


# Hyperactivité, T. D. A. H. ou enfant agité ?

## Mieux comprendre le syndrome

 retenir d'emblée pour ne pas dramatiser : par hyperactivité, on désigne ici le T. D. A. H., soit trouble déficit de l'attention/hyperactivité et non pas déficitaire, terme qui étiquetterait l'enfant de façon négative. Rappelons qu'il s'agit d'un syndrome et non pas d'une maladie.

### • *Le diagnostic*

On ne parle de symptômes que s'il existe une souffrance pour l'enfant et son entourage, uniquement si le comportement de la petite tornade engendre de la gêne fonctionnelle. C'est seulement si apparaissent des entraves au quotidien qu'il convient de consulter un spécialiste.



« Alors, il l'a ou il ne l'a pas ? » Le T. D. A. H. n'est pas une maladie infantile, ni un virus hivernal que l'on attrape subitement et qui disparaît aussi facilement. Il est parfois difficile de distinguer un enfant turbulent, particulièrement vif, ou encore à l'éducation oisive, d'un enfant réellement hyperactif.

Ce dernier souffre d'un trouble, il répond à des critères bien précis. De quoi clouer le bec à votre chère voisine de l'étage inférieur, qui vous reproche à demi-mots, du bout de ses lèvres strictement pincées, que votre petit Maxime mériterait peut-être bien une légère fessée pour le recadrer.

Il est important d'identifier le trouble dès qu'il se manifeste (en général lors de l'entrée à l'école primaire). Et pour cause ! Le T. D. A. H. engendre des conséquences néfastes en cascade : échec scolaire, mauvaise estime de soi, état d'anxiété (voire dépressif), problèmes relationnels et de vie en société, accidents domestiques...

Une fois le syndrome diagnostiqué, il est toujours possible de le soigner, ou au moins de le soulager de manière thérapeutique et naturelle, tout en conjuguant ces traitements avec de « petits trucs et astuces » de parents habitués.





Reste que les symptômes ne sont pas faciles à identifier. Une simple analyse de signes cliniques, une prise de sang ou autres tests biologiques ne permettent pas d'établir avec certitude la présence du syndrome. Si le médecin traitant peut suspecter le diagnostic, c'est seulement une équipe spécialisée en pédopsychiatrie ou en neuropédiatrie qui pourra le confirmer.

Le T. D. A. H. est défini autour de trois catégories de symptômes : l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Tous reposent sur une série de comportements qu'il convient d'analyser sur le long terme : une durée de six mois au minimum est nécessaire pour affirmer le diagnostic. Ce n'est donc pas votre cousine, ni la voisine, ni votre (ex-)meilleure copine, ni la maman du petit Charles qui peuvent vous le certifier.

Tous les enfants hyperactifs ne le sont pas de la même façon. Pauline peut se montrer davantage dans la lune que son copain Antoine qui, quant à lui, est une vraie dynamite.

Chaque catégorie de symptômes (inattention, impulsivité, hyperactivité) se révèle plus ou moins dominante chez tel ou tel enfant.

Le diagnostic clinique repose sur un ensemble d'informations données par la famille et l'école, par l'observation du bote-en-train en consultation dans la salle d'attente ou encore par l'élaboration de tests cognitifs visant notamment à explorer ses capacités de concentration.

### • *Top 3 des symptômes – Faites le point !*

	Inattention	Hyperactivité	Impulsivité
<b>Votre enfant est...</b>	Étourdi.	Il fait tout tomber sur son passage.	« Attendre » ne fait pas partie de son vocabulaire.



	Inattention	Hyperactivité	Impulsivité
<b>Votre enfant est...</b>	Il oublie ses affaires.	Il est monté sur ressorts.	Il ne respecte pas les règles d'un jeu.
	Il semble ne jamais écouter.	Il bouge à table, à l'école, dans les magasins, en promenade... <b>PARTOUT.</b>	Il interrompt les conversations.
	Il est désorganisé.	Il remue pendant son sommeil.	Il prend la parole en classe avant même que la maîtresse n'ait fini de poser sa question.
	Il perd ses objets.	Il rampe, grimpe, escalade le moindre muret.	Il recommence les mêmes erreurs, comme s'il ne retenait jamais la leçon de la précédente.
	Il est dans la lune.	Il ne tient pas en place pour lire.	Il traverse la rue sans regarder.
	Tout ce qu'on lui dit entre par une oreille et ressort pas l'autre.	Il tripote tout ce qui lui passe sous la main.	Il peut répéter la même question un nombre de fois illimité.
	Il pense à autre chose quand on lui parle.	Il court sans mesurer le danger des obstacles.	Il n'a aucune inhibition, comme s'il ne réfléchissait jamais avant d'agir.
	Il a la tête dans les nuages, etc.	Il semble à la recherche de prises de risques, etc.	Il casse ce qu'il tripote, etc.



Précisons qu'il n'existe pas UNE hyperactivité. Le trouble se manifeste différemment selon les âges, l'environnement familial ou encore les circonstances de la vie. Et la suragitation survient rarement seule. Elle s'accompagne généralement d'un autre symptôme prédominant. C'est pourquoi on établit une classification de trois types de T. D. A. H.

- ★ **Type 1 → Hyperactif-impulsif** : Votre enfant est principalement hyperactif et impulsif, mais l'inattention n'est pas prédominante.
- ★ **Type 2 → Inattention prédominante** : Votre enfant démontre principalement des problèmes attentionnels. Il semble souvent dans la lune, mais n'est pas particulièrement agité, ni impulsif.
- ★ **Type 3 → T. D. A. H. mixte** : Votre enfant combine les trois symptômes. Cauchemar ! Il est à la fois hyperactif, impulsif et éprouve des difficultés attentionnelles.

L'expression des symptômes peut se manifester différemment selon les sexes. Les formes mixtes ou à hyperactivité prédominante apparaîtront surtout chez les garçons. Chez les fillettes, c'est l'inattention prédominante qui est plus volontiers observée. Le trouble est alors moins visible ; il passe davantage inaperçu : il n'y a pas d'agitation, l'enfant paraît rêveuse, dans la lune, mal organisée, elle oublie ses affaires...





### Les garçons risquent davantage d'être hyperactifs

Les filles semblent davantage épargnées par le T. D. A. H. Il y a 10 ans encore, 7 garçons étaient hyperactifs contre 1 fille seulement, estimaient les spécialistes. Cette disparité s'expliquerait probablement par le fait que le trouble ne se manifeste en général pas de la même façon selon les sexes. Chez les fillettes, l'expression des symptômes se veut moins visible, car elle est moins bruyante. C'est surtout l'inattention qui prédomine. Le trouble étant plus discret, elles sont moins amenées à venir consulter et donc à être diagnostiquées.

Reste qu'il n'est pas rare de trouver de vrais « garçons manqués » suragités. Chez ces ouragans au féminin, la poupée sert avant tout à être torturée, alors que la corde à sauter et la marelle sont vite supplantées par la course à pied et l'escalade.

#### • *Les troubles associés*

Comme si un seul trouble n'était pas suffisant, l'hyperactivité est rarement isolée... Elle s'accompagne très souvent de ce que l'on appelle des comorbidités, qui accentuent l'échec scolaire et l'exclusion.

#### Les troubles des apprentissages

En plus de le juger particulièrement mal élevé, la maîtresse, accuse votre enfant d'être légèrement limité... À tort ! Sachez



qu'environ 50 % des enfants hyperactifs sont aussi « dys ». Rien à voir avec la stupidité. Ils souffrent soit d'une dysphasie, dyslexie ou dysorthographe (disparités qui portent sur l'acquisition de la lecture et de l'expression écrite), d'une dyscalculie (trouble intéressant l'acquisition de l'arithmétique et du raisonnement logique et mathématique), ou d'une dyspraxie (qui se réfère à l'acquisition des mouvements volontaires coordonnés). Les coupables : le trouble de l'inattention qui les pousse à sauter des lignes en lisant, l'impulsivité et l'hyperactivité qui les conduisent à éprouver des difficultés au niveau des fonctions exécutives, comme une mauvaise application des tâches...

Alors, rassurez-vous : l'enfant hyperactif est loin d'être bête. Au contraire, son potentiel intellectuel est normal, voire supérieur à la moyenne. La preuve : de nombreux personnages célèbres, potentiellement jugés dyslexiques, n'en ont pas moins réussi dans la vie. Parmi eux : Albert Einstein, Léonard de Vinci, Walt Disney ou encore Winston Churchill.

### Les troubles de conduite et le trouble oppositionnel

Max — comme la moitié des enfants souffrant de T. D. A. H. — s'oppose à chaque ordre, désobéit à tout bout de champ, conteste, refuse, provoque, défie, se met en colère, se montre méchant. L'enfant hyperactif, soumis à son impulsivité, transgresse souvent les règles. Il commet des erreurs, mais les regrette aussitôt. Au contraire, l'enfant souffrant d'un trouble oppositionnel ne montre quant à lui aucun remords face à une faute commise. Il exprime plutôt un certain dédain. Il est animé par le virulent sentiment d'être incompris. Il vit de ressentiments. Un véritable enfer au quotidien, difficilement gérable pour les parents !

### Les troubles émotionnels anxieux et dépressifs

Difficile de se rendre compte que Maxime souffre d'anxiété et de dépression quand l'agitation, l'inattention, les bagarres à



répétition ou les difficultés scolaires prennent le dessus. En effet, le mal-être de l'enfant hyperactif se trouve souvent masqué par tous les excès de conduite liés au trouble. Pourtant, Maxime a le nœud au ventre avant d'aller à l'école. Il sait qu'il va obtenir un zéro de conduite, une mauvaise note en dictée, des repréailles de sa maîtresse, des moqueries et le rejet de ses petits camarades qui en ont par-dessus la tête de subir son excitation et son non-respect des règles de jeu...

À cela s'ajoutent le manque de confiance en lui, le déplaisant sentiment d'être nul et la tristesse de décevoir en permanence ses parents. Sachez qu'entre 10 à 38 % des enfants hyperactifs souffrent de dépression, généralement engendrée par le découragement et le sentiment d'échec.

### Les troubles du sommeil

Il y a toujours un jeu à terminer, l'ultime crêpage de chignon de la journée avec la grande sœur ou un livre à torturer. En plus du coucher tardif, Maxime peut souffrir de difficultés d'endormissement, de réveils en pleine nuit ou d'un sommeil agité, ponctué par quelques chutes du lit. Conséquence : l'attention pendant la journée se fait encore plus laborieuse. Attention : pour ne pas accuser le traitement médicamenteux de tous les maux (la Ritaline® peut engendrer des insomnies), il est indispensable de bien évaluer le sommeil avant la prise des pilules.

### L'énurésie

Le pipi au lit se révèle plus fréquent chez l'enfant tornade que dans la population générale.

### Les tics et le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT)

Plus de 50 % des hyperactifs sont atteints ou ont connu des antécédents de tics, alors qu'un enfant sur deux ayant un SGT est aussi diagnostiqué hyperactif...





## Hyperactif et vulnérable

Le syndrome du T. D. A. H. expose à quelques complications puisque l'enfant tornade se montre aussi plus vulnérable, notamment au tabac, à l'alcool, aux jeux dangereux, aux sports à risques, le catch en tête... Aucun enfant n'est à l'abri, mais l'enfant hyperactif l'est encore moins ! Les jeux « normaux » l'ennuient. Et pour cause, il est toujours à la recherche de sensations fortes, de vibrations, de palpitations.

Aujourd'hui, chez tous les enfants en général, on note un rajeunissement des conduites à risques. On n'est plus anorexique à l'adolescence, mais dès l'âge de 8, 10, 12 ans... On ne se brûle plus les ailes avec les pratiques dangereuses à 15 ans, mais dès le CE2 ou le CM1.

Profitions-en pour faire un tour d'horizon des nouvelles menaces qui planent sur les cours de récré. Attention, les plus friands de sensations fortes risquent de reproduire ces jeux dangereux, seuls, à la maison, à l'abri dans leur chambre.

- **Les jeux de « non-oxygénation ».** Pendant que certains parcourent la cour en sautillant sur l'air de « Qui veut jouer au papa et à la maman », d'autres s'adonnent au « jeu du foulard » et au « jeu de la tomate », aussi appelés « rêve bleu », « rêve indien » ou « jeu du cosmos ». Les règles du jeu ? Se comprimer mutuellement le thorax ou les carotides, jusqu'à avoir des troubles de la conscience, voire des hallucinations.



- **Les jeux d'agression.** La violence physique y est gratuite. Dans le « cercle infernal », « le jugement » ou « le petit pont massacreur », les enfants se placent en cercle et se lancent un objet, par exemple un ballon. Celui qui ne parvient pas à le maîtriser est roué de coups par les autres... juste pour rire. Dans le « jeu des couleurs », une victime non consentante est choisie en fonction de la couleur de ses vêtements, avant d'être battue par les petits joueurs. Quant au « jeu de Beyrouth », les participants interrogent des camarades extérieurs au jeu sur le nom de la capitale du Liban. Celui qui ne connaît pas la réponse sera frappé... au niveau des parties génitales.





## • Une épidémie des temps modernes ?

On en parle comme s'il s'agissait d'une découverte récente. Comme si chaque enfant « trop » turbulent était « sûrement » hyperactif. Une fâcheuse tendance qui cherche à excuser les enfants mal élevés ou encore à déresponsabiliser les parents noyés. Comme si l'on pouvait établir le diagnostic aussi facilement, au moindre oubli de la trousse d'écolier, du verre d'eau renversé, d'une chambre constamment dérangée, du refus récurrent d'obéir, d'un zéro de conduite répétitif.

Ce trouble fait aujourd'hui l'objet d'un véritable phénomène médiatique. Les médias fustigent le seul traitement médicamenteux adapté (la Ritaline®), ils accusent les médecins de psychiatriser les enfants ou d'aider les laboratoires à vendre. C'est sans parler des émissions de télé-réalité aujourd'hui à la mode, où l'on confond enfant turbulent et désobéissant avec enfant souffrant du syndrome du T. D. A. H.

Pour autant, les chiffres restent stables depuis des décennies : 2 à 5 % d'enfants d'âge scolaire souffrent d'hyperactivité en France, soit 200 000 jeunes âgés de 4 à 19 ans, c'est-à-dire un enfant par classe en moyenne.

Et ce chiffre varie peu selon les pays. Il n'y a donc pas plus d'hyperactifs aux États-Unis qu'en France. L'idée d'une mode anglo-saxonne vient seulement du fait que l'Amérique du Nord a créé avec ferveur toute une industrie autour du T. D. A. H. (magazines spécialisés, tests informatisés, etc.).

Or, la première identification du syndrome ne vient pas des USA, mais bien d'Europe. Et cela, dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Les caractéristiques d'une « atteinte cérébrale mineure » sont alors définies, mais la terminologie change plusieurs fois selon les époques. Et heureusement, car, en 1896, le Dr Bourneville qualifiait alors ces enfants turbulents, indisciplinés et désobéissants de « débiles instables ».

---

1 Dans son ouvrage *Le Traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie*.