel. Cependant, il arrive que des sujets avec TDAH, ne répondent pas au protocole usuel. Une adaptation thérapeutique est alors à rechercher, et cela risque parfois de décourager le patient. Une réponse positive au traitement peut être une confirmation du diagnostic.

L'examen clinique de l'enfant TDAH

Marie-Christine Mouren, Professeur de pédopsychiatrie

Introduction

Le Professeur Mouren note que dans son service, à Robert Debré, il y a eu, de tout temps, une empathie particulière à l'égard des enfants hyperactifs. Cette empathie existait déjà lorsque le service était dirigé par son prédécesseur, le professeur DUGAS.

Marie-Christine MOUREN voit beaucoup d'enfants TDAH en consultation : « pratiquement que ça ! ». A la perplexité de ses collègues : « Tu dois t'ennuyer ? », elle répond sans hésiter : « jamais ! ». Faisant observer que les enfants hyperactifs « sont tous différents », et qu'ils forment une population hétérogène.

Madame MOUREN reçoit en consultation des enfants TDAH depuis une quinzaine d'années, enfants mais aussi adolescents, tous âges confondus. Plus le temps passe, plus les interrogations concernant ces enfants se multiplient, note-t-elle, insistant sur « le cadre extrêmement hétérogène » que constitue l'hyperactivité. Un cadre qui évoluera, se démembrera ; son impression, et celle de tous les pédopsychiatres, étant qu'il existe des sous-types, des catégories différentes d'enfants ou adolescents hyperactifs. Cela étant, même si les classifications aident au diagnostic, il n'en demeure pas moins que celui-ci n'est jamais facile. On observe souvent, en effet, la présence de troubles que l'on peut qualifier de « sub-cliniques » ; les critères reconnus du trouble déficit de l'attention /hyperactivité se situent alors en deçà du seuil requis ; parfois également, tous ces critères ne sont pas présents. On parlera volontiers, dans cette hypothèse, de « dimension » de l'hyperactivité, ces dimensions recouvrant, par exemple, l'impulsivité, l'instabilité motrice.

Dès lors, il est important de noter que le TDAH présente un double aspect : celui d'une catégorie, certes, - mais aussi celui d'une dimension ; et il en va de même lorsqu'on aborde la comorbidité, dont la recherche fait partie de l'examen clinique.

Concernant ainsi la comorbidité, il conviendra de se poser la question suivante : s'agit-il bel et bien d'un trouble associé au TDAH ? ou ce trouble fait-il partie de l'hyperactivité elle-même ?

Sur ce dernier point, Marie-Christine MOUREN conclue : « Il m'est arrivé plus d'une fois de distinguer deux troubles, alors qu'il s'agit d'un seul et même trouble ».

Elle prend pour exemple celui des troubles psychomoteurs. Ceux-ci font partie du tableau clinique du TDAH ; dès lors, le risque est de faire un diagnostic indépendant, et superflu, de troubles psychomoteurs, alors que ces troubles sont caractéristiques de l'hyperactivité.

C'est dire la complexité que revêt l'examen clinique, s'agissant par ailleurs d'une question, celle du TDAH, très évolutive sur tous les plans : clinique donc, mais aussi neuro-psychologique, imagerie cérébrale, et traitements.

Madame le professeur Marie-Christine MOUREN nous parle ensuite de sa pratique à l'hôpital Robert Debré.

Elle note, d'emblée, que celle-ci varie, et peut être différente selon les collègues. Il n'y a donc « aucune pratique inscrite dans le marbre pour une personne donnée ».

L'examen clinique est opéré à partir de plusieurs sources de renseignements : la famille, l'enfant ou l'adolescent lui-même, les enseignants, et plus généralement, toute personne de son entourage, éducateur ou rééducateur notamment.

Il s'agit par conséquent d'un « diagnostic multi-sources » qui sera posé, sur la base de plusieurs consultations, au moins deux, plutôt trois. Il est rare que le traitement soit prescrit dès la première consultation.

- **Entretien avec les parents**

Il s'agit de poser un diagnostic de Trouble déficit de l'attention/hyperactivité « dans sa phase actuelle », souligne Marie-Christine MOUREN. La présence des différents symptômes est examinée : difficultés de concentration, impulsivité, agitation psychomotrice ; l'agitation psychomotrice est le symptôme le moins bien connu ; il peut s'agir d'une agitation sur place, ou d'une déambulation dans l'espace.

A cette occasion, il sera opéré un « démembrement de chacun de ces symptômes », afin de bien les distinguer. A noter que les « petits symptômes », tels que l'autoritarisme, l'entêtement, la mauvaise estime de soi, ne doivent pas être négligés. De même, on prêtera attention à la labilité émotionnelle, qui peut aller d'une extrême sollicitude vis-à-vis d'autrui à des affects de colère, ou d'irritabilité.

- Une notion importante : la variation de la symptomatologie selon le contexte et l'âge.

Cette notion est à prendre en compte, notamment à l'occasion de l'interrogatoire des parents. Cet interrogatoire est adapté à l'âge du sujet ; si c'est un enfant, les questions seront différentes selon qu'il est ou non en âge scolaire ; les questions varieront aussi si le sujet est adolescent.

- A quel âge les troubles ont-ils commencé ?

Pour dessiner une sémiologie du développement des troubles du sujet, il convient de rattacher le tableau clinique actuel à son début. En général, la réponse des parents est : « C'est comme ça depuis le début ».

- Antécédents familiaux d'hyperactivité

Les questions seront posées : « Le sujet est-il le seul dans la famille à se comporter de cette façon ? » ; « et vous Madame ? » ; « et vous Monsieur, votre cursus ? » ; « Est-ce quelque chose que vous avez vous-même éprouvé ? » ; et, avec tact : « Etes-vous encore un peu comme cela ? ». Une notion : celle d'agrégation familiale du trouble déficit de l'attention/hyperactivité.

- Questions aux parents sur la comorbidité

Marie-Christine MOUREN rappelle qu'il convient de ne pas tomber, ici, dans le piège des troubles associés. « Ce que je qualifiais parfois de troubles associés fait partie intégrante du trouble du TDAH » souligne-t-elle, revenant sur des aspects passés de son expérience. Ce questionnement, troubles associés ou troubles propres à l'hyperactivité, n'est pas qu'intellectuel. En effet, si le trouble comorbide, (prenons l'exemple de la mauvaise coordination motrice), est inclus dans le tableau clinique du trouble déficit de l'attention/hyperactivité, le médicament pourra améliorer le comportement du sujet, alors que de multiples séances psychomotrices déboucheront sur peu de résultat. A l'inverse, une dysorthographe réelle par exemple, que masquerait l'hyperactivité, nécessitera un diagnostic autonome et une rééducation.

Parfois, un glissement s'opère, chez le sujet, vers le trouble des conduites antisociales. Ce qui se manifeste alors par le passage à des actes agressifs, ou une agressivité détournée.

De même, pour l'abus de substances, la question de la comorbidité sera abordée. Dans ce cas, note le professeur MOUREN : « je pose directement la question aux plus grands ».

- Dernier temps de l'interrogation familiale : une évaluation générale

Cette partie de l'examen clinique n'est pas spécifique au TDAH, mais elle fait partie néanmoins du diagnostic. Seront examinés : l'histoire de la grossesse ; l'accouchement et les conditions de la naissance (traumatismes obstétricaux, tabagisme, alcoolisme de la mère, etc.) ; tous les facteurs de risque et donc d'environnement du trouble déficit de l'attention/hyperactivité ; les premiers développements du tempérament de l'enfant, notamment quant à son sommeil, l'existence de tics éventuels, ou d'une épilepsie... Une histoire médicale de l'enfant sera ainsi dressée. Enfin, au terme de cette première consultation, on donnera aux parents l'échelle de Connors qui leur est spécifique. Ils rapporteront cette échelle d'évaluation lors de la deuxième consultation.

- **Consultation avec l'enfant ou l'adolescent**

On procédera avec l'enfant ou l'adolescent à une évaluation du retentissement du trouble, c'est-à-dire son mal être, sa vie de « puni », de rejeté, d'enfant en échec, d'enfant victime.

Il convient d'apprendre, souligne Marie-Christine MOUREN, « à les regarder bouger ». « Ils passent sous le bureau, jouent avec les stores, les cassent parfois, mais parfois, ils ne font rien de tout ça ! ».

Ainsi, l'observation en situation constitue une grande aide au diagnostic. En bref, il convient d'apprendre à écouter, à voir, à ne pas se contenter seulement d'écouter, et de transcrire sur le dossier.

- **Enseignants**

Une échelle d'évaluation de Connors existe pour les enseignants. Parfois, un contact téléphonique avec l'enseignant est pris à l'hôpital.

- **Examens complémentaires**

Ils prennent la forme de tests psychologiques projectifs. Peuvent être entrepris également un examen de langage, un niveau scolaire, une mesure de l'efficacité intellectuelle. Concernant les tests neuro-psychologiques, Marie-Christine MOUREN fait part de sa perplexité : « J'attends qu'on m'apprenne comment les utiliser en routine ».

Sont-ils destinés à évaluer le retentissement, ou à établir un diagnostic ? Personnellement, Marie-Christine MOUREN ne pense pas qu'ils puissent être mis à profit pour établir un diagnostic.

L'examen somatique : dans l'idéal, il faut le faire avec un neuro-pédiatre, qui peut interpréter les « petits signes » et peut guider les examens complémentaires (IRM, tracé encéphalogramme, caryotype).

- **Diagnostic positif et diagnostic différentiel**

Marie-Christine MOUREN rappelle la distinction entre « diagnostic positif et différentiel », entre catégories d'hyperactivité et dimensions de l'hyperactivité. Sur ces points également, le neuro-pédiatre a un rôle à jouer.

Enfin, Marie-Christine MOUREN souligne que pour le moment, le diagnostic débouche sur une « adaptation thérapeutique plutôt univoque » (traitement médicamenteux), mais on peut penser qu'à l'avenir, un ciblage thérapeutique plus adapté sera possible

1. Question au professeur MOUREN-SIMEONI relative à la comorbidité troubles anxieux, troubles de l'humeur et hyperactivité

Réponse : Souvent les troubles anxieux ou les troubles de l'humeur sont des troubles « internalisés », qui sont présents et intriqués à l'hyperactivité. Se pose donc, en effet, la question de la réalité de tableaux comorbides ; il est patent que ces troubles sont soit la conséquence de l'hyperactivité, soit composent avec elle un seul trouble qui aurait plusieurs versants.

2. Question aux professeurs MOUREN-SIMEONI et MAZET sur l'origine purement chimique de l'hyperactivité, ou alors, une origine qui serait liée à l'enfance, après quoi un processus chimique se mettrait en place ?

Réponse professeur MAZET : Le modèle de développement du TDAH est un modèle « bio-psycho-social ». Il existe donc bel et bien des facteurs multiples à l'œuvre dans l'hyperactivité. Toutefois, il ne faut pas confondre causes et mécanismes de l'hyperactivité. Aussi, ce n'est pas parce que l'on aura isolé des problèmes de dysfonctionnement au niveau des neuromédiateurs (donc, des mécanismes) qu'on aura déterminé pour autant des causes au trouble lui-même. Il y a donc là, en effet, un vrai problème, dans l'ordre des causes et des mécanismes, psychologiques et neuro-biologiques de l'hyperactivité.

Réponse professeur MOUREN-SIMEONI : Aujourd'hui, personne ne peut se prévaloir d'avoir compris l'articulation des mécanismes de l'hyperactivité, qu'ils soient neuro-chimiques ou environnementaux au sens

large, c'est-à-dire intégrant par surcroît l'anté-natal. « Chaque fois que vous lisez des choses catégoriques à ce sujet, - fermez le livre ! » (applaudissements).

P.-S.

conférence de Marie-Christine Mouren, professeur de psychiatrie, chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hôpital Robert Debré, Paris.

Critères de diagnostic DSMIV

mardi 19 avril 2005, mis à jour le 30 janvier 2010
Critères diagnostiques du DSM-IV (1994)

CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE : DEFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITE

A) Présence de (1) ou de (2) :

(1) Six des symptômes suivants d'**inattention** (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités ;
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux ;
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement ;
- d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (non 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 (jouets, cahiers, crayons, livres, 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 6 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 les situations où cela est inapproprié ;
- 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 trop souvent ;

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 (par exemple 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'environnement différents (par exemple école, travail, 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 du 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 (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité).

Sous-types cliniques

Déficit de type mixte ou combiné : les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.

Déficit de type inattention prédominante : le critère A1 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A2.

Déficit de type hyperactivité/impulsivité prédominante : le critère A2 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1.

Voir en ligne : [Rappel des Symptômes et des Critères Diagnostiques du TDAH](#)

Carence en fer dans le TDAH

mercredi 12 mai 2010, mis à jour le 12 mai 2010, par [Dr Eric Konofal](#), [Karine Maudhuy](#)

Une équipe de médecins français a mis en évidence un taux de ferritine bas, sans anémie, chez un grand nombre d'enfants atteints de Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité.

Une découverte importante puisqu'elle pourrait modifier la manière d'envisager les soins chez les enfants atteints de Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité. L'étude* lancée par le Dr Éric Konofal et plusieurs de ses confrères de l'Hôpital Robert Debré montre que près de 84% des enfants atteints de Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité présentent un taux bas de ferritine sans anémie.

Entre mars 2002 et juin 2003, 53 enfants de 4 à 14 ans (dont 45 garçons) atteints de Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité ont été recrutés à l'Hôpital Robert Debré. Parallèlement, un groupe témoin a été constitué de 27 enfants non atteints (dont 20 garçons). Un dosage de ferritine a été effectué chez les enfants des deux groupes, ainsi qu'une évaluation de la présence du trouble et de son degré de sévérité par le biais du test de Connors. Dans le groupe des enfants atteints de Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité, 84% des sujets (soit 42 enfants) présentait un taux de ferritine inférieur à 30 ng/ml, contre 18% des sujets du groupe témoin (soit 5 enfants). Pour 32% des sujets atteints (soit 17 enfants), le taux était inférieur à 15 ng/ml. Pour rappel, pour les enfants de 1 à 15 ans, le taux de ferritine doit être normalement compris entre 30 et 150 ng/ml. La ferritinémie moyenne du groupe des enfants atteints était de 23 ± 13 ng/ml contre 44 ± 22 ng/ml pour les enfants du groupe témoin. Ces enfants ne présentaient pas d'anémie et avaient une hémoglobine et un volume globulaire moyen dans les limites de la normale. Dans certains cas, il a été noté une augmentation des récepteurs solubles de la transferrine, dont le rôle est de favoriser le passage du fer, notamment au niveau central. Les résultats du test de Connors montrent que les enfants présentant les taux les plus bas de ferritine étaient également ceux dont les symptômes comportementaux et les troubles cognitifs étaient les plus sévères. Depuis le mois de septembre 2004, un essai multicentrique a été mis en place pour compléter en sulfate de fer les enfants atteints de Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité dont la ferritine est basse. L'objectif étant de voir si l'état de santé peut s'améliorer et si éventuellement il peuvent se passer d'autres thérapeutiques. Les résultats sont attendus pour 2005. Cette étude est la première qui met en évidence la carence en fer chez les enfants atteints de TDAH et a bénéficié d'un brevet de la mission de valorisation de l'AP-HP.

Voir en ligne : [Iron Deficiency in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder](#)

P.-S.

* E. Konofal, M. Lecendreux, I. Arnulf, M.-C. Mouren, « Arch Pediatr Adolesc », vol. 158, décembre 2004, pp. 1113-1115