

1

Histoire(s) du TDAH

Questions

À partir de quand la société a-t-elle commencé à s'intéresser au TDAH? Ce trouble ne serait-il pas encore une pure invention de la société moderne? Comment a-t-on décrit le TDAH tout au long des cinquante dernières années?

Accélération et ralentissement

Depuis environ une quinzaine d'années, on peut dire que le TDAH fait partie des pathologies de l'enfant les plus reconnues et acceptées, et ceci même en France. En effet, la forte influence de la psychanalyse dans ce pays avait auparavant plutôt eu pour effet d'empêcher la reconnaissance du TDAH, de son diagnostic et – par conséquent – du traitement le plus approprié. Cela n'avait pas du tout été le cas dans les pays anglophones et autres pays européens comme les pays scandinaves ou l'Allemagne. Et le résultat de cette reconnaissance fait que la validité du TDAH, tout comme le fait que l'on peut

le diagnostiquer de manière fiable et le traiter efficacement, sont de nos jours presque unanimement acceptés à l'échelle mondiale à quelques exceptions près.

Mais cela veut-il dire pour autant que ce trouble s'est répandu plus rapidement dans notre société actuelle ou qu'il est le fruit de l'évolution de cette dernière? D'un point de vue scientifique, c'est assez peu probable. Il n'y a pas à l'heure actuelle plus d'enfants et adolescents atteints de ce trouble qu'auparavant. La différence, c'est qu'aujourd'hui, il est bien plus souvent détecté et traité, et ceci de manière efficace. Mais, avec une prévalence¹ de 4 à 5% dans la population générale, on peut même considérer que le TDAH reste encore souvent sous-diagnostiqué et donc non-traité comme il le devrait.

À la question de savoir s'il est ou non une conséquence directe de l'évolution de nos sociétés, on pourrait répondre toutefois que le TDAH s'inscrit dans un cadre sociohistorique où effectivement les concepts d'accélération et de ralentissement jouent un rôle important.

«À l'origine fut la lenteur; la lenteur de la société agricole. Ce sont les Hommes qui inventèrent la vitesse; marchands, militaires, industriels, ingénieurs, informaticiens.»

C'est par cette phrase que débute l'œuvre de l'écrivain allemand Peter Borscheid² *«Das Tempo-Virus. Eine Kulturgeschichte der Beschleunigung»*³. Ce livre illustre l'évolution culturelle de la vitesse et de l'accélération par de nombreux exemples. Cette accélération se situerait dans le haut Moyen-Âge et aurait débuté avec le besoin du transport des marchandises et des messages entre les villes, lié au développement du commerce. La vitesse des transports, de la production, et

1. La *prévalence* est la mesure d'un «état de santé» sur une population donnée. Elle donne le nombre de personnes affectées par une maladie par rapport à l'ensemble de la population.

2. Peter Borscheid est un universitaire, professeur d'histoire économique et sociale.

3. La traduction de ce titre pourrait être: «Le tempo Virus: histoire culturelle de l'accélération».

de la consommation n'a ensuite cessé de se développer dans les siècles qui ont suivi. Les jalons importants donnés par l'auteur seraient les suivants :

- L'horloge à mouvement mécanique
- L'accélération de la diffusion de l'information : imprimerie
- L'industrialisation (sidérurgique et textile) : division du travail et utilisation des machines : métier à tisser, machine à vapeur
- L'accélération des moyens de transport : lignes de navigation fluviale, lignes de diligences, voies maritimes
- Le moteur à vapeur : locomotives, bateaux à vapeur
- Les informations électriques : du télégraphe optique au message radio (morse), le téléphone
- L'automobile, la mitrailleuse, le char d'assaut, l'avion
- Le taylorisme : analyse du travail à l'aide du chronomètre
- Le fordisme (chaîne)
- Les boîtes de conserves, les plats préparés que l'on peut passer au four à micro-ondes, les surgelés, les fast-foods
- L'ordinateur, l'internet, le marché mondialisé
- ...

Y a-t-il derrière ces évolutions culturelles, une aspiration à compenser la brièveté de nos vies par la vitesse et l'efficacité ? Quoi qu'il en soit, ce processus d'accélération de la vie ne peut mener qu'à l'intériorisation de ce principe d'accélération. La recherche quant à l'« *épigénèse*¹ » du TDAH (voir chapitre 6 « facteurs génétiques ») n'en est encore qu'à ses balbutiements. Peut-être pourra-t-elle livrer un jour des résultats mettant en évidence une incidence du processus d'accélération de la vie en tant que facteur environnemental sur la génétique ?

1. *L'épigénèse* : c'est-à-dire tous les facteurs environnementaux, qui ne sont pas directement liés à la génétique, mais ont néanmoins une influence sur la génétique.

Dans une étude de grande envergure qui s'intéresse aux facteurs qui influencent notre rythme de vie, Robert Levine¹ (1999) a examiné les propriétés de différentes cultures et zones géographiques à accélérer ou à ralentir leur rythme de vie et ceci dans plus de 30 pays au niveau mondial. Il s'est intéressé à trois variables : l'observation et la mesure de la vitesse de marche des personnes ; celle de la vitesse au travail ; et l'analyse de la précision des horloges publiques. Pour plus de fiabilité, la mesure a été faite discrètement et les personnes n'ont pas su que ces vitesses étaient mesurées. Les résultats font apparaître les «facteurs de rythme» suivants :

- La prospérité : mieux se porte l'économie, plus le rythme est soutenu.
- Le degré d'industrialisation : plus un pays est développé, moins il y a de temps libre par jour.
- Le lieu de vie : les grandes villes ont un rythme plus soutenu.
- Le climat : les zones plus chaudes ont un rythme moins soutenu.
- Les valeurs culturelles : on se déplace plus rapidement dans les cultures individualistes que dans celles marquées par le collectivisme.
- Différences liées à chaque individu (interindividuelles).

En ce qui concerne les différences interindividuelles, une théorie neuropsychologique majeure considère un *déficit de l'inhibition comportementale*² comme étant la déficience principale dans le TDAH (voir chapitre 6 «facteurs cognitifs et neuropsychologiques»). Et ce manque d'inhibition serait accompagné d'une altération de la perception du temps chez les enfants et adolescents souffrant d'un TDAH. Des expériences sur la perception de la durée et du temps écoulé ont été menées

1. Professeur universitaire en psychologie et ancien doyen associé du College of Science and Mathematics de la California State University, Fresno.

2. Le *déficit de l'inhibition comportementale* désigne un comportement impulsif, un manque d'inhibition dans le comportement caractérisé par l'incapacité de réprimer ou de retarder un comportement initial suite à un événement ou d'interrompre une action en cours.

auprès enfants «TDAH» et d'enfants «sains» dès 1977. Les différences entre les temps estimés et les temps réellement écoulés (sur des durées de 7, 15 et 30 secondes) étaient significativement plus élevés dans le groupe d'enfants atteints de TDAH. Ces derniers surestimaient le temps écoulé, avec des résultats très différents dans le groupe des enfants sans TDAH. Une autre étude de 1998 avait mis en évidence par d'autres méthodes et avec des durées de 5 et 15 secondes une sous-estimation importante des temps écoulés, chez les enfants avec un TDAH. Cette sous-estimation confirme la théorie d'une « horloge interne » plus rapide chez ces enfants lors des périodes d'attente et se traduit pour eux par une aversion pour les attentes. De plus, l'« horloge interne » propre à des laps de temps allant de quelques secondes à quelques minutes est influencée par la dopamine¹.

Toutes les recherches mettent en avant que le facteur «temps» a une importance capitale dans le TDAH.

Philippe-qui-gigote, le méchant Frédéric et Jean le Nez-en-l'Air

Question

Le TDAH est-il une pure invention des dix à vingt dernières années ou bien existe-t-il des signes de cas de TDAH plus anciens ?

Tous les petits Allemands connaissent l'histoire de «Pierre l'Ébouriffé». En 1845, Heinrich Hoffmann publia «*Pierre l'Ébouriffé*». C'était un livre destiné aux enfants et qu'il réalisa au départ pour son fils de trois ans, Carl Philipp, comme cadeau de Noël. Cet ouvrage nous intéresse aussi ici tout particulièrement car y sont décrits pour la première fois les symptômes du TDAH. L'œuvre d'Hoffmann, qui fut traduite dans plus

1. La *dopamine* est ce que l'on appelle un neurotransmetteur c'est-à-dire une molécule qui transmet dans notre cerveau des informations entre les neurones. La dopamine est un neurotransmetteur majeur qui intervient dans de nombreux systèmes dont celui de la planification des actions et de l'attention.

de 30 langues, changea la perception que la société avait des enfants et ouvrit la voie aux BD et Comics du xx^e siècle. Dans ce livre pour enfants très novateur à l'époque, 10 histoires sont racontées et présentées comme des cas cliniques pour les psychiatres et psychologues – traitant de sujets pertinents tels que les troubles alimentaires («La Soupe de Gaspard») ou la pyromanie («Histoire Lamentable de la Boîte d'Allumettes») qui sont dépeints comme des symptômes de désobéissance infantine. Le message de l'auteur à cette époque se devait d'être moralisateur et éducatif: il était important de faire remarquer à l'enfant les traits de caractères qui devaient être corrigés. Certaines de ces histoires sont même «troublantes» aujourd'hui de par leur déroulement et leur chute: Pauline meurt brûlée et Gaspard de faim.

On retrouve dans les histoires de «Philippe-qui-gigote», de «Jean le Nez-en-l'Air» et du «Méchant Frédéric», les symptômes principaux du TDAH. On y retrouve respectivement des exemples d'hyperkinésie¹, du trouble de l'attention, et du trouble du comportement social avec impulsivité². Toutes les histoires se terminent bien sûr mal: Philippe-qui-gigote tombe de sa chaise en emportant dans sa chute la nappe de la table et toute la nourriture qui s'y trouvait, si bien qu'il paraît «recouvert d'un linceul». Jean le Nez-en-l'Air tombe dans la rivière et aurait connu une fin tragique s'il n'avait été sauvé de la noyade in extremis par deux hommes. Le Méchant Frédéric doit rester alité et prendre un «amer remède» après avoir été mordu par un chien.

1. Pour rappel, les *troubles hyperkinétiques* ou TDAH sont caractérisés par une hyperactivité motrice, un comportement impulsif et un trouble de l'attention.

2. Le «*trouble du comportement social avec impulsivité*» se caractérise par des symptômes très divers pouvant aller de l'expression de simples menaces à la violation des règles de conduite jusqu'à la destruction d'objets ou à l'agression physique. L'enfant va montrer une forte impulsivité: il va ne réagir que sous ses impulsions, être incapable de repousser ses propres besoins, et éprouver une tolérance à la frustration très limitée.

L'exemple de Philippe-qui-gigote met également en évidence des « interactions non-fonctionnelles » au sein de la famille. En effet, les réactions des parents contribuent au maintien de la « *syndromatologie hyperkinétique* », c'est-à-dire participent et renforcent les réactions impulsives de l'enfant. Les conditions affectives préalables à rendre Philippe attentif à ce qui lui est dit, à ce qu'il puisse être calmé ou se calmer lui-même ne sont pas réunies : son père s'adresse à lui en le menaçant avec un couteau et sa mère reste muette, comme absente, sondant son bol de soupe du regard et ignorant mari et fils.

L'on pourrait se demander au passage : *Comment se fait-il que Philippe n'écoute pas ce que lui dit son père ? Cette scène est-elle encore imaginable aujourd'hui ? Que feriez-vous à la place des parents ?*

Philippe-qui-gigote¹ est depuis longtemps passé du statut d'enfant désobéissant à celui de patient en pédopsychiatrie, ce qui va de pair avec une « médicalisation ». Ici, le terme de *médicalisation* désigne un processus de régulation croissant de la santé de la population dans les sociétés industrielles par l'intermédiaire de « *guérisseurs* » approuvés par l'état et formés à l'université : les médecins et les psychologues-psychothérapeutes.

L'évolution du concept TDAH dans les classifications

De par leur reconnaissance dans des classifications² officielles des troubles psychiques (CIM pour l'OMS ou encore DSM pour l'APA), certains symptômes de troubles pathologiques

1. Pour ceux, qui s'intéressent plus à l'histoire du TDAH : Bader, M., Tannock, R. & Hadjikhani, N. (2017) ; Barkley, R. & Peters, H. (2012) ; Still, G.F. (1902), Weikard, M. A. (1790)

2. Les *classifications officielles* : ce sont des classifications qui sont utilisées et reconnues par tous les spécialistes de la santé mentale au niveau international. DSM signifie « Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux ». Il est publié par l'Association Américaine de Psychiatrie ou APA. CIM signifie « Classification Internationale des Maladies » et cet ouvrage de référence est publié par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ces deux livres sont régulièrement revus depuis leur création et ont pour vocation

sont définis comme des problèmes d'ordre médical et donc pris en charge par le système de santé. L'histoire du diagnostic médical du TDAH débute avec la parution de la classification DSM-II en 1968. Les diverses classifications DSM mettent en exergue différents symptômes principaux ou dysfonctionnements majeurs du TDAH et nous donnent ainsi une idée de l'évolution de la description médicale du TDAH au fil de l'histoire de la médecine.

En 1968, le TDAH est classifié comme «réaction hyperkinétique de l'enfance» et on désigne l'hyperactivité comme le problème fondamental, vécu tous les jours par les proches de l'enfant. Cette réaction hyperkinétique se traduit par une hyperactivité, une agitation physique, une inattention et une capacité d'attention limitée. Ce comportement est rapporté particulièrement chez les jeunes enfants. Il s'atténue habituellement à l'adolescence. En 1980, cette pathologie de l'enfant est renommée «trouble du déficit de l'attention» (TDA) dans la nouvelle version du DSM, DSM-III. TDA devient le nouveau terme pour le diagnostic car on considère alors que le problème majeur de cette maladie est cette fois le «processus attentionnel». Et pour la première fois aussi dans le DSM-III apparaît une subdivision en sous-types où la différence est faite entre «trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité» (TDAH) et «trouble du déficit de l'attention sans hyperactivité» (TDA). L'absence d'hyperactivité dans la catégorie diagnostique TDA montre bien que le dysfonctionnement principalement pris en compte n'est plus l'hyperactivité mais le trouble de l'attention. La fiabilité du diagnostic a été améliorée grâce à des critères rendus plus opérationnels. Les critères déterminants pour l'établissement du diagnostic étant des signes d'inattention et d'impulsivité – et éventuellement d'hyperactivité – inhabituels par rapport à l'âge et la maturité de l'enfant.

de codifier et d'uniformiser les classifications internationales des maladies. Ils sont donc une référence commune à tous les spécialistes des troubles psychiques.