

# Approche diagnostique d'un enfant instable

Olivier REVOL<sup>1</sup>  
Pierre FOURNERET<sup>2</sup>

1. Service de neuropsychiatrie de l'enfant  
Hôpital neurologique et neuro-chirurgical  
Pierre Wertheimer  
69394 Lyon Cedex 03  
Mél: olivier.revol@chu-lyon.fr

2. Institut des sciences cognitives  
67, boulevard Pinel  
69675 Bron Cedex

**L'instabilité de l'enfant peut être primaire, expression d'une pathologie organique, d'un «trouble hyperactivité avec déficit de l'attention» ou d'un trouble envahissant du développement, ou bien secondaire à un trouble de l'humeur (dépression de l'enfant ou des parents), des difficultés d'apprentissage ou une précocité intellectuelle. Le diagnostic est facilité par une procédure décisionnelle qui repose sur la confrontation de l'anamnèse et des évaluations cliniques, comportementales et neuropsychologiques.**

Largement décrite au cours du siècle dernier, l'instabilité psychomotrice de l'enfant pose encore le problème de son origine; en fonction des descriptions et des hypothèses théoriques, plusieurs causes ont été envisagées. Les auteurs nord-américains estiment qu'il s'agit d'un syndrome bien défini, reposant sur des critères diagnostiques et étiopathogéniques précis; l'agitation serait la conséquence d'un trouble de l'attention d'origine neurologique, justifiant la mise en route d'un traitement psychostimulant. De fait, la définition proposée par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV, 1994)<sup>1</sup> regroupe l'ensemble de la symptomatologie sous l'expression «trouble hyperactivité avec déficit de l'attention» (THADA) [tableau I]. À l'inverse, la majorité des pédopsychiatres français préfèrent retenir le caractère transnosographique de l'hyperactivité, considérée comme l'expression symptomatique d'un trouble de la personnalité et méritant une prise en charge psychothérapique.<sup>2</sup>

À côté de ces 2 positions extrêmes, se dégage un mouvement nouveau et plus nuancé. Si les avancées des neurosciences ont démontré que certains comportements hyperactifs étaient effectivement sous-tendus par des troubles d'attention, validant ainsi le concept de THADA, la pratique clinique confirme quotidiennement que le déficit attentionnel ne représente pas la cause unique d'instabilité psychomotrice; des perturbations affectives ou des conditions environnementales inadaptées peuvent aussi générer une agitation invalidante. Prendre en charge un enfant instable s'impose alors comme un véritable défi, qui nécessite une démarche diagnostique rigoureuse,

sans a priori théorique, et donc résolument neuropsychiatrique. Une procédure décisionnelle élargie (anamnèse, examen clinique, entretien psychologique, analyse des questionnaires de comportement multicentriques, bilans complémentaires neuropsychologiques) permet de s'orienter vers une étiologie précise et de proposer des stratégies thérapeutiques adaptées.<sup>3</sup> Le diagnostic de THADA doit alors être réservé à certains cas d'instabilité bien définis, dont nous allons développer les caractéristiques; les autres causes d'hyperactivité seront abordées comme diagnostic différentiel.

## DIAGNOSTIC DU THADA

Porter le diagnostic de THADA est facile dans la forme typique:<sup>4</sup> il s'agit d'un enfant de plus de 6 ans, sans troubles de la personnalité, qui présente, depuis l'acquisition de la marche, une agitation excessive, injustifiée au regard de son âge et de ses compétences intellectuelles. La consultation spécialisée est demandée par un entourage excédé, dont le seuil de tolérance est dépassé.

L'étude sémiologique recherche l'association de 3 symptômes: trouble de l'attention, hyperactivité motrice et impulsivité.<sup>5</sup>

### Trouble de l'attention

Le trouble de l'attention est l'élément central du syndrome, car il est considéré comme la base physiopathologique du dysfonctionnement. Il est illustré par une difficulté à se concentrer et une distractibilité quasi constante avec impossibilité de saisir l'information pertinente dès qu'il existe des distracteurs (bruit de fond, conversations, télévision...). L'enfant indispose parents et enseignants par son incapapa-

## TABLEAU I

### Critères DSM-IV<sup>1</sup>

#### Trouble : Déficit de l'attention avec hyperactivité (THADA)

##### 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 et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant

##### *Inattention*

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

- ② six des symptômes suivants d'**hyperactivité-impulsivité** (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

##### *Hyperactivité*

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

##### *Impulsivité*

- (g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- (h) a souvent du mal à attendre son tour
- (i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

##### B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

##### C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types d'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).

cité à maintenir son attention dans le temps ; absorbé dans ses pensées, parasité par les stimulations extérieures, il paraît ne pas écouter, débute des activités qu'il ne termine pas (travail ou jeux) et égare ses affaires scolaires.

##### **Hyperactivité motrice**

L'enfant est toujours en mouvement, incapable de tenir en place, avec une activité globale désorganisée, non constructive et mal coordonnée. Semblable au nourrisson qui vient d'ac-

quérir la marche, il occupe l'espace environnant, tout au plaisir de la découverte. Il court et grimpe, s'agite en permanence, souvent de façon joyeuse et est incapable de rester assis à une table de travail ou lors des repas. Bruyant et maladroit, il ne peut jouer seul et sollicite sans cesse l'adulte dont il parasite le fonctionnement. Les fréquentes prises de risques sont illustrées par quelques stigmates pathognomoniques (incisive médiane ébréchée, cicatrices sur l'arcade sourcilière...). Tous ces éléments sont illustrés par les livrets scolaires (nombreuses remarques concernant la discipline et l'agitation) et par le carnet de santé (fréquentations des services d'urgence pour des blessures minimes mais à répétition).

##### **Impulsivité**

L'impulsivité est le plus souvent associée à l'hyperactivité ; définie comme un besoin impérieux d'accomplir un acte et illustrée par l'impossibilité de différer un désir, elle est responsable du rejet de l'enfant par son entourage ; elle perturbe son fonctionnement moteur (impatience, brusquerie) et son développement cognitif (difficultés à anticiper les conséquences de ses actes). L'enfant impulsif est incapable d'attendre son tour dans les jeux, répond en oubliant de lever la main, interrompt les adultes et s'immisce dans leurs discussions. Il abandonne une activité avant de l'avoir terminée, et est de ce fait pénalisé dans l'organisation de son travail par une absence de stratégie et une incapacité à planifier. Sa grande difficulté à se conformer aux ordres est rapidement interprétée comme un refus des règles et des consignes ; intolérant aux contraintes et rapidement agressif lorsqu'il est frustré, il semble insensible aux récompenses et aux punitions. L'impulsivité a aussi des conséquences sur le plan émotionnel, avec des modifications rapides et fréquentes de l'humeur.

##### **L'authentique THADA**

Tous ces symptômes sont colligés dans le DSM-IV (tableau I). Pour retenir un authentique THADA, l'enfant doit présenter soit 6 symptômes d'inattention, soit 6 symptômes d'hyperactivité et (ou) d'impulsivité ; on en dégage ainsi 3 sous-types : inattention prédomi-

nante ; hyperactivité/impulsivité prédominante ; formes mixtes. Par ailleurs, les symptômes doivent être présents dans au moins 2 situations différentes, être responsables d'une gêne significative, avoir été repérés dès la petite enfance (avant 7 ans) et ne pas être expliqués par l'existence d'un trouble de la personnalité. Le retentissement des différents symptômes varie en fonction de leur gravité et de la tolérance de l'environnement. L'hyperactivité présente un risque pour la santé physique de l'enfant, le déficit attentionnel perturbe ses apprentissages, tandis que l'impulsivité le gêne sur le plan social.

Cette triade symptomatique peut s'accompagner de complications qui sont parfois les premiers signes d'appels d'un THADA : l'échec scolaire est fréquent. Secondaire à la distractibilité, il est toujours mal vécu par des enfants qui ont pourtant statistiquement un quotient intellectuel (QI) supérieur de 5 à 10 points à celui d'enfants témoins.<sup>6</sup> Le *risque de sévices* n'est pas négligeable, en particulier dans les formes où l'hyperactivité prédomine. Dans tous les cas, les reproches répétés peuvent entraîner un *tableau anxiodépressif* grave, lié à la conscience douloureuse du trouble et à l'incapacité à le maîtriser (« on me dispute tout le temps et on me reproche des comportements que je ne contrôle pas ; je dois vraiment être nul... »). Ces pensées péjoratives peuvent aggraver l'agitation et précipiter l'enfant dans une spirale inquiétante.

Le diagnostic de THADA est plus difficile dans les formes atypiques, en par-

ticulier chez l'enfant avant 6 ans, quand l'hyperactivité est encore physiologique et tolérée par l'entourage (l'enfant est encore autorisé à se lever en classe, la fragilité de l'humeur et l'impatience sont normales pour l'âge...) ; le THADA peut être évoqué devant l'omniprésence des comportements perturbateurs et leur aspect caricatural et antisocial, qui rend difficile le maintien en maternelle. La multiplication des accidents (chutes fréquentes, bagarres...) et l'association possible de retards du développement (langage oral ou écrit...) <sup>7</sup> méritent une vigilance accrue et une surveillance fine de l'évolution afin de distinguer le THADA d'un simple tempérament excessif.

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Toute la complexité diagnostique consiste à différencier THADA et hyperactivités symptomatiques. Après avoir éliminé la « turbulence », <sup>8</sup> souvent secondaire à des règles éducatives inadaptées (rigidité écrasante ou laxisme anxiogène), on s'attache à dépister les causes médico-psychosociales pouvant affecter l'enfant dans sa famille ou à l'école. Une enquête rigoureuse permet de rattacher l'agitation à une pathologie somatique, à un environnement délétère (carences éducatives, dépression parentale), à un retard mental, ou encore à certaines préoccupations psychiques (troubles obsessionnels et compulsifs, épisodes dépressifs, dysharmonie d'évolution). Il convient aussi de distinguer l'inattention et les instabilités consécutives aux troubles graves des apprentissages des enfants « dys » (dyslexie, dyspha-

sie, dyspraxies...), ainsi que le cas particulier des enfants surdoués, souvent inattentifs en classe pour cause d'ennui et de refus d'apprendre.<sup>9</sup> Dans ces 2 dernières situations, les symptômes sont retrouvés uniquement dans le milieu scolaire.

Nous proposons de classer les diagnostics différentiels en fonction des modalités de survenue (tableau II).

## Instabilités présentes depuis toujours et retrouvées dans toutes les situations

Si l'instabilité « constitutionnelle » doit faire évoquer avant tout le diagnostic de THADA, elle peut aussi être l'expression d'une pathologie somatique ou d'un trouble grave de la personnalité. Plusieurs affections médicales sont susceptibles d'entraîner une hyperactivité ; <sup>6</sup> il s'agit le plus souvent de *déficits perceptifs* (visuels ou auditifs), de *maladies neuropédiatriques* (épilepsies partielles, encéphalopathies...) ou *génétiques* (« X fragile », syndrome de Williams...). Ces diagnostics méritent d'être envisagés systématiquement devant l'association de retards de développement, de dysmorphies faciales ou de symptômes neurologiques.

Certains troubles de la personnalité sont responsables d'un comportement instable ; au delà de l'*autisme*, dont la massivité du tableau élimine tout problème diagnostique, on rencontre régulièrement des enfants très agités, exigeants et intolérants, pour lesquels on discute le diagnostic de *dysharmonie d'évolution*, tel qu'il est défini dans la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA), équivalent du *Multiplex Developmental Disorder* (MDD) décrit par des chercheurs du *Yale Child Study Center*.<sup>10</sup> Ce concept sera probablement intégré dans les « troubles envahissants du développement » lors de la prochaine révision du DSM-IV.<sup>1</sup> Il s'agit d'enfants qui présentent une agitation anxieuse, une agressivité et des retards variés, avec de gros décalages entre les domaines affectifs, cognitifs et sociaux (concept de « dysharmonie »). L'agitation et l'impulsivité sont omniprésentes, compliquées par une anxiété majeure, liée à une confusion entre la réalité et le monde imaginaire. La communication est possible, mais surprenante par

**TABLEAU II**  
**Hyperactivité de l'enfant**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• présente dans toutes les situations, depuis toujours</li> </ul> <p style="text-align: center;">=</p> <p style="text-align: center;"><b>trouble constitutionnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- affections somatiques (génétique, neurologique...)</li> <li>- troubles de la personnalité (autisme, dysharmonie d'évolution)</li> <li>- THADA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intermittente, d'apparition récente, situationnelle</li> </ul> <p style="text-align: center;">=</p> <p style="text-align: center;"><b>trouble secondaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- troubles affectifs (TOC, dépression enfant)</li> <li>- carences éducatives (dépression parentale...)</li> <li>- inadaptation à l'environnement (difficultés scolaires, précocité...)</li> </ul>
---	--

THADA : hyperactivité avec troubles de l'attention.  
TOC : troubles obsessionnels compulsifs.

## TABLEAU III

### Dysharmonie d'évolution Multiplex Developmental Disorder, états limites, prépsychoses...<sup>10</sup>

- Trouble grave de la personnalité
- Un syndrome complexe :
  - instabilité, agressivité, intolérance aux frustrations
  - anxiété +++
  - hétérogénéité du développement cognitif et affectif
  - capacités relationnelles et d'échange préservées
  - faible perception du trouble
  - personnalité mal structurée
    - . crudité des affects (sexualité, violence...)
    - . débordements fantasmatiques +++

la crudité de l'expression verbale et picturale, souvent violente et sexualisée. De plus, ces enfants se différencient de ceux souffrant de THADA par une absence d'autocritique et une limitation de la compréhension des affects d'autrui ; de fait, derrière un « vernis » de pseudo-adaptation à la réalité, on retrouve une altération profonde de l'organisation de la personnalité. Appelés aussi « états limites » ou « prépsychoses », ces troubles complexes et multiples du développement, en augmentation constante, sont au centre de la discussion diagnostique. L'enjeu fondamental est d'ordre thérapeutique ; s'ils sont susceptibles d'évoluer favorablement, en particulier grâce aux neuroleptiques de nouvelle génération, les *Multiplex Developmental Disorders* ne relèvent en général pas des psychostimulants, qui risquent d'aggraver l'instabilité et l'anxiété. Leurs caractéristiques méritent d'être bien connues afin d'éviter ces écueils thérapeutiques (tableau III).

#### Instabilités intermittentes, d'apparition récente

Le caractère transitoire et (ou) récent de la symptomatologie plaide en général pour une origine environnementale ou psychoaffective. Ces instabilités « secondaires » sont dominées par la *dépression de l'enfant*, dont on connaît l'expression comportementale spécifique, avec agressivité, irritabilité et hyperactivité motrice ;<sup>11</sup> le diagnostic est évoqué par la mise en évidence de symptômes associés, classiquement rattachés à une origine dépressive (tristesse, troubles du sommeil, désin-

térêt pour les loisirs, plaintes somatiques), alors qu'ils sont presque toujours absents chez les enfants souffrant de THADA.

Les *troubles obsessionnels et compulsifs* (TOC) peuvent être responsables d'un trouble attentionnel secondaire ; en occupant l'espace psychique, les idées obsédantes entravent la pensée, perturbent les comportements habituels et peuvent être responsables de crises de colère apparemment injustifiées.<sup>12</sup> La *dépression de l'un des parents* doit aussi être évoquée lorsque l'enfant, par son agitation, semble lutter contre la tristesse parentale ; dans ce cas, les symptômes s'amenuisent, voire disparaissent en dehors du milieu familial. Enfin, toutes les situations qui génèrent un ennui ou un sentiment d'incompréhension peuvent entraîner une instabilité secondaire ; *l'échec scolaire et la précocité intellectuelle* sont à l'origine de nombreux troubles du comportement, survenant quasi exclusivement à l'école.<sup>4,9</sup>

L'inflation actuelle de ces troubles psychopathologiques justifie d'interroger tout enfant instable sur l'existence de « soucis » qui pourraient le gêner dans sa vie et ses interactions sociales.

Ainsi, le diagnostic de THADA doit être réservé aux formes primaires, sans atteintes organiques ni troubles de la personnalité associés ; le diagnostic différentiel doit permettre d'éliminer les autres hyperactivités constitutionnelles, s'intégrant dans une pathologie du développement ou de la personnalité, et les hyperactivités secondaires, situationnelles et réactionnelles au contexte environnemental.

On nuancera toutefois ce propos en ne négligeant pas la possibilité de l'association de troubles (THADA et dépression, THADA et précocité...), sans relation de cause à effet entre les pathologies.<sup>13,14</sup> La reconstitution minutieuse de l'anamnèse doit alors préciser la chronologie d'apparition de la symptomatologie.

#### DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

L'approche diagnostique de l'instabilité doit être rigoureuse et multimodale, afin d'éviter les excès constatés en Amérique du Nord qui dénaturent ce syndrome et diabolisent les thérapeutiques médicamenteuses. La consultation doit débiter par une reconstitution de l'*anamnèse*, à la recherche d'antécédents médico-psychologiques, de carences affectives ou d'affections parentales somatiques ou psychiques, tandis qu'elle précise l'histoire du trouble. L'*examen clinique* recherche des anomalies cliniques évocatrices d'une affection neurologique ou génétique (dysmorphies faciales, micro- ou macrocéphalie, syndrome cérébelleux...) ; il peut mettre en évidence des signes neurologiques mineurs (*soft signs*) tels que syncinésies et difficultés à maintenir un équilibre unipodal, qui évoquent un retard de maturation fréquent chez ces enfants.<sup>3</sup> L'*entretien psychologique*, en présence des parents puis seul avec l'enfant, évalue le retentissement de l'instabilité sur la qualité de vie familiale. Il permet en outre d'appréhender la perception par le jeune patient de ses difficultés et l'existence éventuelle de troubles de l'humeur ou de la personnalité. Le *recueil de la symptomatologie* in vivo au cabinet du praticien est souvent peu informatif, car les enfants porteurs de déficit d'attention sont capables d'inhiber leur hyperactivité en situation nouvelle et duelle,<sup>8</sup> quand l'attrait de la nouveauté et la réduction des distracteurs favorisent la vigilance ; seulement 20 % des enfants souffrant de THADA présenteraient une hyperactivité lors d'une première consultation.<sup>15</sup> Les *observations directes* en milieu scolaire ou à l'hôpital seraient idéales, mais elles sont rarement possibles. Les *questionnaires de comportement*, remplis par le père, la mère et les enseignants deviennent alors indispensables. On utilise

**TABLEAU IV**

**Questionnaire abrégé de Conners pour les parents**  
*Au delà de 15, le score est considéré pathologique*

• Identité de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

• Questionnaire complété par : la mère  le père  les deux

le : ..... (date à laquelle le questionnaire est rempli)

*Placer une croix dans la colonne qui décrit le mieux cet enfant*

Observation	Pas du tout 0	Un petit peu 1	Beaucoup 2	Énormément 3
1. Agité ou très actif				
2. Nerveux, impulsif				
3. Ne finit pas ce qu'il commence, attention de courte durée				
4. Toujours remuant				
5. Perturbe les autres enfants				
6. Inattentif, facilement distrait				
7. Ses demandes doivent être immédiatement satisfaites : facilement frustré				
8. Pleure souvent et facilement				
9. Changements d'humeur rapides et marqués				
10. Accès de colère, comportement explosif et imprévisible				

**COMMENTAIRES :**

*D'après la réf. n° 2.*

le plus souvent l'échelle de Conners,<sup>16</sup> avec un exemplaire destiné aux parents (43 items), un autre aux enseignants (28 items), résumés dans une version abrégée à 10 items (tableau IV). Spécifique de l'enfant hyperactif, l'échelle de Conners est considérée comme anormale lorsque le score est supérieur à 15 ; elle permet en outre de suivre l'évolution du trouble, en fonction des situations ou lorsqu'un traitement a été mis en place. D'autres outils sont disponibles, comme le questionnaire

d'Achenbach (*Child Behavior Checklist*),<sup>17</sup> précieux pour le diagnostic différentiel. Plus complet, construit autour de 113 questions, il évalue le comportement global de l'enfant et repère l'existence de symptômes anxieux et dépressifs, de troubles de la pensée et de l'intégration sociale, ou encore de plaintes somatiques et d'agressivité. Les décisions thérapeutiques sont largement facilitées par ce type d'instruments, qui objectivent la symptomatologie en dehors de tout prérequis

théorique. Le THADA est envisagé devant la permanence des troubles quelles que soient les situations. À l'inverse, des disparités entre les sources (père contre mère, famille contre école...) amènent à réévaluer le diagnostic d'hyperactivité « constitutionnelle », et orientent vers un trouble secondaire qui peut être objectivé par des outils spécifiques (échelles de dépression, tests de personnalité). Enfin, il est parfois nécessaire de confirmer l'existence d'un trouble cognitif primordial. Des tests *neuropsychologiques* vont évaluer la qualité des ressources attentionnelles, la sensibilité aux distracteurs ou l'efficacité des mécanismes contrôlant l'impulsivité.<sup>3,18</sup> Ce bilan peut aussi comporter une évaluation du quotient intellectuel à l'aide du test de Weschler (WISC III pour les enfants de 6 à 17 ans).<sup>19</sup> Au delà des compétences globales, c'est le profil spécifique de l'enfant qui est révélé par l'analyse comparative des sub-tests du QI ; un échec significatif dans les épreuves sollicitant les processus attentionnels (symboles, codes, arithmétique, mémoire des chiffres) est hautement évocateur de THADA.<sup>20</sup>

Au terme de cette approche multimodale (tableau V), la confrontation des données cliniques, anamnétiques et écologiques fournit des arguments solides pour le diagnostic. Si certaines instabilités psychomotrices de l'enfant sont effectivement liées à un déficit

**TABLEAU V**

**Instabilité : démarche diagnostique**

- Anamnèse (où, quand, depuis combien de temps ?)
- Examen clinique
  - observation de l'enfant
  - examen neurologique et perceptif
- Entretien psychologique
- Recueil des informations (école, maison)
  - courriers
  - échelles de comportement +++
- Évaluations neuropsychologiques
  - tests d'attention
  - quotient intellectuel (QI)

d'attention, d'autres paraissent clairement réactionnelles, avec des enjeux thérapeutiques fort différents.

## CONCLUSION

L'approche diagnostique de l'enfant instable nécessite de respecter une démarche rigoureuse et concertée; éminemment chronophage, car volontairement exhaustive, cette procédure décisionnelle nous paraît nécessaire pour proposer aux familles des stratégies thérapeutiques à la hauteur de leur désarroi. En plaçant le clinicien au cœur d'une réflexion ouverte, elle le dégage de tout questionnement idéologique réducteur, lui permettant de répondre avec efficacité à un syndrome invalidant sur le plan familial, scolaire et social, et qui devient un véritable problème de santé publique. ■

## SUMMARY

### Diagnosis approach in children with hyperkinetic syndrome

Olivier Revol, Pierre Fourneret

Hyperkinetic syndrome may be either primary, as part of an organic disease, an Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) or pervasive developmental disorder, either secondary to mood disorders, specific learning disabilities, or giftedness. Precise diagnosis requires a decision procedure with clinical, anamnestic, behavioral and neuropsychological evaluations.

*Rev Prat 2002 ; 52 : 0000-00*

## RÉFÉRENCES

1. American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, IV, Washington.
2. Mille C. L'hyperactivité de l'enfant. In: Actualités en psychiatrie de l'enfant. Paris: Médecine-Sciences, Flammarion 2001; 200-9.
3. Fourneret P. Procédure décisionnelle devant un enfant hyperactif d'âge scolaire. Arch Pediatr 2000; 7: 554-62.
4. Revol O. THADA: aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques. ANAE 1999; 53-54: 120-2.
5. Fourneret P. Le syndrome hyperkinétique chez l'enfant: approche descriptive et explicative. Thèse de médecine, 1997 Lyon I.
6. Vallée L et al. Syndromes déficitaires de l'attention avec hyperkinésie. In: Progrès en Pédiatrie, 6. Paris: Doin, 2000 : 191-5.
7. Billard C. L'enfant avec hyperactivité. Définition de la pathologie et enjeux thérapeutiques. ANAE 1996 (Hors série): 5-6.
8. Bouvard MP. L'hyperactivité chez l'enfant, concept ou réalité. ANAE 1996 (Hors série): 9-11.
9. Revol O. Les troubles du comportement de l'enfant précoce. ANAE 2002; numéro spécial, 67.
10. Tordjman S. Les troubles envahissants du développement. In: Actualités en psychiatrie de l'enfant. Paris: Médecine-Sciences, Flammarion 2001 : 179-94.
11. Reynaud JP. La dépression de l'enfant. In: Actualités en psychiatrie de l'enfant. Paris: Médecine-Sciences, Flammarion, 2001 : 222-9.
12. Kochman F. TOC: Trop d'Obstinations et de Colères. Rev Prat 2001 ; numéro spécial: 16-7.
13. Biederman J. Comorbidity of ADHD with Conduct, Depressive, Anxiety and other disorders. Am J Psychiatry 1991 ; 148: 564-77.
14. Mc Gee R. ADHD and academic failure: which comes first and what should better? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988; 7: 318-25.
15. Saiag MC, Mouren-Siméoni MC. Hyperactivité de l'enfant. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris) 1997; 4-107, G-92.
16. Conners CK. Rating scale for use in drug studies with children. Psychopharmacol Bull 1973; 24-84.
17. Achenbach TM. The Child Behavior profile in boys ages 6-11. J Consult Clin Psychol 1978; 46: 478-88.
18. Thomas J, Willems G. Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant: approche neurocognitive. Paris: Masson, 1997.
19. Wechsler D. WISC III: Manuel de l'échelle d'intelligence de Wechsler pour enfant, 3<sup>e</sup> édition. Paris: Éditions du Centre de psychologie appliquée, 1991.
20. Revol O, Louis J, Fourneret P. L'échec scolaire chez l'enfant précoce. J Pediatr Puer 2002 (soumis).