

Marie-Christine Brault

La conceptualisation et la mesure de l'inattention et de l'hyperactivité

Travail présenté à
Johanne Collin
Claire Durand
Éric Lacourse

Dans le cadre du cours SOL 7120
Examen Général de Synthèse

Université de Montréal
7 septembre 2007

Résumé

Réalisé dans le cadre d'un Examen général de synthèse, ce travail vise à faire le bilan de l'évolution des concepts d'hyperactivité et d'inattention, de leurs premières apparitions au 19^e siècle jusqu'à leurs inclusions dans la quatrième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Le travail aborde également la mesure des symptômes associés au Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et discute de la validité des critères diagnostiques associés. Finalement, le travail aborde également les inégalités de genre observées au niveau de la prévalence du trouble.

Mots-clés

Réaction hyperkinétique de l'enfance; trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA); déficit de l'attention (DDA); Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH); hyperkinésie; syndrome hyperkinétique; conceptualisation; historique.

| | |
|---|-----------|
| 1. LES CONCEPTUALISATIONS DE L'HYPERKINÉSIE | 2 |
| 1.1 CONCEPTUALISATIONS MÉDICALES DU TROUBLE | 2 |
| 1.1.1 Premières identifications du trouble : contrôle moral et atteintes cérébrales | 2 |
| 1.1.2 Réaction hyperkinétique de l'enfance..... | 6 |
| 1.1.3 Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité..... | 7 |
| 1.1.4 Trouble hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA)..... | 8 |
| 1.1.5 Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) | 9 |
| 1.1.6 Troubles hyperkinétiques..... | 10 |
| 1.1.7 Les instruments de mesure..... | 11 |
| 1.1.8 Synthèse de la conceptualisation médicale..... | 12 |
| 1.2 CONCEPTUALISATIONS SOCIOLOGIQUES DE L'HYPERKINÉSIE..... | 13 |
| 1.2.1 Hyperkinésie : comportement déviant | 13 |
| 1.2.2 Hyperkinésie : maladie..... | 14 |
| 1.2.3 Hyperkinésie : construction sociale..... | 15 |
| 1.2.4 Hyperactivité situationnelle..... | 15 |
| 1.2.5 Synthèse de la conceptualisation sociologique..... | 16 |
| 2. LA VALIDITÉ ET LA FIABILITÉ DES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'HYPERKINÉSIE..... | 16 |
| 2.1 VALIDITÉ DES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TDA/H | 17 |
| 2.1.1 Manque de précision des critères | 18 |
| 2.1.2 Nombre minimum de critères requis..... | 18 |
| 2.1.3 Durée minimale des symptômes et perspective développementale | 19 |
| 2.1.4 Prévalence différente selon les critères utilisés..... | 20 |
| 2.1.5 Répondants et environnements | 20 |
| 2.1.6 Synthèse | 21 |
| 2.2 VALIDITÉ DES PRINCIPAUX SYMPTÔMES ET DES SOUS-TYPES DE L'HYPERKINÉSIE | 21 |
| 2.3 LA COMORBIDITÉ ET LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS..... | 24 |
| 2.4 LA STABILITÉ DANS LE TEMPS | 25 |
| 2.5 SYNTHÈSE | 26 |
| 3. HYPERKINÉSIE ET GENRE : DES EXPLICATIONS | 26 |
| 3.1 COMPOSITION DES ÉCHANTILLONS | 27 |
| 3.2 IDENTIFICATION DES SYMPTÔMES DE L'HYPERKINÉSIE | 28 |
| 3.3 L'INATTENTION DES FILLES ET LES COMPORTEMENTS EXTÉRIORISÉS DES GARÇONS | 29 |
| 3.4 BIAIS MÉTHODOLOGIQUES..... | 30 |
| 3.5 SYNTHÈSE | 31 |
| 4. CONCLUSION..... | 31 |
| RÉFÉRENCES..... | 34 |
| ANNEXE 1..... | 39 |

Les comportements d'hyperactivité, d'impulsivité et d'inattention sont communs chez les enfants, mais diffèrent dans leur intensité et leur fréquence. D'après l'étude menée par Romano *et al.* (2002) en 1994-1995 sur un échantillon représentatif de la population canadienne, 5 à 17% des filles et 9 à 23% des garçons âgés entre 2 et 11 ans présentent souvent des comportements d'hyperactivité-impulsivité, alors que 1 à 18% des filles et 1 à 14% des garçons ont souvent des comportements d'inattention. La manifestation fréquente, intense et inappropriée de ces comportements est considérée pathologique et s'inscrit sous le diagnostic médical du Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) (APA, [1994] 1996). Ce trouble comprend trois sous-types : 1) Inattention prédominante, caractérisé par des comportements inattentifs (être facilement distrait, être dans la lune, ne pas avoir d'attention soutenue, etc.); 2) Hyperactivité/impulsivité prédominante, caractérisé par des comportements hyperactifs (ne pas rester en place, bouger de manière excessive, etc.) et impulsifs (être impatient, avoir de la difficulté à attendre son tour, etc.) et; 3) type Mixte, caractérisé par des comportements inattentifs, hyperactifs et impulsifs¹.

Dans un article portant sur l'aspect épidémiologique du TDA/H où il compare 11 études effectuées entre 1990 et 2000, Buitelaar (2002) rapporte une prévalence générale de 5 à 10%, mesurée à l'aide des critères du DSM-III-R (APA, [1987] 1989). Il semble que la prévalence du TDA/H aux États-Unis a plus que triplé entre 1990 et 1998 (Robison *et al.* 2002). Les données épidémiologiques sont rarement plus précises, puisque la prévalence diffère selon les caractéristiques étudiées, notamment selon le choix de répondant, de population, de méthodologie et de mesure (Barkley, 2003; Buitelaar, 2002; Staller & Faraone, 2006). Afin de poser un regard critique sur le trouble et sur les chiffres qui le caractérisent, ce travail mettra l'accent sur le concept et la mesure de l'hyperactivité en répondant aux questions suivantes : *Faites le bilan de l'évolution des concepts d'hyperactivité et d'inattention. De quand date l'apparition de ces concepts? Comment ces concepts et leur mesure ont-ils évolué? Y a-t-il eu et y a-t-il encore plusieurs manières de les mesurer? La ou les mesures sont-elles fiables et surtout sont-elles valides*

¹ Les détails concernant le diagnostic actuel sont présentés à la section 1.5. L'Annexe 1 présente tous les critères tels qu'ils apparaissent dans le DSM-IV (APA, [1994]1996) et dans ses versions antérieures.

par rapport à la définition du concept. En quoi la mesure ou le concept semblent-ils liés au genre, i.e. identifier plus de garçons souffrant du problème que de filles? Distinguer les perspectives sociologique et psychologique sur cette question.

Le travail comprendra trois sections principales. La première partie concerne les conceptualisations de l'hyperkinésie. Les conceptualisations médicales, du début du XX^e siècle à nos jours, sont d'abord présentées, suivi des conceptualisations sociologiques du trouble. La seconde section est une critique de la validité et de la fiabilité des critères diagnostics utilisés par la conceptualisation médicale du trouble. La troisième section présente quelques-unes des explications possibles à la surreprésentation des garçons dans les taux de prévalence de l'hyperkinésie.

1. Les conceptualisations de l'hyperkinésie

Plusieurs appellations sont actuellement utilisées pour faire référence au diagnostic et aux comportements hyperactifs, impulsifs et inattentifs des enfants. Les plus connues sont « trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) », « trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) », « déficit de l'attention (DDA) », « hyperkinésie » et « syndrome hyperkinétique ». En anglais, on parle de « Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) », « Attention Deficit Disorder (ADD) » et « Hyperkinetic Disorder (HKD) ». L'appellation commune, voire familiale, du trouble est l'« hyperactivité » mais ce nom est incomplet, puisqu'il ne tient pas compte de l'aspect inattention du trouble. Pour les besoins de ce travail, le terme « hyperkinésie » sera privilégié puisqu'il permet, contrairement au terme hyperactivité, d'inclure tous les comportements (inattention, hyperactivité, impulsivité) liés au TDA/H et à ses sous-types (Conrad & Schneider, [1980] 1992), en plus d'inclure toutes les nomenclatures des diagnostics antérieurs.

1.1 Conceptualisations médicales du trouble

1.1.1 Premières identifications du trouble : contrôle moral et atteintes cérébrales

Bien qu'il ait fallu attendre la fin des années 1960 pour que soit rédigé le premier diagnostic officiel d'hyperkinésie (APA, 1968), les comportements d'hyperactivité,

d'impulsivité et d'inattention des enfants ont été identifiés beaucoup plus tôt. L'on rapporte que Shakespeare aurait mentionné une "malady of attention" dans sa pièce King Henry VIII (Barkley, 2003) et qu'un médecin allemand, poète et écrivain pour enfant à ses heures, décrivit les comportements d'hyperactivité d'un jeune garçon dans son conte intitulé *The story of fidgety Philip* (Barkley, 2003; Sandberg & Barton, 2002) : «Let me see if he is able to sit still for once at table. [...] Restless child » (Hoffman, 1845). Toutefois, la conceptualisation médicale de l'hyperkinésie prend source seulement au début du XXe siècle, alors que Georges Frederic Still présente en 1902 ses descriptions cliniques qui constituent la première « vraie » identification de l'hyperkinésie (Barkley, 2003; 2006; Brancaccio, 2000; Lakoff, 2000; Rafalovich, 2004, Sandberg & Barton, 2002; Timimi, 2002). Certains auteurs rapportent toutefois que les comportements identifiés par Still auraient aussi bien pu être associés à ce que l'on appelle de nos jours le trouble de conduite ou le trouble d'opposition (Barkley, 2006; Singh, 2002)

Le contexte social et idéologique de l'époque semble avoir été propice aux travaux de Still et a sans aucun doute teinté les descriptions faites par le médecin anglais. Selon la thèse soutenue par Rafalovich (2001; 2004), qui dresse un portrait complet de l'évolution sociale de l'hyperkinésie de 1877 à la moitié du 20^e siècle, les études sur l'imbécillité ont ouvert la porte aux premières études sur la santé mentale des personnes dites « normales », i.e. sans handicap mental, ni malformation cérébrale, devenant ainsi le point de départ de la médicalisation des comportements déviants. Dans le but de clarifier le diagnostic de l'idiotie, qui était devenu un concept fourre-tout identifiant toutes les personnes inadaptées socialement, la notion d'imbécillité est utilisée pour représenter un phénomène médical d'un degré de sévérité moindre. Toutefois, à cause des comportements maladroits des individus « imbéciles », notamment leur non-respect des lois et leur incapacité à avoir des comportements socialement acceptables, l'imbécillité est renommée « imbécillité morale » et se définit comme l'incapacité de l'individu, dès son plus jeune âge, à contrôler sa morale et à agir de façon légale (Rafalovich, 2001; 2004). À son tour, G.F. Still a identifié chez 20 enfants de son échantillon une « lacune au niveau du contrôle moral » [defect of moral control] caractérisée par la manifestation extrême des comportements tels : de l'agitation, une incapacité à soutenir l'attention, un

non-respect des lois, de l'agressivité et de l'opposition (Barkley, 2003; Rafalovich 2001; Sandberg & Barton, 2002). Il a également noté que ces comportements étaient plus prononcés et avaient des effets néfastes dans le contexte scolaire (Brancaccio, 2000; Rafalovich, 2001; Sandberg & Barton, 2002).

Pour prouver l'origine biologique des lacunes au niveau du contrôle moral, Still a exclu de l'échantillon les enfants qui ont été élevés dans un milieu éducatif pauvre [poor-child rearing]. Il fait alors l'hypothèse que les comportements inappropriés résulteraient d'incidents prénataux ou postnataux et ce malgré le fait que les enfants observés aient un quotient intellectuel similaire à la moyenne, sans aucune pathologie, ni lésion apparente au cerveau (Barkley, 2006; Rafalovich, 2001; Sandberg & Barton, 2002). L'étiologie suggérée par Still a été appuyée, puis améliorée par Tregold en 1908. Ce contemporain de Still a mis l'accent sur des dommages cérébraux potentiels comme étant à l'origine de ces comportements, ce en fait le précurseur de l'appellation « atteinte cérébrale légère » [minimal brain damage] qui sera utilisé ultérieurement (Sandberg & Barton, 2002).

La conceptualisation médicale et l'étiologie de l'hyperkinésie ont été grandement influencées par l'épidémie d'encéphalite qui a eu lieu en Amérique en 1917-1918 (Barkley, 2003; Rafalovich, 2001; Sandberg & Barton, 2002; Timimi, 2002). Surnommée « maladie du sommeil » [sleepy sickness], cette condition était caractérisée par de la fièvre, des hallucinations et une lenteur extrême (Rafalovich, 2001). Plusieurs jeunes ayant survécu à l'encéphalite ont développé des troubles résiduels qui ressemblaient énormément aux manifestations de l'hyperkinésie, telles qu'on les connaît aujourd'hui : agitation extrême, impulsivité et manque de concentration (Barkley, 2003; Brancaccio, 2000; Rafalovich 2001). Les jeunes manifestant ces séquelles étaient étiquetés comme ayant une atteinte cérébrale nommée trouble de comportement post-encéphalitique [Postencephalitic behaviour disorder] (Sandberg & Barton, 2002). Ainsi, même si la preuve des lésions cérébrales restait encore à être démontrée, l'hypothèse biologique préconisant des dommages au cerveau émise par Still et Tregold a été renforcée par l'épidémie d'encéphalite et par plusieurs autres études de cette époque (pour plus de détails, voir Sandberg & Barton, 2002). Cet épisode a éclipsé la notion d'imbécillité

morale, puisque l'encéphalite permettait d'identifier une « vraie » cause physiologique aux comportements déviants des enfants (Rafalovich, 2001).

Cet événement est marquant dans l'histoire de l'hyperkinésie (et même pour l'histoire de la santé mentale). Selon la thèse de Rafalovich (2001), les découvertes faites lors de l'épidémie d'encéphalite sont importantes d'une part pour les médecins, qui y voient une avancée dans la précision du trouble et d'autre part pour les sociologues, qui y voit une première indication de médicalisation des patients sans trouble cérébral. Par ailleurs, l'étiologie neurologique de l'hyperkinésie préconisée au début du XX^e siècle est encore la perspective dominante de nos jours (Rafalovich, 2001; Singh, 2002), même si l'absence de preuve demeure (Collège des médecins du Québec, 2001).

Un autre événement est venu renforcer la croyance de la cause biologique-neurologique de l'hyperkinésie. Charles Bradley a découvert à la fin des années 30 que la benzédrine, un psychostimulant utilisé chez les adultes, permettait d'améliorer les comportements hyperactifs des enfants, ainsi que leur performance scolaire (Barkley, 2003; Conrad & Schneider, [1980]1992; Sandberg & Barton, 2002; Singh 2006). Examiné sociologiquement, cet événement prend une importance beaucoup plus grande : Conrad & Schneider ([1980] 1992) suggèrent que le mécanisme de contrôle social, c'est-à-dire le traitement pharmacologique, a précédé la conceptualisation claire du trouble pour lequel il était destiné, celle-ci n'apparaissant que 30 ans plus tard².

Grâce à la supposition de l'étiologie biologique du trouble, l'hyperkinésie a été désignée par l'appellation « atteinte cérébrale légère » [minimal brain damage] pendant quelques années (Barkley, 2003; Sandberg & Barton, 2002; Timimi, 2002). Toutefois, une insatisfaction envers les appellations référant à des dommages cérébraux apparaît dès la fin des années 1950, puisque d'une part les causes physiologiques du trouble ne sont toujours pas clairement prouvées, d'autre part la popularité des explications psychanalytiques aux comportements hyperactifs amène une nouvelle perspective (Barkley, 2003; Sandberg & Barton, 2002; Timimi, 2002). Dès lors, deux nouvelles

² Vous trouverez plus de détails dans la réponse à la question doctorale de Johanne Collin.

conceptualisations apparaissent. La première reflète la possibilité, malgré l'absence de preuves, que le trouble puisse être d'origine biologique : l'appellation « atteinte cérébrale légère » devient donc « dysfonction cérébrale légère » [minimal brain dysfunction] (Barkley, 2003; Sandberg & Barton, 2002). Cette appellation est encore utilisée de nos jours, notamment en Europe. La seconde influencera le premier diagnostic officiel : l'utilisation du mot « hyperkinétique » fait son apparition dans la littérature sous les appellations « Syndrome hyperkinétique de l'enfance » [hyperkinetic syndrome of childhood] (Singh, 2006), « Syndrôme des comportements hyperkinétiques » [hyperkinetic behaviour syndrome] ou « trouble des impulsions hyperkinétiques » [hyperkinetic impulse disorder] (Baeyens *et al.*, 2006; Sandberg & Barton, 2002).

1.1.2 Réaction hyperkinétique de l'enfance

La première mention officielle de l'hyperkinésie comme étant un trouble mental apparaît dans la 2^e version du Diagnostic and Statistical Manuel (DSM-II, APA, 1968)³. Ce guide médical sur la santé mentale identifie la « Réaction hyperkinétique de l'enfance » comme étant un trouble du comportement se caractérisant par quatre symptômes : l'hyperactivité, l'agitation, la distraction et le manque d'attention. À cette époque, l'accent est mis sur la dimension « hyperactivité » et sur la nature comportementale du trouble. L'impulsivité n'est pas un symptôme reconnu (Toone, 2002). Cette nomenclature reflète l'insatisfaction envers l'étiologie neurologique, puisque l'utilisation du mot « réaction » suppose que le trouble est une réaction à un stress psychologique (Schachar & Sergeant, 2002; Singh, 2002) et non plus un dommage cérébral.

Cette première description officielle est toutefois très vague et sans véritable utilité pratique, puisqu'elle manque de détails, qu'elle ne décrit pas les comportements problématiques de manière précise et que par conséquent, elle sème la confusion et le désaccord chez les professionnels (Anastopoulos & Shelton, 2001). Par ailleurs, la

³ En Amérique, le *DSM* est la principale mesure employée pour évaluer et diagnostiquer les troubles mentaux (Schachar & Sergeant, 2002). Ce guide de référence présente une description clinique de chacun des troubles, une liste de symptômes, ainsi que les items permettant de les identifier et de les mesurer. Il existe à ce jour quatre versions du *DSM*, dont la dernière est une édition révisée, *DSM-IV-R* (APA, [2000] 2003).

perspective développementale suppose que le trouble touche uniquement les enfants et que la réaction disparaît à l'adolescence (APA, 1968).

1.1.3 Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Un changement majeur dans la conceptualisation de l'hyperkinésie fait son apparition à la fin des années 1970. Une nouvelle nomenclature et de nouveaux symptômes sont popularisés par les travaux de recherche de Virginia Douglas, professeure à l'Université McGill, qui ont démontré que les enfants ayant une réaction hyperkinétique avaient plus de difficultés à maintenir une attention soutenue et à contrôler leur impulsivité (Barkley, 2003; Sandberg & Barton, 2002). Ainsi, selon ces travaux, ce sont les composantes d'inattention et d'impulsivité, contrairement à celles d'hyperactivité, qui s'avèrent centrales dans l'hyperkinésie (Sandberg & Barton, 2002; Schachar & Sergeant, 2002). Les recherches menées par Douglas ont eu des répercussions majeures sur la conceptualisation de l'hyperkinésie, puisque l'American Psychiatric Association (APA) modifie les critères diagnostiques de l'hyperkinésie tels qu'ils apparaissent dans la troisième version du DSM en fonction de ces recherches.

Le DSM-III (APA, [1980]1983) identifie le « trouble déficitaire de l'attention », et son sous-type « trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité », comme étant un trouble comportemental caractérisé principalement par des manifestations d'inattention et d'impulsivité et dans certains cas, d'hyperactivité. Les critères proposés par le DSM-III se précisent par rapport à la version précédente (Anastopoulos & Shelton, 2001), notamment à cause de la spécification de la présence d'un nombre minimal de comportements sur chacun des symptômes : 3/5 pour l'inattention; 3/6 pour l'impulsivité et 2/5 pour l'hyperactivité. De plus, le DSM-III précise que ces comportements doivent avoir débuté avant l'âge de 7 ans, pour une durée minimale de 6 mois et ils ne doivent pas être le résultat d'un autre trouble mental tel que la schizophrénie, le trouble affectif ou un retard mental.

Plusieurs changements ont été mis en place par rapport à la première mention officielle du trouble. La notion d'impulsivité est introduite comme étant un symptôme à part entière, l'inattention est devenue la caractéristique principale et l'hyperactivité est

maintenant reléguée au troisième plan après l'impulsivité. Il existe également trois sous-types diagnostiques liés à l'hyperkinésie : le trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et le type résiduel, i.e. le jeune a déjà eu le trouble avec hyperactivité, mais à ce jour, bien que les comportements d'hyperactivité soient disparus, une altération importante du fonctionnement social et psychologique est toujours présente (APA, [1980]1983). Par ailleurs, les critères suggèrent que les comportements peuvent être manifestés à l'école : « a du mal à se concentrer sur le travail scolaire ou sur d'autres tâches requérant une attention soutenue ». La perspective développementale a évolué par rapport à la première mention du trouble, il est maintenant entendu que les symptômes, principalement ceux d'inattention, persistent à l'adolescence (APA, [1980] 1983) et même jusqu'à l'âge adulte (Toone, 2002).

1.1.4 Trouble hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA)

Plusieurs modifications importantes sont apportées à la conceptualisation de l'hyperkinésie lors de la révision du DSM-III à la fin des années 1980 (DSM-III-R, APA, [1987] 1989). Les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité sont combinés et ne forment plus qu'une seule dimension. Les symptômes passent donc de trois (inattention, impulsivité et hyperactivité) à deux (inattention et hyperactivité/impulsivité). Ensuite, les critères, qui étaient distincts pour chacun des symptômes dans le DSM-III, ne forment maintenant qu'une seule liste de symptômes et ne sont donc plus associés à un symptôme particulier. Pour être diagnostiqué, il faut maintenant que les enfants manifestent un minimum de 8 comportements sur les 14 présentés, sans toutefois distinguer pour l'inattention et pour l'hyperactivité/impulsivité (Buitelaar, 2002). Timimi (2002) remarque que le nombre total de symptômes identifiés est réduit par rapport à celui du DSM-III (14 au lieu de 16). Finalement, on ne retrouve plus que deux sous-types : « le trouble hyperactivité avec déficit de l'attention» et « le trouble déficitaire de l'attention, non différencié » correspondant au trouble sans hyperactivité/impulsivité (Buitelaar, 2002).

Cette troisième version modifiée semble être une régression face à la précédente, car le trouble est plus hétérogène qu'avant et les critères diagnostics du sous-type

« indifférencié » ne sont pas détaillés (Buitelaar, 2002). De plus, les critères sont moins restrictifs que ceux du DSM-III ce qui permet d'identifier un plus grand nombre d'enfants (Schachar & Sergeant, 2002). Le DSM-III-R présente toutefois une évolution dans la perspective développementale du trouble : il est maintenant envisageable pour les adultes d'être diagnostiqués THADA (Conrad & Potter, 2000; Toone 2002).

1.1.5 Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H)

La plus récente conceptualisation clinique de l'hyperkinésie, présentée dans la quatrième version du DSM et dans sa révision (APA, [1994]1996; [2000]2003)⁴, est une combinaison des deux publications précédentes (DSM-III et DSM-III-R). La nomenclature actuelle est similaire à celle du DSM-III-R (Buitelaar 2002), mais les comportements d'inattention et d'hyperactivité sont maintenant sur un pied d'égalité, étant seulement séparés par un « / » (trouble déficit de l'attention/ hyperactivité). Cinq sous-types cliniques sont identifiés dans cette version : le type *Inattention prédominante*, le type *Hyperactivité/impulsivité prédominante*, le type *Mixte*, le type *En rémission partielle* et le type *Pas spécifié autrement*. Barkley (2003) mentionne au sujet du sous-type Hyperactivité/impulsivité prédominante, que c'est la première fois que le trouble peut être diagnostiqué sans avoir de symptômes d'inattention. Par ailleurs, le nombre de critères détaillant chaque symptôme - inattention, hyperactivité et impulsivité - a été augmenté à 18 et les symptômes sont divisés en 2 listes, l'une pour l'inattention et l'autre pour l'hyperactivité/impulsivité (Buitelaar, 2002). Pour être diagnostiqué les jeunes doivent avoir au moins 6/9 symptômes d'inattention et/ou 6/9 symptômes d'hyperactivité/impulsivité (APA, [1994] 1996). L'Annexe 1 présente tous les critères tels que décrits dans le DSM-IV. Notons que le nombre de symptômes d'impulsivité a diminué par rapport au DSM-III-R (Schachar & Sergeant, 2002).

La version actuelle est la première à mentionner que les comportements doivent être présents dans un minimum de deux environnements (école, maison, etc.) (Buitelaar, 2002; APA, [1994]1996). La perspective développementale du trouble fait plus de place à

⁴ La description de l'hyperkinésie est la même dans le DSM-IV (APA, [1994] 1996) et dans sa version révisée DSM-IV-R (APA, [2000] 2003). Pour cette raison, seule la quatrième version sera abordée.

la présence du trouble à l'âge adulte. Les différents contextes où peuvent se manifester les comportements symptomatiques incluent maintenant le travail, les lieux vocationnels ou récréatifs et on mentionne clairement que les comportements peuvent affecter le fonctionnement occupationnel (au travail) (Conrad & Potter, 2000).

La présence du trouble chez l'adulte semble être plus concrète dans cette 4^e version du DSM (Conrad, 2006; Conrad & Potter, 2000; Toone, 2002). Les études longitudinales qui ont débuté à la fin des années 1970 ont démontré que les symptômes persistaient à l'adolescence et même à l'âge adulte. Le concept d'adulte ayant un TDA/H sous-entend toutefois que ces adultes avaient le trouble alors qu'ils étaient enfants (Conrad, 2006; Conrad & Potter, 2000) et non pas qu'ils l'ont développé une fois rendu à l'âge adulte.

1.1.6 Troubles hyperkinétiques

Il existe actuellement un autre guide de référence sur les troubles mentaux, la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), mieux connue sous l'acronyme CIM (ICD en version anglaise), publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1993). Cet outil est principalement utilisé en Europe, mais depuis peu, les européens le délaisse au profit du DSM (Timimi, 2002).

La dixième et plus récente version de cette publication (CIM-10) aborde les comportements d'inattention et d'hyperactivité sous l'appellation « Troubles Hyperkinétiques » (OMS, 1993). La CIM-10, telle que présentée à l'Annexe 1, définit le trouble à l'aide d'une liste de 18 symptômes similaires à ceux du DSM-IV, mais s'en distingue sur le fait que la CIM-10 exige un nombre minimum de critères sous chacun des symptômes – minimum de 6/9 symptômes d'inattention, de 3/5 symptômes d'hyperactivité et de 1/4 symptôme d'impulsivité (Buitelaar 2002). La CIM-10 permet 4 sous-types cliniques possibles : 1) *Perturbation de l'activité et de l'attention*, correspondant au trouble déficit de l'attention avec hyperactivité du DSM-IV, mais excluant tout ce qui est associé à un trouble de conduite; 2) *Trouble hyperkinétique et troubles des conduites*, lorsque les symptômes des deux troubles sont présents simultanément; 3) *Autres troubles hyperkinétiques*, cette catégorie n'est pas clairement

définie; et 4) *Trouble hyperkinétique sans précision*, lorsqu'il est impossible de distinguer entre le sous-type « *perturbation de l'activité et de l'attention* » et « *trouble hyperkinétique et trouble de conduite* » (OMS, 1993). La CIM-10 est plus restrictive que le DSM-IV, puisque la présence des deux symptômes centraux, la perturbation de l'attention et l'activité excessive, est essentielle (OMS, 1993). Le sous-type *Inattention prédominante* n'existe pas dans la CIM-10.

Tout comme le DSM, les symptômes doivent débuter avant l'âge de 7 ans et peuvent persister (mais diminuer) à l'âge adulte et les comportements problématiques doivent survenir dans plus d'une situation (à l'école, à la maison, etc.) et il est impératif de s'assurer, avant de poser le diagnostic, que le trouble n'est pas dû à d'autres troubles mentaux graves, tels que la schizophrénie, les troubles anxieux, le trouble envahissant du développement et les troubles de l'humeur (OMS, 1993).

1.1.7 Les instruments de mesure

Bien qu'il n'existe pas de tests standardisés, de tests cognitifs ou de tests neurologiques pouvant confirmer la présence du trouble (Cohen, 2006; Collège des médecins du Québec, 2001), il existe néanmoins plusieurs instruments principalement utilisés pour identifier les comportements problématiques d'hyperactivité-impulsivité et d'inattention chez les enfants, pour mesurer leur fréquence et leur persistance et aussi pour aider les médecins à vérifier leur hypothèse et permettre la pose d'un diagnostic. On distingue trois principales familles d'instruments de mesure : 1) les entrevues, qui permettent de tracer le profil des enfants ayant une hyperkinésie; 2) les échelles comportementales, qui permettent de décrire et d'identifier les comportements hyperactifs, inattentifs et impulsifs des enfants et 3) les autres méthodes, telles que les tests psychologiques, l'observation directe et les mesures psychobiologiques.

Le questionnaire, généralement l'échelle de comportements, est l'instrument de mesure le plus souvent utilisé pour évaluer les comportements de l'enfant (Barkley, 1998; Buitelaar, 2002; Dubé, 1992). Anastopoulos et Shelton (2001) font remarquer que la grande diversité des procédures pouvant être utilisées par les médecins pour identifier un enfant ayant un TDA/H et le fait que le DSM n'indique aucune méthode à privilégier

amène une variabilité dans l'interprétation et dans le choix du diagnostic. Les médecins et les psychologues n'ont alors d'autres choix que de se baser sur des procédures émises par leur ordre professionnel. À cet effet, le Collège des médecins du Québec (2001 :7-8) suggère de débuter par une entrevue avec le patient ou avec la personne qui a identifié les comportements (parent ou enseignant), de collecter des informations et de vérifier les hypothèses cliniques, puis de confirmer les hypothèses et de vérifier la persistance, la constance, la fréquence et l'intensité des comportements, à l'aide d'examens médicaux, d'évaluations psychologiques, psychométriques ou d'observation. L'utilisation de plusieurs instruments de mesure semble être la meilleure procédure à suivre (Anastopoulos & Shelton, 2001; Barkley, 1998; Dubé, 1992).

1.1.8 Synthèse de la conceptualisation médicale

La conceptualisation médicale de l'hyperkinésie a grandement évolué au fil des années : définie officiellement par un diagnostic à la fin des années 1960, puis ayant été modifiée à trois reprises avant d'être le diagnostic utilisé aujourd'hui, les premières mentions du trouble datent du début du XXe siècle. Alors que l'hyperkinésie a longtemps été définie par ses causes (Anastopoulos & Shelton, 2001; Singh, 2002), principalement biologiques et neurologiques, puis psychologiques, le trouble est maintenant conceptualisé en fonction de ses symptômes (Anastopoulos & Shelton, 2001; Baeyens *et al.* 2006). L'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité ont été au fil des ans les trois dimensions principales de l'hyperkinésie, mais leur importance a varié selon les époques : l'accent a d'abord été mis sur les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité du trouble, puis à été devancé par l'aspect inattention dans les années 1980. Il est maintenant une combinaison des trois éléments et l'obtention du diagnostic est possible en manifestant seulement de l'hyperactivité-impulsivité ou seulement de l'inattention. La perspective développementale du trouble a également évolué, passant d'un trouble ne touchant que les enfants, puis s'étendant aux adolescents, il est maintenant très populaire de parler d'adulte ayant un TDA/H.

Bref, le dernier siècle a vu la création et l'évolution d'un nouveau diagnostic psychiatrique, celui du TDA/H. Il est fort probable que le concept continue d'évoluer et il

sera intéressant de voir comment les critères diagnostics du TDA/H changeront dans la prochaine version du DSM (DSM-V) qui sera publiée en 2011 (APA, www.dsm5.org).

1.2 Conceptualisations sociologiques de l'hyperkinésie

L'apport de la sociologie à la problématique de l'hyperkinésie se distingue de celui de la médecine et de la psychologie. Contrairement aux médecins et aux psychologues, les sociologues n'ont pas contribué directement au développement de la conceptualisation du TDA/H et de sa mesure, mais leur rôle n'en est pas moins important. D'une part, ils offrent un regard unique sur les conditions sociales et contextuelles qui ont permis l'émergence du concept d'hyperkinésie (Rafalovich, 2004; Singh, 2002). D'autre part, ils présentent une étiologie sociale du trouble qui se distingue de l'étiologie médicale ou psychologique (Conrad, [1975] 2006). Le modèle d'étiologie sociologique suppose que le comportement d'hyperkinésie est tributaire d'une situation et non pas d'un individu (Conrad, [1975] 2006), ce qui teinte la conceptualisation sociologique de l'hyperkinésie. Les conceptualisations abordées ci-dessous - hyperkinésie comme comportement déviant, maladie et construction sociale - sont toutes liées les unes aux autres. Elles seront toutefois présentées séparément pour permettre une meilleure compréhension.

1.2.1 Hyperkinésie : comportement déviant

Selon Conrad & Schneider ([1980] 1992) et la perspective interactionniste, les comportements déviants sont définis comme étant des comportements qui ne correspondent pas aux normes comportementales établies par un groupe influant. Les comportements d'hyperactivité, d'inattention et d'impulsivité des enfants, lorsqu'ils sont manifestés à une certaine intensité, sont considérés déviants (Conrad [1975] 2006), car ils dérogent aux normes établies d'un système donné, notamment l'école⁵ et la maison. L'entrée en vigueur de l'éducation massive, vers la fin du 19^e- début du 20^e siècle, a obligé les enfants à se soumettre à une routine et à une discipline précise, par conséquent, à manifester des comportements précis pour ne pas nuire à l'ordre et à la discipline de la classe (Brancaccio, 2000). Cela a mis en place des normes sociales précises à respecter

⁵ L'article de Brancaccio (2000) présente comment les changements survenus dans le système scolaire américain ont favorisé l'émergence de l'hyperkinésie.

dans le contexte scolaire et leur transgression était associée à une déviance. Ce n'est qu'une fois l'éducation obligatoire pour tous mise en place que les problèmes d'indiscipline des enfants ont pu être identifiés (Brancaccio, 2000).

La déviance ne peut pas être autoproclamée, l'individu ne peut pas identifier ses comportements comme étant déviants avant qu'ils ne l'aient été par un tiers parti. Les comportements déviants doivent être désignés par un groupe qui a une habileté à légitimer et à renforcer les définitions préconisées de la déviance (Conrad & Schneider, ([1980] 1992). Dans le cas précis de l'hyperkinésie, Conrad ([1975] 2006) rapporte que les comportements d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité sont identifiés et définis comme étant déviants par les parents ou plus fréquemment par les enseignants.

1.2.2 Hyperkinésie : maladie

Les comportements d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité ont tout d'abord été identifiés comme déviants, puis ils ont été pris en charge par la médecine, ils ont été médicalisés. La déviance a longtemps été désignée comme péchée ou criminelle, mais depuis le début du 20^e siècle et l'ascension du pouvoir du paradigme médical, elle est perçue comme une maladie (Conrad & Schneider, [1980] 1992)⁶. Les comportements d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité perçus comme étant déviants sont également conceptualisés comme étant une maladie et sont soumis au contrôle social médical (Conrad & Schneider, [1980] 1992). Le contrôle social médical est le moyen par lequel la médecine sécurise l'adhérence aux normes sociales, notamment par des traitements pharmacologique. Bien que les comportements d'hyperactivité soient identifiés et définis par les parents ou par les enseignants, l'étiquette officielle de TDA/H est apposée par un médecin (Conrad, [1975] 2006). Bref, l'hyperkinésie est médicalisée, c'est ce qui explique le diagnostic et le traitement pharmacologique.

⁶ Pour de plus amples détails sur la déviance et la médicalisation, voir (Conrad & Schneider, [1980] 1992).

1.2.3 Hyperkinésie : construction sociale

La déviance et la maladie sont deux concepts qui ont été construits socialement, i.e. qui ont été créés sur la base d'un jugement humain (Conrad & Schneider, [1980] 1992). La perspective constructiviste de l'hyperkinésie, et des troubles mentaux en général, s'est développée dans les années 1960-1970 suite au mouvement d'antipsychiatrie. Elle stipule que l'hyperkinésie est une construction sociale, puisque le TDA/H n'est pas une caractéristique individuelle, ni une condition objective ou une condition physique de l'individu, mais plutôt une étiquette qui a été attribuée à un individu par d'autres personnes (Conrad, [1975] 2006). La désignation est un aspect important du TDA/H : on est désigné TDA/H, on ne l'est pas de facto. Par ailleurs, le manque de preuve biologique, les jeux de pouvoir qui ont mené à la création du diagnostic, notamment la puissance de la profession médicale et l'influence des compagnies pharmaceutiques et le fait que le diagnostic représente les idées occidentales et par conséquent sa non-universalité, sont d'autres preuves de la construction sociale du diagnostic de l'hyperkinésie (Timimi, 2002).

1.2.4 Hyperactivité situationnelle

Peter Conrad ([1975] 2006 :79-80) propose le concept *d'hyperactivité situationnelle*⁷, qu'il définit comme étant une hyperactivité présente, non pas dans tous les environnements, mais plutôt dans un ou plusieurs systèmes sociaux - tels que l'école, la maison ou les loisirs - dans lesquels évolue l'enfant. L'auteur présente 6 arguments servant à justifier son concept. Premièrement, tel qu'il a été présenté au point 1.2.1, l'hyperactivité est un comportement déviant qui a été médicalisé et non pas une pathologie physiologique. Deuxièmement, il n'existe pas de forme absolue de déviance. Tout est relatif à un environnement donné, car ce qui constitue la déviance et la normalité est propre à chaque culture et à chaque époque (Conrad & Schneider, [1980] 1992; Timimi, 2006). Troisièmement, les recherches menées par Conrad ont identifié plusieurs cas où les comportements se manifestaient seulement dans un environnement particulier. D'autres chercheurs confirment ce fait (Anastopoulos & Shelton, 2001; Timimi, 2002).

⁷ Le terme « hyperactivité » réfère seulement aux symptômes d'hyperactivité du trouble. Dans son livre, Conrad n'aborde pas les symptômes d'inattention qui font partie du diagnostic officiel de l'hyperkinésie.

Quatrièmement, les comportements ont un sens dans le système social dans lequel ils se manifestent. Cinquièmement, l'hyperactivité situationnelle permet une théorie sociologique pure de l'hyperactivité. Sixièmement, d'un point de vue clinique, l'hyperactivité situationnelle pourrait être un sous-type du diagnostic d'hyperactivité.

1.2.5 Synthèse de la conceptualisation sociologique

Le rôle du sociologue est de fournir une description et une explication sociale au phénomène de l'hyperkinésie tout en le situant dans un contexte social et complexe. La conceptualisation sociologique désigne l'hyperkinésie comme étant un amalgame de comportements qui ont été désignés déviants par un groupe influant, puis qui ont été médicalisés, le tout formant une construction sociale et se situant dans un contexte social précis.

2. La validité et la fiabilité des critères diagnostiques de l'hyperkinésie

Les critères diagnostiques présentés dans la section de la conceptualisation médicale indiquent qu'il n'existe malheureusement ni signes, ni tests physiques qui permettent l'identification absolue du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez un enfant (APA, [1994] 1996); Collège des médecins du Québec, 2001; Conrad & Potter, 2000; Timimi, 2002). Par conséquent, il n'y a d'autre choix que de se baser sur une description plus ou moins exacte des comportements, ce qui peut mener à un diagnostic qui n'est pas des plus objectifs (Buitelaar, 2002). À cet effet, plusieurs auteurs rappellent que les comportements observés dans l'hyperkinésie sont présents à divers degrés chez tous les enfants (Schachar & Sergeant, 2002; Singh, 2006) et que la forte comorbidité entre les troubles de comportements suggère une validité prédictive très faible (Olson, 2002). Il est donc pertinent de se demander si les critères utilisés pour identifier ce trouble sont valides et fiables. Cette section tentera de répondre à cette question en abordant la validité et la fidélité des critères diagnostiques tels que décrits dans le DSM-IV (APA, [1994] 1996).

Avant de discuter le cas du TDA/H, il est pertinent de noter que les diagnostics psychiatriques, et par extension les guides de références qui les recensent (DSM; CIM), font l'objet de nombreuses critiques, notamment de la part des sociologues. Les diagnostics psychiatriques sont perçus comme étant des constructions sociales (Timimi, 2002) qui ne désignent pas toujours une condition objective et qui ne constituent pas un document scientifique, puisqu'ils sont, selon Conrad & Potter (2000) 1) liés à une époque et à une culture particulières et 2) produits par une interaction de divers facteurs sociopolitiques, tels les experts médicaux, le contexte politique et les avancées scientifiques. Par ailleurs, les diagnostics psychiatriques, mais également les tests et les instruments de mesure, ont rarement été validés auprès de populations non-occidentales (e.g. amérindiens, asiatiques, etc.) et rarement sur des populations occidentales provenant d'origines diverses (afro-américain, afro-européens, etc) (Timimi, 2002; Walker, 2006). Par conséquent, la plupart des diagnostics médicaux reflètent la culture Euro-américaine. Timimi, un psychiatre anglais, résume bien les critiques faites envers les diagnostics psychiatriques et les guides de références :

«Child psychiatric classification is based on the consensus of a powerful group of western-trained psychiatrists. [...] The classification system we use is based on opinion not fact. We do not know if we are diagnosing naturally occurring “real” entities or imposing our own prejudiced perceptions.” (Timimi, 2002:40).

2.1 Validité des critères diagnostiques du TDA/H

Les critiques ne sont pas très différentes en ce qui concerne les critères diagnostiques du TDA/H tels que décrits dans le DSM-IV. Bien que Barkley (2003) rapporte qu'il s'agit des critères les plus rigoureux de toute l'histoire du DSM, notamment à cause de l'utilisation d'un comité d'expert, d'une revue de littérature, d'un sondage informel sur les instruments de mesure et d'essais cliniques, il reste que l'hyperkinésie est une construction sociale basée sur le système de croyances dominantes (Timimi 2002) et que ses diagnostics «représentent un consensus réalisé par un groupe d'experts nord-américains en fonction des données scientifiques disponibles.» (Collège des Médecins du Québec, 2001 : 5). L'évaluation des comportements d'hyperactivité, d'inattention et d'impulsivité est basée sur une manifestation, une fréquence extrême de ces comportements et non pas sur une preuve irréfutable de leur présence. Il est donc normal

que l'évaluation subjective soit teintée de la culture et des croyances dans lesquelles les répondants et les médecins baignent (Timimi, 2002 :90).

Voici une présentation des principales critiques faites au diagnostic du TDA/H, présenté dans le DSM-IV (APA, [1994]1996). Les critiques sont divisées en cinq sections abordant 1) le manque de précision des critères diagnostiques, 2) le nombre minimal de critères requis, 3) la durée et les perspectives développementales du trouble, 4) les différences de prévalence selon les critères utilisés et 5) les divers répondants et environnements.

2.1.1 Manque de précision des critères

Trois critiques principales peuvent être formulées sur le fait que critères diagnostiques présents dans le DSM-IV manquent de précision. Premièrement, certains items identifiant les symptômes manquent d'exactitude, notamment ceux qui utilisent le mot « souvent », puisque rien n'est dit comment le quantifier (Timimi, 2002). Deuxièmement, le concept de « comportement déviant » n'est pas défini opérationnellement (Anastopoulos & Shelton, 2001). Il serait essentiel d'avoir une indication qui permet d'affirmer que le comportement est déviant, autrement cela est très subjectif, car laissé au jugement de chaque répondant (Brewis, 2002). Troisièmement, la notion de « comportement approprié pour l'âge » n'est pas précise, puisque l'on ne sait pas sur quels critères précis on se base pour savoir qu'un comportement est approprié ou non pour l'âge (Anastopoulos & Shelton, 2001).

2.1.2 Nombre minimum de critères requis

Le diagnostic du TDA/H, tel que définit dans le DSM-IV, oblige la présence d'un nombre précis de critères afin d'être cliniquement identifié. Toutefois, cette méthode permet des erreurs de classification, puisqu'elle accepte des faux positifs (patients qui n'ont pas le trouble, mais qui sont catégorisés comme tel) et rejettent des vrais positifs (patients qui ont le trouble, mais qui sont catégorisés comme ne l'ayant pas) (Anastopoulos & Shelton, 2001; Romano *et al.* 2002). Il semble que les erreurs d'identification soient plus probables avec les patients d'un certain âge. Barkley (2003) rappelle que comme les symptômes d'hyperactivité-impulsivité déclinent avec l'âge, plus d'enfants en bas âge

risquent d'être des faux positifs (diagnostiqués sans qu'ils présentent réellement le trouble), alors que plus d'adultes seront des faux négatifs (ne seront pas diagnostiqués, mais devraient l'être).

Le nombre de critères minimum pour être diagnostiqué TDA/H a fait l'objet de très peu d'études (Buitelaar, 2002). L'échantillon utilisé pour valider le nombre minimum de critères requis incluait des enfants âgés entre 4 et 16 ans. Barkley (2003) suggère donc d'utiliser les seuils seulement sur les patients ayant entre 4 et 16 ans, la validité du nombre minimal de critères n'ayant pas été démontrée pour les autres groupes d'âge, notamment les jeunes enfants et les adultes. De plus, les critères ont été calibrés en utilisant un échantillon clinique, et ce même si l'on sait que les enfants référencés ont généralement une sévérité plus grande que les enfants provenant de la communauté (Buitelaar, 2002). Il est donc fort probable que le seuil minimal soit biaisé. Anastopoulos & Shelton (2001) suggèrent donc de ne pas prendre les sous-types comme étant des catégories hermétiques : un enfant obtenant 5 items, au lieu des 6 nécessaires, n'est pas loin de faire parti de ce sous-type. Il semble toutefois que les enfants rencontrant le nombre minimal de critères soient plus problématiques que les autres (Buitelaar, 2002).

2.1.3 Durée minimale des symptômes et perspective développementale

Le diagnostic du TDA/H, tel que définit dans le DSM-IV, demande à ce que les symptômes persistent pour un minimum de 6 mois, et ce même si cette durée n'a pas été validée scientifiquement, mais se base plutôt sur une tradition propre au DSM (Barkley, 2003). Vu la nature développementale du trouble, certains indiquent que la persistance minimale devrait être de 12 mois, puisque chez les enfants en bas âge les comportements se résorbent habituellement entre 6 et 12 mois, alors que chez les enfants d'âge scolaire, les symptômes qui durent plus de 12 mois sont stables et ne se résorberont probablement pas (Barkley, 2003). Ainsi, augmenter la durée minimale à 12 mois permettrait d'éviter les erreurs de diagnostics.

Par ailleurs, le fait qu'il soit seulement permis de diagnostiquer le TDA/H avant l'âge de 7 ans (APA, [1994]1996) a également été choisi de manière aléatoire (Barkley, 2003). Rien n'indique que les enfants qui développent le trouble avant 7 ans ont les mêmes

caractéristiques que ceux qui développent le trouble après 7 ans (Barkley, 2003). Par exemple, un enfant de 3 ans présentera moins de problèmes de concentration qu'un enfant d'âge scolaire, alors qu'il présentera plus de problèmes d'hyperactivité-impulsivité (Anastopoulos & Shelton, 2001; Barkley, 2003). La liste de comportements devrait être élargie pour qu'ils rejoignent le plus de groupes d'âge possible et les critères devraient être adaptés à l'âge (Barkley, 2003). De même, il serait essentiel de déterminer un âge de début, i.e. un âge sous lequel il est interdit de poser un diagnostic, puisqu'avant l'âge de 3 ans, il est généralement plus difficile de distinguer entre le TDA/H et les autres troubles de comportements (Barkley, 2003).

2.1.4 Prévalence différente selon les critères utilisés

Timimi (2002) mentionne qu'à chacune des révisions des critères diagnostiques de l'hyperkinésie faites par l'APA, la prévalence d'enfants atteint du trouble a augmenté. En passant du DSM-III au DSM-III-R, la prévalence a doublé, alors que du DSM-III-R au DSM-IV la prévalence a augmenté du deux tiers (Timimi, 2002). Comparée aux autres versions du DSM, ainsi qu'à la CIM-10, la prévalence d'enfants atteint de TDA/H est plus élevée lors de l'utilisation des critères diagnostiques du DSM-IV (Buitelaar, 2002; McBurnett *et al.*, 1999; Tripp *et al.*, 1999). Les critères diagnostiques du DSM-IV sont plus inclusifs que ceux des versions précédentes (Schachar & Sergeant, 2002). Ils permettent d'identifier plus précisément le sous-type diagnostique et de mieux identifier tous les cas apparents du TDA/H (Buitelaar, 2002). Toutefois, le DSM-IV identifie plus d'enfants TDA/H que la CIM-10, puisqu'il n'oblige pas à faire la distinction entre les troubles de conduite et l'hyperkinésie (Buitelaar, 2002).

2.1.5 Répondants et environnements

Le DSM et la CIM demandent à ce que les symptômes soient apparents dans au moins deux environnement différents (APA, [1994]1996; OMS, 1993). Selon Barkley (2003), cela peut causer problème, puisque l'on confond différents environnement (école, maison) avec différentes sources d'information (parents, enseignants). Les risques d'un tel problème est l'augmentation du risque de diagnostiquer un enfant TDA/H quand il doit en fait recevoir un diagnostic différentiel (Barkley, 2003).

Malgré tout, il est généralement admis qu'il est important d'utiliser plus d'une source de données, c'est-à-dire plus d'un instrument de mesure et plus d'un répondant, avant de poser un diagnostic de TDA/H (Anastopoulos & Shelton, 2001; Brewis, 2002). Les parents et les enseignants sont les répondants de choix, principalement car ils peuvent rendre compte des comportements des enfants dans des environnements distincts (Saudino & Plomin, 2007). Toutefois, la comparaison des résultats des évaluations faites par les deux répondants pose problème, puisqu'il a été démontré que les évaluations faites par les parents et celles faites par les enseignants sont faiblement corrélées entre elles ($r = 0.30$ à 0.50) et ne donnent pas des résultats similaires (Barkley, 2003; Saudino & Plomin, 2007). L'évaluation des enseignants est généralement plus valide que celle des parents, car les comportements d'inattention et d'hyperactivité sont plus présents dans le contexte de la classe (Brewis, 2002; Saudino & Plomin, 2007). Par ailleurs, Anastopoulos et Shelton (2001) font remarquer que les symptômes du TDA/H apparaissent plus clairement dans certains contextes (par exemple à l'école) et varient à l'intérieur d'un même contexte, dépendamment de la personne qui observe le comportement. À cet effet, les enfants ayant un TDA/H peuvent démontrer une très bonne capacité d'attention et ne montrer que très peu d'hyperactivité lorsqu'ils font des activités qu'ils aiment (jeux vidéo, télévision) (Timimi 2002), à l'inverse les symptômes du TDA/H peuvent être plus présents quand l'enfant doit faire une tâche répétitive, ennuyante ou très familière (Anastopoulos & Shelton, 2001).

2.1.6 Synthèse

Cette section laisse entrevoir des doutes quant à la validité des critères diagnostiques utilisés par les médecins pour identifier cliniquement les enfants ayant un TDA/H. Les critères manquent de clarté et de preuves scientifiques et ils apparaissent souvent liés à un contexte précis, plus souvent qu'autrement le contexte scolaire.

2.2 Validité des principaux symptômes et des sous-types de l'hyperkinésie

Les analyses factorielles utilisées pour créer les critères diagnostiques du DSM-IV indiquent clairement qu'il y a deux dimensions au TDA/H : l'inattention et l'hyperactivité/impulsivité (Buitelaar, 2002; Lahey *et al.* 2005). L'inattention comprend plusieurs dimensions, les plus importantes étant le niveau d'alerte; la vigilance et la

capacité à soutenir l'attention; l'attention sélective et l'attention divisée (Baeyens *et al.* 2006; Lange, 2007). Concrètement l'inattention se manifeste par des problèmes, tels le manque d'écoute, la difficulté à faire la même activité pendant un bon moment, la difficulté à suivre les directives et à compléter les tâches demandées (Olson, 2002), à se rappeler des règles et à faire fi des distractions (Barkley 2003). Au niveau de la validité du concept d'inattention, il est important de noter que les recherches ne sont toujours pas en mesure de déterminer quel aspect de l'attention est problématique dans le TDA/H (Olson, 2002), bien que la revue de littérature effectuée par Baeyens *et al.* (2006) révèle que les individus du sous-type Inattention prédominante ont plus de déficit au niveau de l'attention soutenue et l'attention divisée. Pour sa part, l'hyperactivité-impulsivité est définie comme étant principalement un déficit dans le contrôle de l'inhibition (Barkley, 2003; Olson, 2002) et se manifeste concrètement par des enfants qui bougent tout le temps, qui sont plus à risque d'avoir des accidents (Olson, 2002), des enfants qui sont plus actifs que la moyenne, qui ont de la difficulté à stopper un comportement, qui parlent plus que les autres, qui ont de la difficulté à résister à la tentation et à attendre leur tour et qui répondent trop rapidement et au moment inapproprié (Barkley 2003). Il faut noter que les comportements d'hyperactivité sont plus facilement identifiables dans certains contextes (i.e. le contexte scolaire), alors que l'impulsivité est commune à plusieurs troubles de comportements (Olson, 2002) ce qui fait que ces manifestations ne sont pas propres aux enfants manifestant un TDA/H.

En regard des sous-types cliniques du TDA/H, Inattention prédominante, Hyperactivité/impulsivité prédominante ou type Mixte (APA, [1994]1996), les trois types de l'hyperkinésie se distinguent dans leur niveau d'altération, leur comportements et leur fonctionnement académique et social (Baeyens *et al.* 2006; Buitelaar, 2002; Gaub & Carlson, 1997; McBurnett *et al.*, 1999). La prévalence des sous-types cliniques du TDA/H diffère selon le type d'échantillon : les échantillons cliniques contiennent plus souvent le type Mixte, alors les échantillons populationnels, le type Inattention prédominante (Baeyens *et al.* 2006; Buitelaar, 2002, Romano *et al.* 2002). Les enfants appartenant aux types Mixte et Inattention prédominante ont plus de problèmes scolaires que les enfants du type Hyperactivité prédominante (Merrell & Tymms, 2001; McBurnett *et al.*, 1999;

Todd *et al.* 2002) et les enfants de ce dernier groupe, tout comme ceux du groupe Mixte, présentent plus de problèmes externalisés (Baeyens *et al.* 2006; Buitelaar, 2002; Gaub & Carlson, 1997; McBurnett *et al.*, 1999). Le type Mixte est plus fréquent chez les garçons d'un jeune âge, alors que le type Inattentif est plus présent chez les filles et chez les enfants plus âgés (Baeyens *et al.* 2006; Buitelaar, 2002) et le type Hyperactivité prédominante est le plus rare (Baeyens *et al.* 2006).

Bref, il semble clair que les comportements d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité soient deux dimensions présentes dans le TDA/H. Il semble aussi que les trois sous-types soient associés à des conséquences et des niveaux d'altération particuliers. Toutefois, comme les trois sous-types sont associés à des caractéristiques particulières chez les enfants, la question que l'on peut se poser est de savoir s'il s'agit bien d'un seul trouble ayant trois sous-groupes ou bien s'il s'agit de trois troubles distincts. À cet effet, Barkley (2003) fait l'hypothèse que le sous-type Inattention prédominante ne serait pas une sous-catégorie de l'hyperkinésie mais est plutôt un trouble en lui-même, indépendant du TDA/H. Les enfants classifiés sous cette catégorie se distinguent également des enfants ayant un trouble d'apprentissage ou ayant un autre trouble psychiatrique et n'est pas lié à un trouble coexistant. Il est également d'avis que les deux types (Inattention et Hyperactivité/Impulsivité prédominantes) sont deux troubles différents et non pas deux sous catégories d'un même diagnostic. Les premières manifestations d'hyperactivité-impulsivité apparaissent généralement vers 3-4 ans, alors que les premières manifestations d'inattention sont perceptibles vers 5-7 ans et les problèmes de lenteur cognitive [sluggish cognitive tempo], souvent présente chez les enfants inattentifs, arrivent plus tard, à 8-10 ans. Par ailleurs, il soutient également que le type Hyperactivité-Impulsivité prédominante serait un stade développemental antérieur au type Mixte (confirmé par Lahey *et al* 2005), puisque ce dernier se développe plus tard chez l'enfant à cause du développement tardif des symptômes d'inattention. Par ailleurs, les problèmes associés aux deux listes de symptômes (l'une pour inattention et l'autre pour hyperactivité-impulsivité) diffèrent : l'inattention correspond à des problèmes scolaires (sous performance, retard scolaire); alors que l'hyperactivité-impulsivité correspond à des

problèmes de conduites (problèmes de discipline scolaire, abus de substances, comportement antisocial) (Barkley, 2003).

2.3 La comorbidité et les diagnostics différentiels

Il existe très peu d'enfants ayant un TDA/H « pur » (Buitelaar, 2002; Steinhaussen, 2007; Timimi, 2002), sans autre trouble associé (comorbidité) : près de 85% des enfants ayant un TDA/H ont au moins un trouble comorbide et près de 60% ont au moins 2 troubles comorbides (Barkley 2003; Steinhaussen, 2007). Les troubles comorbides les plus courants sont les troubles d'opposition avec défiance, les troubles de conduite, l'anxiété, l'autisme, les tics, le trouble bipolaire et les troubles d'apprentissage (Barkley 2003; Collège des médecins du Québec, 2001; Steinhaußer 2007). Voici les pourcentages de comorbidité dans le diagnostic du TDA/H selon le Collège des médecins du Québec (2001) : 30-50% des enfants ayant un TDA/H auraient également un trouble oppositionnel avec opposition; 25% des enfants ayant un TDA/H auraient un trouble de conduite; 18% des enfants ayant un TDA/H auraient un trouble de l'humeur; 25% des enfants ayant un TDA/H auraient des trouble anxieux et 15-60% des enfants ayant un TDA/H auraient aussi des trouble d'apprentissage.

En plus des troubles comorbides, certains troubles ou autres conditions médicales peuvent avoir des symptômes similaires à ceux du TDA/H, sans toutefois être le TDA/H, notamment le diabète, les problèmes thyroïdiens et les troubles d'apprentissage (Collège des médecins du Québec, 2001). Il est donc important pour les cliniciens de poser un diagnostic différentiel, i.e. d'éliminer toutes les autres causes possibles, sinon il y a un risque d'identifier des faux positif TDA/H.

À cause des fortes chances de comorbidité et des risques d'avoir un diagnostic différentiel, Timimi (2002) mentionne que la validité du TDA/H en tant que trouble distinct des autres troubles du comportement chez l'enfant n'a toujours pas été prouvée. Timimi (2002) rapporte une étude menée par Cartwell & Rutter (1994) dans laquelle on révise l'évidence des diagnostics psychiatriques : « [...] the high comorbidity (a child having more than a diagnosis) in child psychiatry (Caron & Rutter, 1991) was mentioned and they suggested that this high degree of overlap between child psychiatric syndromes

« may reflect inadequate conceptualization of the disorders (Cartwell & Rutter, 1994 :6) » (Timimi, 2002 :39).

2.4 La stabilité dans le temps

Les comportements d'inattention sont plus stables dans le temps, alors que ceux d'hyperactivité et d'impulsivité déclinent avec l'âge, ce résultat s'appliquant autant dans les échantillons cliniques que populationnel (Barkley, 2003; Buitelaar, 2002; Lahey *et al.*, 2005). Par ailleurs, les résultats de l'étude longitudinale de Lahey *et al* (2004) portant sur un échantillon clinique démontrent clairement une bonne validité prédictive des critères du DSM-IV pour le TDA/H : les jeunes qui manifestent ces comportements à l'âge de 4-6 ans, les manifestent toujours 3 ans plus tard et ont également une altération plus grande que les enfants du groupe de comparaison. Ces résultats sont validés par les revues de littérature faites par Buitelaar (2002) et Spira & Fischel (2005). La persistance du trouble jusqu'à l'âge adulte est également une bonne indication de la stabilité du trouble dans le temps, toutefois, comme il a été indiqué plus haut, les adultes manifestent plus de comportements d'inattention que d'hyperactivité (Baeyens *et al.* 2006; Conrad & Potter, 2000).

En ce qui concerne la stabilité des sous-types diagnostiques, les conclusions sont moins positives. D'après Lahey *et al.* (2005), les chances qu'un enfant soit classifié dans le même sous-type 2 à 8 ans après l'évaluation initiale sont minces. Les sous-types Mixte et Inattention prédominante sont plus stables dans le temps que le sous-type Hyperactivité prédominante : avec les années, les enfants de ce groupe ont plus de chances d'être re-classifiés dans le groupe Mixte (Lahey *et al.*, 2005). Ce point est corroboré par la revue de littérature de Spira & Fischel (2005) qui indique que les classifications cliniques des troubles externalisés ne sont pas stables dans le temps lorsque mesurés à un très jeune âge. Pour améliorer la stabilité des sous-types, il est suggéré d'utiliser un continuum de symptômes, au lieu de catégories hermétiques et permanentes (Lahey *et al.* 2005). Par ailleurs, le fait que les critères diagnostiques soient mis à jour régulièrement (Collège des médecins, 2001) rend plus difficile la fidélité de la mesure année après année.

2.5 Synthèse

L'examen de la validité des critères diagnostiques du TDA/H permet malheureusement de constater que les critères sont peu valides scientifiquement, qu'ils ne sont pas universels, puisqu'ils représentent majoritairement la culture occidentale et que le nombre élevé de troubles comorbides et de troubles différentiels amènent une incertitude dans le diagnostic clinique. L'hyperkinésie, dont la persistance dans le temps est démontrée, semble être réellement constituée de deux dimensions distinctes - soit l'inattention et l'hyperactivité-impulsivité - et de trois sous-types cliniques. Toutefois, ces distinctions pourraient indiquer deux troubles distincts et non pas deux manifestations du même trouble. Force est de constater que des recherche sur la validité et la fidélité du trouble sont encore nécessaires.

3. Hyperkinésie et genre : des explications

À ce jour, toutes les recherches ont conclu qu'il existe des différences dans les taux de prévalence selon le sexe : les garçons manifestent plus fréquemment des comportements d'hyperkinésie et sont plus souvent diagnostiqués comme souffrant du trouble (APA, [1994] 1996; Anastopoulos & Shelton, 2001; Barkley, 2003; Buitelaar, 2002; Graetz *et al.*, 2005; Hartung *et al.*, 2002; Heptinstall & Taylor, 2002; Romano *et al.* 2002; Staller & Faraone, 2006). Ce phénomène n'est pas nouveau, puisque cette tendance avait même été remarquée par Still en 1902 (Sandberg & Barton, 2002; Heptinstall & Taylor, 2002). En moyenne, le taux de prévalence dans les échantillons populationnels est de 3 garçons pour 1 fille, alors que l'écart est plus élevé dans les échantillons cliniques, pouvant atteindre un ratio garçons: filles de 9:1 (Barkley, 2003; Heptinstall & Taylor, 2002; Staller & Faraone, 2006). Les filles sont plus souvent diagnostiquées comme ayant un TDA/H à prédominance Inattentive (Hartung *et al.*, 2002), et ce même si, à comportement normalisé pour l'âge et le genre, certaines manifestent des comportements d'hyperactivité/impulsivité plus intenses que la normale (Weiss *et al.* 2003).

Ces données épidémiologiques intéressent les chercheurs qui multiplient les recherches pour identifier les aspects (étiologiques, symptomatiques, comorbides, fonctionnels, etc.)

sur lesquels diffèrent les garçons et les filles. Toutefois, peu d'études cherchent à expliquer pourquoi les filles sont systématiquement moins nombreuses que les garçons à être diagnostiquées d'un TDA/H (Timimi, 2002). Quelques hypothèses ont été recensées et sont regroupées sous quatre thèmes : 1) la composition des échantillons, 2) l'identification des symptômes, 3) la prévalence des symptômes selon le genre et 4) les biais méthodologiques.

3.1 Composition des échantillons

L'explication la plus simple au fait que les garçons sont surreprésentés dans le diagnostic du TDA/H est que les études utilisent des échantillons principalement composés de garçons (Heptinstall & Taylor, 2002; Robison *et al.* 2002; Staller & Faraone, 2006). Cette tendance était déjà présente lors de la découverte du traitement pharmacologique de l'hyperkinésie : l'échantillon utilisé par Bradley, lorsqu'il observe les changements de comportements suite à l'administration de benzédrine, et ceux de toutes ses études subséquentes sont principalement composés de garçons (Singh, 2002). Cela donne l'impression que le TDA/H est moins présent chez les filles, alors qu'en fait elles sont seulement sous-représentées dans les échantillons, notamment dans les échantillons cliniques (Barkley, 2003; Heptinstall & Taylor, 2002; Staller & Faraone, 2006).

Cette explication est très simpliste car il reste encore à savoir pourquoi les garçons sont plus souvent étudiés que les filles. Trois réponses peuvent être données. Les premières études portant sur la benzédrine ont principalement été menées sur des échantillons de garçons, parce que les problèmes de comportements sont liés à la délinquance et que les études étaient menées dans des centres pour jeunes délinquants hébergeant des garçons et non pas des filles (Singh, 2002).

Par ailleurs, la très grande majorité des articles abordant l'éducation et les comportements des enfants publiés dans les magazines féminins entre 1945 et 1965 mettaient l'accent sur les garçons (Singh, 2002). Le développement des garçons, et surtout leur comportements agressifs, faisaient l'objet de la plupart des articles concernant le développement de l'enfant, notamment car les jeunes garçons étaient jugés plus dépendants de leur mère que ne l'était les jeunes filles (Singh, 2002).

Finalement, le contexte social des États-Unis de l'après 2^e guerre mondiale et de la Guerre Froide a sans aucun doute contribué à faire en sorte que les garçons soient plus étudiés que les filles dans les études sur la santé mentale. Singh (2006) rapporte qu'en 1958 le *National Defense Education Act* américain soutient que la santé mentale des garçons est une affaire de sécurité nationale. Ainsi, pour s'assurer d'avoir des soldats en bonne santé, l'accent est alors mis sur la prévention et sur le dépistage précoce des maladies mentales, particulièrement chez les garçons (Singh, 2006).

Il n'est donc pas surprenant que les garçons aient été plus représentés que les filles lors des premières identifications cliniques du trouble.

3.2 Identification des symptômes de l'hyperkinésie

La seconde explication met en cause les critères diagnostiques et la manière dont les symptômes de l'hyperkinésie ont été identifiés. Heptinstall & Taylor (2002) suggèrent que tant que les critères diagnostiques ne seront pas distincts pour les deux sexes, l'écart dans le taux de prévalence selon le genre persistera. À cet effet, Barkley (2003:95) mentionne que les différences dans les taux de prévalence selon le genre « [...] could be an artifact of applying a set of diagnostic criteria developed primarily on males to females». Il suggère ainsi que les critères diagnostiques, conçus à partir des comportements observés chez les enfants manifestant les comportements d'hyperkinésie, donc observés principalement chez les garçons, reflètent l'expression des comportements masculins et créent un biais qui explique la sous-identification des filles. Le fait que l'échantillon qui a été utilisé pour créer les critères diagnostics du DSM-IV était principalement composé de garçons (Barkley, 2003), vient appuyer ce fait. Seule la validation des critères diagnostiques sur des groupes comprenant autant de filles que de garçon pourra confirmer si les critères s'appliquent à tous, peu importe le genre. Il n'est pas impossible que les filles aient besoin d'un moins grand nombre de symptômes pour être identifiées ou qu'elles nécessitent des critères diagnostiques spécifiques, plus appropriés à leurs comportements de type internalisé. Staller & Faraone (2006) sont d'avis que les symptômes principaux sont les mêmes peu importe le sexe, mais que le

degré de sévérité des critères diagnostiques pourrait être adapté au genre, puisque la gravité des symptômes est généralement plus grande chez les garçons.

3.3 L'inattention des filles et les comportements extériorisés des garçons

Les différences de prévalence entre les garçons et les filles peuvent également s'expliquer par des caractéristiques liées au genre. Il est généralement admis que les garçons présentent plus de symptômes externalisés, tels l'hyperactivité et l'impulsivité, que les filles, qui elles, présentent plus de comportements internalisés, tel l'inattention (Hartung *et al.* 2002; Heptinstall & Taylor, 2002; Staller & Faraone, 2006). De plus, à âge égal, les filles présentent moins de comportements d'hyperactivité et d'inattention que les garçons, et cela se retrouve dans toutes les cultures (Heptinstall & Taylor, 2002).

Quand on tient compte de ces faits et que l'on fait le lien avec l'évolution conceptuelle de l'hyperkinésie, il est possible de comprendre pourquoi les garçons sont plus souvent identifiés que les filles (Staller & Faraone, 2006). Selon cette idée, l'évolution du concept d'hyperkinésie a plus souvent qu'autrement mis l'accent sur la manifestation des comportements d'hyperactivité (mis à part lors de l'utilisation du DSM-III). Ainsi l'accent a été mis sur l'identification de comportements extériorisés (l'hyperactivité, l'impulsivité) qui sont plus souvent identifiés chez les garçons que chez les filles. Donc, du fait que les filles manifestent moins de comportements extériorisés, elles sont de facto moins identifiées que les garçons.

Par ailleurs, il est également rapporté que les comportements d'inattention sont manifestés plus tard que les comportements d'hyperactivité (5-7 ans comparé à 3-4 ans) et alors que les comportements d'inattention sont stables dans le temps, les comportements d'hyperactivité diminuent avec l'âge (Barkley, 2003; Lahey *et al.* 2005). Comme les filles manifestent plus souvent des comportements d'inattention, et qu'ils apparaissent plus tard dans le développement de l'enfant, les études qui ciblent des échantillons d'enfants de moins de 7 ans ont moins de chance d'inclure des filles. Par ailleurs, les échantillons cliniques ont moins de chance d'avoir des filles, car pour avoir le diagnostic officiel, les symptômes du TDA/H doivent apparaître avant l'âge de 7 ans. Or,

il est admis que les comportements d'inattention, principalement manifestés par les filles, surviennent dans le contexte scolaire, généralement après l'âge de 7 ans.

3.4 Biais méthodologiques

Les dernières explications aux différences de prévalence selon le genre sont d'ordre méthodologique. D'une part, il semble qu'il existe un biais du répondant (Heptinstall & Taylor, 2002). Généralement les informations sur les symptômes sont collectées auprès des parents et des enseignants de l'enfant. Les études utilisant des évaluations de l'enseignant identifient plus souvent des garçons TDAH que des filles, (Buitelaar, 2002; Hartung *et al.* 2002; Heptinstall & Taylor, 2002), alors que les observations des mères n'identifient aucune différence dans les symptômes selon le genre (Harthung *et al.* 2002). Il semble également que les parents identifient plus facilement les comportements d'hyperkinésie de leur fille que les enseignants, puisque ces derniers comparent les comportements des filles à ceux des garçons. Comme les garçons sont généralement plus dérangeants que les filles, celles-ci sont moins souvent identifiées par les enseignants (Heptinstall & Taylor, 2002). Bref, les enseignants sous estiment les filles ADHD car elles ont moins de problèmes de comportements qui nécessitent une intervention en classe. Par ailleurs, lorsque les répondants comparent les comportements des filles à ceux des garçons, les filles identifiées comme ayant un TDA/H ont généralement un niveau de sévérité supérieur à celui des garçons (Heptinstall & Taylor, 2002). Les répondants s'attendent à ce que les filles présentent des comportements de la même nature que ceux des garçons, alors qu'en vérité ceux des filles sont souvent moins graves.

D'autre part, le type de population étudié peut aussi expliquer que les garçons soient surreprésentés par rapport aux filles. L'utilisation d'échantillons cliniques fait augmenter la représentation des garçons, car comme il a été démontré précédemment, les filles ont un degré de sévérité moindre et leurs comportements apparaissent généralement plus tard que chez les garçons. Elles ont donc moins de chance de faire partie d'un échantillon clinique (Heptinstall & Taylor, 2002).

3.5 Synthèse

Cette section a démontré que bien que les garçons aient une plus grande prévalence de TDA/H que les filles, cela n'indique pas pour autant que le TDA/H est un trouble plus « masculin ». Au contraire, il est fort possible que les filles soient sous-représentées pour les raisons suivantes : 1) les échantillons contiennent plus de garçons, car historiquement l'accent a été mis sur l'importance de leur santé mentale; 2) les critères diagnostiques ont été identifiés sur des échantillons de garçons et donc reflètent moins les comportements problématiques manifestés par les filles; 3) les garçons présentent plus de symptômes d'hyperactivité-impulsivité, par conséquent ils sont identifié plus tôt et plus souvent que les filles qui elles manifestent plus de symptômes d'inattention et; 4) l'utilisation d'échantillons cliniques et le choix du répondant peuvent expliquer que les filles sont moins présentes sous le diagnostic de l'hyperkinésie.

4. Conclusion

L'objectif de ce travail était de faire une synthèse de l'évolution du concept et de la mesure de l'hyperkinésie en répondant aux questions suivantes : *Faites le bilan de l'évolution des concepts d'hyperactivité et d'inattention. De quand date l'apparition de ces concepts? Comment ces concepts et leur mesure ont-ils évolué? Y a-t-il eu et y a-t-il encore plusieurs manières de les mesurer? La ou les mesures sont-elles fiables et surtout sont-elles valides par rapport à la définition du concept. En quoi la mesure ou le concept semblent-ils liés au genre, i.e. identifier plus de garçons souffrant du problème que de filles? Distinguer les perspectives sociologique et psychologique sur cette question.*

Le travail a permis d'identifier les conceptualisations médicales et sociales de l'hyperkinésie. La conceptualisation médicale a émergé au début du XX^e siècle et a connu plusieurs modifications pour arriver au diagnostic clinique actuellement utilisé. En 30 ans, du premier diagnostic officiel en 1968 au plus récent en 1994, le trouble a d'abord été conceptualisé par les comportements d'hyperactivité, puis par les comportements d'inattention, pour finalement arriver à une conceptualisation où les deux dimensions revêtent une importance équivalente et peuvent être manifestées indépendamment l'une

de l'autre pour mener au même diagnostic. L'aspect développemental du trouble a également évolué avec les années, passant d'un trouble affectant uniquement les enfants à un trouble de plus en plus présent chez les adultes. Par ailleurs, la conceptualisation sociologique perçoit l'hyperkinésie comme étant une condition attribuée à l'individu par la société. L'hyperkinésie se définit comme étant une déviance médicalisée qui résulte d'une construction sociale et n'est donc pas une condition physiologique.

Vu l'absence de preuves physiologiques, les critères diagnostiques de l'hyperkinésie, tels que décrits dans le Diagnostic and Statistical Manual, constituent la principale référence médicale du trouble. Ces critères sont critiqués sur plusieurs aspects, notamment sur le fait qu'ils manquent de précision, de clarté, qu'ils sont des constructions sociales occidentales et qu'ils n'ont souvent pas été prouvés scientifiquement. Par ailleurs, les deux dimensions, inattention et hyperactivité-impulsivité, sont bien identifiées par les recherches et les symptômes du TDA/H sont persistants jusqu'à l'âge adulte. Bien qu'il existe une grande diversité d'instruments de mesure, aucun ne peut servir à identifier un enfant TDA/H. La combinaison d'instruments de mesure est grandement suggérée dans le but d'aider le professionnel de la santé à poser un diagnostic clinique.

Ce travail a également permis de démontrer que l'identification d'un plus grand nombre de garçons que de filles est principalement due à des causes historiques, contextuelles et méthodologiques. Des recherches futures, utilisant des critères diagnostiques plus précis, ayant une meilleure validité et basés sur des échantillons comprenant autant de filles que de garçons, pourraient permettre une identification égale de garçons et de filles.

Finalement, en abordant les conceptualisations sociologiques et médicales de l'hyperkinésie et les failles méthodologiques du diagnostic, il fut possible de montrer qu'une certaine controverse est associée au trouble :

« ADHD is therefore a contested concept in that it describes a range of aspects of behaviour clustered together by human judgement into a diagnosis of “psychiatric disorder”, and it is subjectively measured by professionals, with considerable reliance on behaviour checklist.” (Stead, Lloyd & Cohen, 2006: 1)

Certains auteurs critiquent la présence de controverse. Selon eux, le plus important n'est pas tant de savoir si le trouble existe réellement ou s'il est une construction sociale (Kendall *et al.* 2003; Singh, 2002). Il leur semble plus utile d'une part de réaliser et d'accepter que des enfants en souffrent et qu'ils en subissent les conséquences et de trouver des solutions au problème (Kendall *et al.* 2003) et d'autre part de découvrir à qui profite le plus le diagnostic et le traitement pharmacologique (Singh, 2002).

Références

American Psychiatric Association (1968), DSM-II, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2e version.*

American Psychiatric Association [1980] (1983), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux / 3e version*, traduction française, Paris : Masson, 1983.

American Psychiatric Association [1987] (1989), DSM-III-R, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3^e version révisée*, traduction française, Paris : Masson, 1989.

American Psychiatric Association [1994] (1996), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e version*, Traduction française, Paris, Masson.

APA – DSM-V <http://www.dsm5.org/> site consulté le 18 juillet 2007

Anastopoulos, A.D. & Shelton, T.L. (2001). *Assessing Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*, Kluwer Academic/Plenum Publisher, New York.

Baeyens, D., Roeyers, H. & Vande Walle, J. (2006). Subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Distinct or Related Disorders Across Measurement Levels? *Child Psychiatry Hum Dev*, 36:403–417

Barkley, R.A. (2006). The relevance of the Still lectures to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Journal of Attention Disorders*, 10(2): 137-140.

Barkley, R.A. (2003). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Child Psychopathology, Second Edition*, Edited by Eric J Mash and Russells A. Barkley, The Guilford Press, NY, London Chapter 2 75-143.

Barkley, R.A. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Second Edition, The Guilford Press, NY, London.

Brancaccio, M.T. (2000). Educational hyperactivity: the historical emergence of a concept, *Intercultural Education*, 11(2), 165-177.

Brewis, A. (2002). Social and Biological Measures of Hyperactivity and Inattention: Are they Describing Similar Underlying Constructs of Child Behavior? *Social Biology*, 49(1-2), 99-115.

Buitelaar, J.K. (2002). Epidemiological aspects: what we have learned over the last decade? In Sandberg, S. (editor) *Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood, Second Edition*, Cambridge University Press.

Cohen, D. (2006). Critiques of the “ADHD” Enterprise, in Lloyd, G., Stead, J. & Cohen, D. (2006) *Critical New Perspectives on ADHD*. Routledge, 236p.

Collège des médecins du Québec (2001). *Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec*. Disponible au :
<http://www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/Lignes%20TDAH%20et%20italin%20FR%2001.pdf>

Conrad, P. [1975] (2006). *Identifying Hyperactive Children. The Medicalization of Deviant Behavior. Expanded edition*, Ashgate Classics in Sociology. 159 p.

Conrad, P. & Potter, D. (2000). From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories, *Social Problems*, 47(4), 559-582.

Conrad, P. & Schneider, J.W. [1980] (1992). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Temple University Press, Philadelphia.

Dubé, R. (1992) *Hyperactivité et déficit de l'attention chez l'enfant*. Gaëtan Morin Éditeur.

Gaub, M. & Carlson, C.L. (1997). Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(2):103-111.

Graetz, B.W., Sawyer, M.G. & Baghurst, P. (2005). Gender differences among children with DSM-IV ADHD in Australia, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 44(2):159-168.

Hartung, C.M.; Willcutt, E.G., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Loney, J., Stein, M.A. & Keenan, K (2002). Sex Differences in Young Children Who Meet Criteria for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 31(4), 453-464.

Heptinstall, E. & Taylor, E. (2002). Sex differences and their significance. In Sandberg, S. (editor) *Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood, Second Edition*, Cambridge University Press.

Hoffman, H. (1945) *Der Struwwelpeter*. Frankfurt : Literarische Anstalt. Disponible sur le web: http://www.fln.vcu.edu/struwwel/philipp_e.html

Kendall, J., Hatton, D., Beckett, A. & Leo, M. (2003). Children's accounts of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Advances in Nursing Science*, 26(2):114-130.

Lahey, B.B., Pelham, W.E., Loney, J., Lee, S. & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school, *Arch Gen Psychiatry*, 62:896-902.

Lahey, B.B., Pelham, W.E., Loney, J., Kipp, H., Ehrhardt, A., Lee, S.S., Willcutt, E.G., Harthung, C.M., Chronis, A. & Massetti, G. (2004). Three-year predictive validity of DSM-IV Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children diagnosed at 4-6 years of age, *Am. J Psychiatry*, 161(11):2014-2020.

Lakoff, A. (2000). Adaptive Will: The Evolution of Attention Deficit Disorder, *Journal of History of the Behavioural Sciences*, 36(2), 149-169.

Lange, R.W. (2007). *Subtypes of ADHD – Fact or fiction?* Presented at the 1st international congress on ADHD, Würzburg, Germany, June 2-5 2007.

McBurnett *et al.* (1999). Experimental Cross-Validation of DSM-IV Types of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(1), 17-24.

Merrell, C. & Tymms, P.B. (2001). Inattention, hyperactivity and impulsiveness: their impact on academic achievement and progress, *British Journal of Educational Psychology*; 71 :43-56.

Olson, S. (2002). Developmental perspectives, In Sandberg, S. [1996] (2002) *Hyperactivity and attention disorders of childhood. Second edition.* University Press, Cambridge 504p.

Organisation Mondiale de la Santé (1993). *Classification Internationale des Troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostique*, Paris : Masson.

Rafalovich, A. (2004). *Framing ADHD Children. A Critical Examination of the History, Discourse, and Everyday Experience of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder.* Lexington Books.

Rafalovich, A. (2001). The Conceptual History of attention deficit disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877-1929, *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 22, 93-115.

Robison, L.M., Skaer, T.L., Sclar, D.A. & Galin, R.S. (2002). Is Attention Deficit Hyperactivity Disorder increasing among girls in the US? Trends in diagnosis and the prescribing of stimulants, *CNS Drugs*, 16(2):129-137.

Romano, E., Baillargeon, R.H. & Tremblay, R.E. (2002). *Prévalence de l'hyperactivité-impulsivité et de l'inattention chez les enfants canadiens : Constats tirés des données du premier cycle (1994-1995) de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les*

jeunes. Rapport final, Direction générale de recherche appliquée, Politique stratégique, SP-561-01-03F, Développement des ressources humaines canada, juin 2002.

Sandberg, S.& Barton, J. (2002). Historical development. In Sandberg, S. (editor) *Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood, Second Edition*, Cambridge University Press.

Saudino, K. J. & Plomin, R. (2007). Why are hyperactivity and academic achievement related?, *Child Development*, 78(3):972-986.

Schachar, R. & Sergeant, J.A. (2002) Classification Issues. In Sandberg, S. (editor) *Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood, Second Edition*, Cambridge University Press.

Singh, I. (2006). A framework for understanding trends in ADHD diagnoses and stimulant drug treatment: schools and schooling as a case study, *BioSocieties*, 1: 439-452.

Singh, I. (2002). Biology in Context: Social and Cultural Perspectives on ADHD. *Children and Society*, 16, 360-367.

Spira, E. G. & Fischel, J.E. (2005). The impact of preschool inattention, hyperactivity, and impulsivity on social and academic development: a review, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7): 755-773.

Staller, J. & Faraone, S.V. (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in girls. Epidemiology and Management. *CNS Drugs*, 20(2), 107-123.

Stead, J., Lloyd, G. & Cohen, D. (2006). Introduction. Widening our view of ADHD. In Lloyd, G., Stead, J & Cohen, D. (Editors) *Critical New Perspectives on ADHD*, Routledge, 236p.

Steinhausen, H.-C. (2007). *Co-morbidity of ADHD in childhood and adolescence*. Presented at the 1st international congress on ADHD, Würzburg, Germany, June 2-5 2007.

Timimi, S. (2002). *Pathological Child Psychiatry and the medicalization of Childhood*. Brunner-Routledge:UK. 190p.

Todd, R.D., Sitdhiraksa, N., Reich, W., Ji, T., Joyner, C.A., Heath, A.C. & Neuman, R.J. (2002). Discrimination of DSM-IV and latent class Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder subtypes by educational and cognitive performance in a population-based sample of child and adolescent twins, *J. Am. Acad. Child and Adolesc. Psychiatry*, 41(7):820-828.

Toone, B. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorders in Adulthood, In Sandberg, S. [1996] (2002) *Hyperactivity and attention disorders of childhood. Second edition.* University Press, Cambridge 504p.

Tripp, G., Luk, S.L., Schaughency, E.A & Singh, R. (1999). DSM-IV and ICD-10: A Comparison of the Correlates of ADHD and Hyperkinetic Disorder, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(2), 157-164.

Walker, D. (2006). ADHD as the new “feeble-mindedness” of American Indian children, In Lloyd, G., Stead, J. & Cohen, D. (2006) *Critical New Perspectives on ADHD.* Routledge, 236p.

Weiss, M., Worling, D. & Wasdell, M. (2003). A chart review study of the inattentive and combined type of ADHD, *Journal of Attention Disorders*, 7(1): 1-9.

Annexe 1

**Critères diagnostiques du DSM-II (1968) : Réaction hyperkinétique de l'enfance
Hyperkinetic Reaction to childhood**

308.0 Hyperkinetic reaction of childhood (or adolescence)

“This disorder is characterized by overactivity, restlessness, distractibility, and short attention span, especially in young children; the behaviour usually diminishes in adolescence.

If this behaviour is caused by organic brain damage, it should be diagnosed under the appropriate non-psychotic organic brain syndrome.”

**Critères diagnostiques du DSM-III ([1980]1983) : Trouble déficitaire de l'attention
Attention deficit disorder**

A. Inattention. Au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) souvent, n'arrive pas à finir ce qu'il (ou elle) commence
- (2) souvent, n'a pas l'air d'écouter
- (3) facilement distract(e)
- (4) a du mal à se concentrer sur le travail scolaire ou d'autres tâches requérant une attention soutenue
- (5) manque de constance dans les activités de jeu

B. Impulsivité. Au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) agit souvent avant de penser
- (2) passe trop souvent d'une activité à une autre
- (3) a du mal à organiser son travail (cela n'étant pas dû à un déficit cognitif)
- (4) a besoin d'un encadrement strict
- (5) intervention intempestives en classe
- (6) a du mal à attendre son tour au cours des jeux ou des situations de groupe

C. Hyperactivité. Au moins deux des manifestations suivantes :

- (1) court trop ou grimpe partout
- (2) a du mal à rester tranquille ou s'agit trop
- (3) a du mal à rester assis
- (4) a un sommeil trop agité
- (5) est toujours « sur la brèche » ou agit comme « monté sur un ressort »

D. Début avant l'âge de 7 ans

E. Durée d'au moins 6 mois

F. Non dû à une Schizophrénie, à un Trouble affectif ou à un Retard mental grave ou profond.

Sous-types cliniques :

314.00 Trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité

Le sujet n'a jamais présenté d'hyperactivité (critère C).

314.01 Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

Le sujet présente de l'hyperactivité (critère C).

314.80 Trouble déficitaire de l'attention. Type résiduel

- A. On retrouve dans les antécédents du sujet les critères du Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.
- B. Les signes d'hyperactivité ont disparu, mais d'autres signes de la maladie persistent sans période de rémission, ce dont témoignent à la fois des signes de déficit d'attention et d'impulsivité.
- C. Les symptômes d'inattention et d'impulsivité entraînent une certaine altération du fonctionnement social et scolaire quotidien.
- D. Non dû à une Schizophrénie, à un Trouble affectif, à un Retard mental grave ou profond, ou à une personnalité schizotypique ou limite (borderline).

Critères diagnostiques du DSM-III-R ([1987] 1989) : Trouble hyperactivité avec déficit de l'attention

N.B. : Il faut considérer que le critère est rempli seulement si le comportement décrit est beaucoup plus fréquent que chez la plupart des sujets du même âge mental.

A. Perturbation persistant au moins six mois, au cours de laquelle on retrouve au moins huit des signes suivants :

- (1) agite souvent ses mains et ses pieds, se tortille sur sa chaise (chez les adolescents, ce signe peut se limiter à un sentiment subjectif d'agitation)
- (2) a du mal à rester assis quand on lui demande
- (3) est facilement distracté par des stimuli externes
- (4) a du mal à attendre son tour dans les jeux ou les situations de groupe
- (5) se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminé de les poser
- (6) a du mal à se conformer aux directives venant d'autrui (non dû à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension), p.ex. ne finit pas les corvées
- (7) a du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- (8) passe souvent d'une activité inachevée à une autre
- (9) a du mal à jouer en silence
- (10) parle trop souvent
- (11) interrompt souvent autrui ou impose sa présence (p.ex. fait irruption dans les jeux des autres enfants)
- (12) a souvent l'air de ne pas écouter ce qu'on lui dit
- (13) perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à ses activités à l'école ou à la maison (p. ex. : jouets, crayons, livres, devoirs)
- (14) se lance souvent dans des activités physiques dangereuses sans tenir compte des conséquences possibles (et non pour l'amour du risque), p.ex. : traverse la rue sans regarder

N.B. : Les items cités ci-dessus sont classés par ordre décroissant selon leur valeur discriminante pour le diagnostic des Comportements perturbateurs d'après les données d'une étude nationale sur le terrain des critères du DSM-III-R.

B. Survenue avant l'âge de sept ans

C. Ne répond pas aux critères d'un Trouble envahissant du développement

Critères de sévérité du trouble : Hyperactivité avec déficit de l'attention

Léger : peu ou pas de symptômes autre que ceux nécessaires au diagnostic et peu ou pas de handicap du fonctionnement scolaire et social

Moyen : les symptômes ou le handicap fonctionnel sont intermédiaires entre graves et légers

Sévère : il existe de nombreux symptômes autres que ceux nécessaires au diagnostic, et une altération significative et généralisée du fonctionnement à la maison, l'école et avec les camarades.

Critères diagnostiques du DSM-IV ([1994]1996) : Déficit de l'Attention / Hyperactivité
Attention deficit hyperactivity disorder

A) Présence soit de (1), soit de (2) :

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

- souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
- souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)
- a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)
- perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p.ex., jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)
- souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes
- a des oubli 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

- remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège
- se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis
- souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)
- a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
- est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts"
- parle souvent trop

Impulsivité

- laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- a souvent du mal à attendre son tour
- 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'environnement 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).

Sous-types cliniques :

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

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

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

Critères diagnostiques de la CIM-10 (OMS, 1993) : Troubles hyperkinétiques

F90. Troubles hyperkinétiques

G1. Inattention. Au moins 6 des symptômes suivants ont persistés au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

- 1) 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;
- 2) Ne parvient souvent pas à soutenir son attention dans des tâches ou des activités de jeu;
- 3) Ne parvient souvent pas à écouter ce qu'on lui dit;
- 4) 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).
- 5) A souvent du mal à organiser des tâches ou des activités;
- 6) Évite souvent ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu, telles que les devoirs à la maison;
- 7) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à certaines activités à l'école ou à la maison;
- 8) Est souvent facilement distractif par des stimuli externes;
- 9) A des oubli fréquents au cours des activités quotidiennes.

G2. Hyperactivité. Au moins 3 des symptômes suivants ont persistés 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 persistés 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 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.

Sous-types cliniques :

- F90.0 Trouble de l'activité et de l'attention
- F90.1 Trouble de l'hyperactivité et troubles des conduites
- F90.8 Autres troubles hyperkinétiques
- F90.9 Troubles hyperkinétiques, non spécifique