

# Le trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité

par Pierre Poulin

**Le professionnalisme avec lequel vous vous êtes occupé de Jérôme a vite fait le tour de la famille... La cousine de Jérôme, Mélissa, vous consulte avec sa mère. Elle est en sixième année, et le bulletin de sa troisième étape scolaire est un échec. On la décrit comme lunatique, mais calme. Sa mère voudrait que vous lui prescriviez du Ritalin® pour qu'elle réussisse son année scolaire.**

**L**E PROBLÈME DU TROUBLE DÉFICITAIRE de l'attention du type où l'inattention prédomine (l'abréviation TDA sera utilisée ici) diffère du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) par son tableau clinique, sa physiopathologie, sa génétique et la morbidité qui y est associée<sup>1,2</sup>. Au fur et à mesure que les critères diagnostiques du TDAH étaient révisés d'une édition à l'autre du *DSM*, la notion de TDAH sans hyperactivité est apparue (*DSM-III*) puis est disparue (*DSM-III-R*). Puis, dans le *DSM-IV*, paru en 1994, on a réintroduit cette distinction entre le TDAH du type où l'inattention prédomine, celui où l'hyperactivité-impulsivité prédomine, et du type mixte<sup>3</sup>. La recherche, elle, adopte généralement les critères diagnostiques du *DSM*, de sorte que les connaissances sur le TDA sont moins riches et moins anciennes qu'elles ne le sont pour le TDAH.

Même la base neurocognitive semble différer. Alors que dans le cas du TDAH, on évoque un trouble de l'inhibition, dans celui du TDA, on parle plutôt de difficulté sur le plan de la gestion des processus d'attention et des fonctions supérieures<sup>4</sup>.

La mère de Mélissa doit comprendre au départ que le processus d'évaluation ne peut se faire rapidement et conduire dès cette consultation à la prescription de Ritalin®. Vous pourrez toutefois lui expliquer que vous allez enclencher

ce processus, conjointement avec les professionnels de l'école, pour aider sa fille.

## Est-ce que toute inattention est un TDA ?

Dans le cas de Mélissa, on remarque qu'elle est en sixième année. Les enfants ayant un TDA dérangeant peu, ils n'attirent pas l'attention des enseignants. Ils ont peu de problèmes de comportement et ne sont donc pas placés en priorité sur les listes d'évaluation des psychologues scolaires. Il arrive parfois que certains enfants, ayant probablement des capacités intellectuelles supérieures à la moyenne, ne sont orientés pour une évaluation du TDA qu'une fois parvenus au secondaire.

L'évaluation doit suivre le processus décrit dans l'article du Dr Jean Grégoire portant sur la place du médecin de famille dans l'évaluation initiale et le diagnostic du TDAH. Il est important de s'assurer que les symptômes d'inattention sont présents depuis longtemps, quitte à obtenir les

**Les enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention (TDA) dérangeant peu, ils n'attirent pas l'attention des enseignants. Ils ont peu de problèmes de comportement et ne sont donc pas placés en priorité sur les listes d'évaluation des psychologues scolaires. Il arrive parfois que certains enfants, ayant probablement des capacités intellectuelles supérieures à la moyenne, ne sont orientés pour une évaluation du TDA qu'une fois parvenus au secondaire.**

R E P È R E

*Le Dr Pierre Poulin, pédiatre, a siégé au comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central du MSSS-MEQ ; il a également fait partie du groupe de travail sur les lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec sur le TDAH et l'usage de stimulants du système nerveux central. Il exerce au Centre hospitalier Beauce-Étchemin, à Saint-Georges de Beauce.*

**Le WISC-III**

Le test le plus souvent utilisé au Québec est le WISC-III, qui donne un quotient intellectuel global, subdivisé en quotient verbal et non verbal. Il n'est pas dans le but de cet article de développer longuement toutes les nuances d'une évaluation intellectuelle. Toutefois, il faut savoir que le Q.I. verbal a plus d'influence sur la prédiction du rendement scolaire. Un écart de plus de 10 à 15 points entre les deux peut amener le psychologue à soupçonner une faiblesse dans les processus cognitifs faisant plus appel au langage (verbal) ou à la perception et à l'organisation spatio-visuelle (non verbal). Ce type de faiblesse est parfois associé à des difficultés d'apprentissage. C'est à partir d'un test comme le WISC-III qu'on peut classer un enfant comme étant dans la moyenne (Q. I. = 90-110), dans la moyenne inférieure (80-89), dans la zone frontière (70-79), dans la déficience intellectuelle légère (55-69), moyenne (40-54) ou importante (moins de 40)<sup>9</sup>. On doit donc vérifier si le rendement de l'enfant correspond à ce que semble être son potentiel ou s'il y a discordance.

De plus, il y a dans le WISC-III des sous-tests faisant particulièrement appel à l'attention, dont les résultats donnent un facteur de distractibilité. La comparaison du résultat de ce facteur avec le reste du test peut être un indice de difficultés d'attention, mais sa valeur prédictive positive et négative n'est quand même pas très élevée.

bulletins, ou mieux, les observations des enseignants des années précédentes. L'apparition d'un problème d'attention important chez un enfant plus vieux ou un adolescent chez qui ce problème n'avait jamais été noté auparavant doit faire soupçonner une autre cause qu'un TDA, comme un problème affectif, des difficultés familiales, une maladie ou même un problème de consommation de drogues<sup>5,6</sup>. Les maladies physiques susceptibles d'entraîner des manifestations semblables à un TDA sont mentionnées dans l'article du D<sup>r</sup> Grégoire.

Le clinicien doit s'assurer aussi que le niveau d'inattention observé est suffisamment important pour qu'il s'agisse d'un trouble de l'attention. L'utilisation de questionnaires ou d'échelles est essentielle (voir le questionnaire présenté à la figure 1 de l'article du D<sup>r</sup> Jean Grégoire), et on doit observer au moins six des neuf symptômes d'inattention décrits dans le *DSM-IV*, et ce, à un degré important<sup>3,7</sup>. La distinction doit être faite entre l'enfant distrait qui est sous-performant pour une autre raison et le véritable TDA.

Théoriquement, les symptômes doivent être observés dans plusieurs milieux. En pratique, les parents ont souvent

tendance à sous-estimer les difficultés de concentration d'un enfant rêveur et lunatique, dont ils apprécient le calme.

Enfin, il faut s'assurer que cette inattention décrite chez l'enfant a des répercussions importantes sur son fonctionnement. Contrairement au TDAH, l'enfant présentant un TDA est presque toujours amené en consultation à cause d'une performance scolaire faible, inférieure à ce qu'on pourrait attendre de lui. Mais comment savoir ce qu'on peut attendre d'un enfant et être certain que l'échec scolaire est bien dû au TDA ? L'évaluation du psychologue scolaire ou, si c'est impossible, celle d'un psychologue travaillant dans un bureau privé est à peu près incontournable. Celui-ci pourra faire une évaluation cognitive de l'enfant, laquelle devrait nous donner une bonne idée de son potentiel intellectuel.

**Comment décoder l'évaluation du psychologue ?**

Normalement, le psychologue procède à une collecte de données auprès de l'enseignant, des spécialistes (orthopédiste et autres), de l'enfant et des parents. Il peut ob-

**Comment savoir ce qu'on peut attendre d'un enfant et être certain que l'échec scolaire est bien dû au TDA ? Il faut absolument obtenir l'évaluation du psychologue scolaire ou, si c'est impossible, d'un psychologue travaillant dans un bureau privé. Celui-ci pourra faire une évaluation cognitive de l'enfant, laquelle devrait nous donner une bonne idée de son potentiel intellectuel.**

server l'enfant en classe<sup>8</sup>. C'est surtout dans l'évaluation psychométrique que son rôle est spécifique (*encadré*).

Par ailleurs, le psychologue peut procéder à d'autres tests pour évaluer plus spécifiquement les différentes composantes de l'attention. Il faut savoir toutefois que la valeur prédictive positive ou négative de ces tests n'est pas très élevée. On doit donc les considérer comme des indices, mais non comme des preuves de la présence ou de l'absence d'un TDA.

Voyons maintenant trois scénarios différents pour Mélissa, qui illustrent l'importance d'un bon diagnostic différentiel.

### Scénario 1

L'entrevue révèle que Mélissa avait toujours eu de bons résultats jusqu'à cette année. Les enseignants des années antérieures ne l'avaient pas décrite comme une enfant lunatique. Il n'y a pas de difficultés familiales ni de problème de santé. Le psychologue scolaire a évalué Mélissa. Son quotient intellectuel (Q. I.) est de 104, sans écart significatif entre le quotient verbal et non verbal (voir l'*encadré*). Les grilles d'évaluation du TDAH donnent six critères du TDA selon l'enseignant, trois selon les parents. Muni de ces informations, vous décidez dans une deuxième entrevue de parler seul avec Mélissa. Au début, elle est timide et donne peu de détails. Lorsque vous la questionnez un peu plus sur ses relations avec ses amis, elle fond en larmes et vous avoue que, depuis le début de l'année scolaire, elle est victime de taxage de la part de trois garçons d'une autre classe. Ils ont menacé de la battre si elle en parlait à quelqu'un.

Votre évaluation vous amène donc à écarter un diagnostic de TDA. Mélissa a eu des difficultés d'attention et une baisse de rendement scolaire dues à une situation de violence de la part de pairs. Après que vous en avez informé le directeur de son école, les mesures appropriées sont prises et la situation se corrige.

### Scénario 2

L'entrevue révèle que Mélissa a eu de plus en plus de difficulté à obtenir sa promotion d'une année à l'autre. Elle

ne l'a fait qu'au prix d'efforts importants de sa part et de celle de ses parents. Chaque année, elle a bénéficié d'un soutien en orthopédagogie. D'une année à l'autre, on notait aussi qu'elle avait plus de difficulté à rester attentive et à terminer ses tâches. Elle a été suivie en orthophonie à l'âge de trois ans pour un retard de langage. Il n'y a pas de problème familial, mais la mère a eu elle aussi des difficultés à l'école, redoublant sa quatrième année et abandonnant l'école en secondaire III. L'examen clinique ne révèle aucune anomalie. Les parents ont fait évaluer sa vision et elle a eu un test de dépistage auditif à l'école.

L'évaluation du psychologue donne un Q. I. global de 90, mais avec un écart important entre le Q. I. verbal (76) et non verbal (104). Mélissa a certaines difficultés avec les tests faisant appel à l'attention soutenue. On vous envoie même une évaluation orthopédagogique qui montre que Mélissa se situe à peu près au niveau du début d'une troisième année en lecture et en écriture, et de la fin d'une troisième année en mathématiques. L'orthopédagogue parle de difficulté avec la « conscience phonologique ». La conscience phonologique est cette capacité à traduire les phonèmes (sons) en graphèmes (écriture) ainsi qu'à en séparer et à en maîtriser les composantes. Les personnes ayant un trouble d'apprentissage de la lecture (dyslexie) ont souvent des difficultés sur ce plan.

Les grilles d'évaluation du TDAH montrent que Mélissa a six critères de TDA selon l'enseignant, et trois selon les parents. Il n'y a pas de problème avec l'hyperactivité-impulsivité.

Le diagnostic retenu pour Mélissa est un trouble d'apprentissage. Il est probable que l'inattention est plus une conséquence qu'une cause de ses difficultés. La distinction entre le TDA et le trouble d'apprentissage est la plus difficile à faire en pratique. Le chevauchement est fréquent entre ces diagnostics, et l'évaluation ne nous permet pas toujours de conclure entre les deux avec certitude. Dans certains cas semblables, on peut discuter avec les parents d'un essai de traitement médicamenteux, dans l'espoir qu'une amélioration de la composante d'attention améliorera le rendement scolaire.

**La distinction entre le TDA et le trouble d'apprentissage est la plus difficile à faire en pratique. Le chevauchement est fréquent entre ces diagnostics, et l'évaluation ne nous permet pas toujours de conclure entre les deux avec certitude.**

### Scénario 3

L'entrevue révèle que Mélissa a eu de plus en plus de difficulté à obtenir sa promotion d'une année à l'autre. Elle ne l'a fait qu'au prix d'efforts importants de sa part et de celle de ses parents. Chaque année, elle a bénéficié d'un soutien en orthopédagogie, et on l'a décrite comme une rêveuse, lente à se mettre à la tâche, distraite. Les travaux scolaires à la maison sont longs à terminer, pénibles, et se terminent souvent dans les larmes pour Mélissa, parfois aussi pour sa mère... Cette année particulièrement, elle paraît plus triste, nerveuse, et souffre d'insomnie le soir. Ses antécédents personnels sont sans particularité. Il n'y a pas de difficultés dans les relations avec la famille ou les amis. Les grands-parents paternels disent qu'elle est comme son père au même âge. L'examen clinique ne révèle aucune anomalie.

L'évaluation psychologique montre un Q. I. de 96, sans écart entre le quotient verbal et non verbal. Le facteur de distractibilité est de 88 (voir l'*encadré*). Le psychologue a l'impression que ces résultats sous-estiment probablement le potentiel intellectuel de Mélissa. Elle était nerveuse lorsqu'elle a passé les tests. Les autres épreuves révèlent des difficultés avec l'attention sélective et la mémoire de travail. Les grilles d'évaluation du TDAH montrent que Mélissa a huit critères de TDA selon l'enseignant, et six selon les parents. Elle n'a pas de symptômes d'hyperactivité-impulsivité ni de problèmes de comportement.

Dans ce cas-ci, on obtient un profil assez typique de TDA. On observe certains symptômes dépressifs, mais ils sont plutôt une conséquence de son piètre rendement scolaire actuel et du fait qu'elle a l'impression de décevoir ses parents.

**L'**ÉVALUATION DU TROUBLE D'ATTENTION ISOLÉ, sans hyperactivité, exige donc un peu un travail de détective. L'évaluation doit permettre de départager le rôle de l'inattention des autres facteurs susceptibles d'affecter le rendement scolaire. Tout enfant distrait ne souffre pas nécessairement d'un TDA. La collaboration du psychologue est incontournable pour bien cerner le problème.

La mère de Mélissa sera peut-être un peu déçue que vous ne sachiez pas son année, compte tenu du court délai. Elle aura toutefois la satisfaction de constater que votre évaluation aura été minutieuse et complète, et le traitement proposé en sera d'autant plus crédible. ❧

## S U M M A R Y

**Attention deficit disorder without hyperactivity.** The presentation of predominantly inattentive ADHD subtype is somewhat different from the presentation of predominantly hyperactive or combined subtype. These children may be referred to the doctor late in their grade school or even in high school. They usually don't have behavior disorders. They may have more internalized problems like depression and anxiety. A distinction is particularly hard to make between learning disorders and attention-deficit without hyperactivity disorder, and both may coexist. The psychological evaluation is essential to make the diagnosis. It should demonstrate a discrepancy between the intellectual potential of the child and his academic achievement. The entire evaluation must eliminate other conditions that may mimic attention deficit.

**Key words:** attention deficit/inattention.

**Date de réception :** 4 février 2002.

**Date d'acceptation :** 6 mai 2002.

**Mots clés :** trouble déficitaire de l'attention, inattention.

## Bibliographie

1. Carlson C. Focus on ADHD: Predominantly Inattentive Type. *ADHD Report* février 2001 ; 9 (1).
2. Willcutt EG, Chhabildas N, Pennington BF. Validity of the DSM-IV Subtypes of ADHD. *ADHD Report* février 2001 ; 9 (1).
3. American Psychiatric Association. *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 1996.
4. Barkley RA. *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York : Guilford Press, 1997.
5. Dulcan M, et al. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997 ; 36 (10 Suppl) : 85S-121S.
6. Swanson J, Lerner M, March J, Gresham FM. Assessment and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder in the schools. *Ped Clin North Am* 1999 ; 46 : 993-1009.
7. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000 ; 105 : 1158-70.
8. Collège des médecins du Québec. *Le trouble déficitaire 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. CMQ-OPQ, septembre 2001.
9. Coplan J. Normal Speech and Language Development: An Overview. *Pediatrics in Review* 1995 ; 16 : 91-100.