

Journal Acil of Psychological, Educational and Social Studies

Issn: 2830-8891

The journal is an international periodical issued by the Research and Studies
Laboratory in Human and Society Issues

University Center Cherif Bouchoucha Aflou

Évaluation psychologique du syndrome

De l'hyperactivité / déficit de l'attention chez l'enfant

Berkouche Faiza ¹, Berkouche Sonia ²

¹ Université d'Alger 2(Algerie), faiza-berkouche@hotmail.com

² Université d'Alger 1(Algerie), berkouche.sonia@hotmail.com

Date of send: 10 / 12 / 2022	date of acceptance: 20 / 12 /2023	Date of Publication: 30/12/2023
------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

***Corresponding author Berkouche Faiza**

Résumé : Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental d'origine multifactorielle impliquant des facteurs de vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux. Son expression est un syndrome clinique qui associe trouble attentionnel, impulsivité et hyperactivité motrice.

L'évaluation psychologique du trouble déficit de l'attention/hyperactivité répond à divers objectifs. Elle permet d'apprécier le fonctionnement cognitif, le fonctionnement psycho-affectif de l'enfant et d'évaluer les processus attentionnels dans des tâches exigeant notamment une attention soutenue.

Keywords Évaluation psychologique ; syndrome de l'hyperactivité / déficit de l'attention ; trouble neurodéveloppemental ; l'enfant.

Introduction :

Nous ne saurions trop insister sur l'importance qu'il y a à bien distinguer la démarche diagnostique de la démarche d'évaluation psychologique de l'hyperactivité.

En effet, le diagnostic en lui-même ne pose en général pas de difficultés significatives du fait de la lisibilité caractéristique du trouble dans ses aspects comportementaux. En revanche, l'examen psychologique est essentiel, car, au-delà de l'éventuelle discussion du diagnostic initial, qui est fréquemment déjà posé par le psychologue, le neuropédiatre ou le pédopsychiatre, il permettra de préciser le niveau des difficultés ainsi que des potentialités de l'enfant, tout en favorisant autant que possible une prise en charge adaptée et singulière.

Enfin, les éléments obtenus dans le cadre de l'examen permettront de soutenir les préconisations de prise en charge découlant de l'évaluation.

1- Définition du trouble de l'hyperactivité / déficit de l'attention TDAH :

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) touche cinq pour-cent 5 % des enfants en âge scolaire. Les enfants qui en sont atteints présentent des problèmes d'attention et de concentration souvent accompagnés d'hyperactivité et d'impulsivité à des degrés divers qui provoquent des difficultés d'adaptation tant pour le jeune que pour son entourage. Ce trouble est responsable de difficultés comportementales et de nombreux échecs scolaires. (Anciaux, De Cartier, De Hemptinne, Schaetzen , Laporte,2013, p06)

Pour le sens commun, un enfant hyperactif serait dérangent, car trop agité ou turbulent. Il provoquerait une gêne importante pour celui qui doit l'encadrer. En ce sens, l'hyperactivité relèverait d'un jugement subjectif. En revanche, pour les experts, les scientifiques, l'hyperactivité se trouve objectivée à travers différentes classifications qui, toutes, mobilisent les notions de « manque d'attention », d'« agitation » et d'« impulsivité », mais qui ne les organisent pas de la même manière.

Pour le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) américain, qui est le plus utilisé, l'hyperactivité est dite TDAH, « trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ». Il se décline selon trois formes : manque d'attention, hyperactivité-impulsivité ou les trois notions en même temps. Ainsi, sous le nom d'hyperactivité, on peut désigner un simple symptôme d'agitation, ou alors le syndrome TDAH en entier qui peut contenir un à trois de ces symptômes. L'hyperactivité est à la fois le syndrome et le symptôme, le tout et la partie, et paradoxalement comme le souligne Wahl « il est donc possible de décrire un hyperactif non hyperactif » .

Le Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Lebovici, Diaktine et Soulé (2004), considère l'hyperactivité dans une acception plus ancienne comme « instabilité psychomotrice ». Cet ouvrage de référence ferait peut-être la synthèse entre le sens courant et le sens médical dans la mesure où il tisse un lien entre la reconnaissance d'une situation subjective à l'origine de son identification (le fait qu'on ne supporte plus l'enfant), et l'objectivité d'un trouble émanant de l'enfant lui-même. (Ronchewski Degorre ,2017, 82-83)

Le déficit de l'attention est un handicap invisible habituellement caractérisé par un ensemble de symptômes. Par contre, certains peuvent présenter ces symptômes à des degrés divers sans pour autant être atteints d'un déficit de l'attention.

Il est important de se rappeler que peu de personnes souffrant du déficit de l'attention en présentent tous les symptômes. Leurs combinaisons varient d'une personne à l'autre. Ce déficit peut être léger, modéré ou important selon le nombre de symptômes retrouvés et l'intensité de ces derniers. (Pelletier,2006, p 48)

2- Hyperactivité chez le jeune enfant et l'enfant d'âge préscolaire

L'hyperactivité est un trouble grave de nature biopsychosociale qui perturbe la vie familiale et sociale de l'enfant, et entrave ses progrès scolaires pendant des années. Ce trouble a un caractère envahissant et survient en général avant l'âge de 7 ans. Les enfants qui présentent un double diagnostic de trouble oppositionnel et d'hyperactivité manifestent davantage de comportements perturbateurs et leurs difficultés comportementales évolueraient plus rapidement et plus défavorablement. (Krotenberg, ., Lambert,2012,p 72).

L'agitation est parfois repérable dès les premiers mois de vie : le nourrisson, rampe partout dès qu'il en a les capacités, touche à tout ; il ne peut rester même un bref instant seul sans tomber ; il est hyper réactif à des stimuli externes, enclin à des troubles du sommeil et de l'alimentation.

Les enfants hyperactifs d'âge préscolaire sont actuellement de plus en plus fréquemment adressés en consultation spécialisée. Ils sont décrits comme turbulents, opposants, enclins à de fréquentes colères. En raison de leur activité motrice excessive, de leurs difficultés à appréhender le danger et à tenir compte de leurs expériences passées, ils sont particulièrement exposés aux risques d'accidents, d'absorption de toxiques et leur surveillance est difficile.

Ainsi, les principales caractéristiques du TDAH peuvent s'observer dès les premières années de vie. Néanmoins, il est difficile, à cet âge, de préciser si les manifestations observées sont les précurseurs du trouble (tempérament « difficile »), le trouble lui-même à son début, ou s'il s'agit de manifestations transitoires chez un enfant ayant un développement normal.

Les enfants d'âge préscolaire qui ont le plus de risques de présenter des troubles persistants sont ceux qui ont, outre les caractéristiques de l'hyperactivité, un comportement agressif et négatif. Mais ces variables interagissent avec les facteurs environnementaux, en particulier parentaux ; parmi ceux-ci la détresse maternelle, la relation conflictuelle mère/enfant, la discorde du couple parental, sont connus pour exposer à la persistance des symptômes. Mais rien n'est définitivement établi, et « tout n'est pas joué avant 5 ans ». (Le Heuzey, 2020, p 103)

3- Comment définit-on le trouble du Déficit de l'Attention avec/sans hyperactivité d'après les classifications ?

Le Trouble du Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité (TDAH) se définit par la présence du nombre requis de critères d'inattention et/ou d'hyperactivité – impulsivité que nous avons présentés.

D'autres conditions sont nécessaires :

- Tout d'abord les critères doivent exister depuis au moins six mois ; dans la pratique clinique les parents évoquent le fait que les symptômes ont toujours existé : en revanche la gêne qu'ils entraînent peut se modifier en fonction de l'âge de l'enfant et des exigences de l'environnement.

- Les symptômes doivent être présents dans au moins deux lieux (classiquement à l'école et à la maison). Cette restriction a pour but de souligner que les symptômes ne sont pas seulement la conséquence d'un dysfonctionnement de l'environnement (par exemple on peut imaginer un enfant présentant des critères dans un contexte de conflits familiaux : les symptômes seraient liés à la situation et non pas au TDAH). Cependant dans notre pratique il n'est pas rare de voir des enfants souffrant de TDAH qui ne sont gênés que dans le milieu scolaire alors que leur fonctionnement familial est préservé...

- Les symptômes doivent entraîner une gêne : ce point est primordial : on ne peut parler de TDAH que si l'enfant est en souffrance dans son quotidien du fait de ses symptômes. Ainsi un enfant très tête en l'air, inattentif et rêveur peut présenter le nombre de critères diagnostiques requis mais il n'y aura pas de diagnostic de TDAH si ces symptômes ne le gênent pas.

- Enfin les premiers symptômes doivent être apparus avant l'âge de sept ans pour le DSM IV (1994), cet âge ayant été reculé à douze ans pour le DSM V

de 2013 : dans les deux classifications l'accent est mis sur le côté précoce du trouble qui est dit « développemental » puisqu'il est présent dès l'enfance et n'apparaît pas chez un adulte qui n'aurait pas eu de symptôme jusque-là. (Franc, 2020, p08)

4- Les principes et outils de l'évaluation psychologique du Trouble du Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité (TDAH)

Le diagnostic est clinique, reposant sur l'analyse de l'histoire des troubles, l'analyse sémiologique, l'étude des comorbidités et de l'environnement familial.

L'évaluation clinique peut être complétée par des évaluations cognitives réalisées au mieux par des neuropsychologues.

L'évaluation de l'efficacité intellectuelle paraît un minimum pour vérifier le niveau normal de celle-ci, mais aussi pour repérer une précocité intellectuelle associée, ou au contraire débusquer une insuffisance intellectuelle qui a son propre retentissement sur les capacités attentionnelles d'un enfant. Des tests d'attention spécifiques et des tests d'évaluation des fonctions exécutives sont proposés dans certaines équipes spécialisées pour adapter les remédiations.

Les évaluations standardisées par entretiens diagnostiques sont utilisées en recherche.

L'utilisation d'échelles (échelles de Conners, *ADHD rating scale*. . .) peut étayer le diagnostic, mais ne remplace en rien le diagnostic clinique. Elles peuvent aider à suivre l'évolution de la symptomatologie sous traitement. (Heuzey, 2020, p 104)

I- Évaluation de l'hyperactivité/impulsivité

1- L'observation

L'observation clinique constitue l'une des modalités les plus simples permettant l'évaluation qualitative de l'instabilité psychomotrice. Elle consiste le plus souvent en une attitude d'écoute et d'observation de l'enfant *in vivo*, si

possible en se déplaçant sur le ou les lieux de vie de l'enfant (maison, école...) afin de recueillir les informations concernant l'expression comportementale du trouble .

Néanmoins, nous attirons l'attention sur l'évidente nécessité de ne pas se contenter d'une séance pour fonder les hypothèses possibles. Il n'est pas rare en effet que l'enfant, lors de la première rencontre et ce de manière exceptionnelle, soit à même de contrôler en quasi-totalité son hypermotricité et son impulsivité, d'autant plus que la séance sera courte (inférieure à 45minutes). (Bréjard, Bonnet, Pedinielli, 2007,p48)

2- Les entretiens semi-structurés

Le discours parental permet de se constituer une représentation significative de l'atmosphère régnant dans le milieu familial et du contexte dans lequel évolue l'enfant. Il est, en outre, l'occasion pour le clinicien de reprendre avec les parents l'histoire des troubles, leurs conditions d'apparition et leur évolution. L'importance de ces données qualitatives est essentielle.

NB: il s'agit d'une source d'information sujette à caution, dont le caractère subjectif doit être souligné, certains parents tendant à minimiser ou maximiser les faits.

Les entretiens semi-structurés constituent une des lignes directrices de l'évaluation clinique de l'enfant hyperactif. En France, nous disposons pour le moment de peu d'instruments permettant d'effectuer un interrogatoire standardisé de l'enfant. L'un des principaux disponibles est actuellement l'*Interview Schedule for Children* (ISC: Hanson *et al.*, 1995), qui, bien que n'étant pas un instrument spécifiquement dédié à l'évaluation de l'hyperactivité, permet d'évaluer les troubles associés. Leur exploration est indispensable, en raison de leur impact sur la diversité des formes d'hyperactivité et permet d'arriver à une meilleure compréhension de la symptomatologie de l'enfant.

Un second outil, lui aussi non spécifique de l'hyperactivité, est le Kiddie-SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*: Kaufman *et al.*, 1997; 2006) ou échelle pour les troubles affectifs et la schizophrénie pour enfants. Il s'agit d'une échelle généraliste permettant d'explorer un large panel sémiologique, afin de pouvoir poser un diagnostic référé au DSM IV. Cet outil est complété par différentes échelles explorant des troubles spécifiques, à utiliser dans le cas où le trouble « cible » est détecté au *screening* (c'est-à-dire passage

au crible) de l'entretien général. Cet instrument n'est actuellement pas traduit en français, mais une version en anglais est disponible à l'adresse Internet suivante : <http://www.wpic.pitt.edu/ksads/>, et peut constituer après traduction une bonne grille d'entretien. Elle est susceptible de s'appliquer à des enfants de 6 à 18 ans, et présente l'avantage de comporter des items mesurant d'une part l'hyperactivité, et d'autre part les troubles de l'attention.

Les items sont cotés de 0 à 3 en fonction de la fréquence et de l'intensité des troubles. Dans le cas où le sujet obtient un score de trois à l'un des items d'hyperactivité ou de trouble de l'attention, on administre les items complémentaires concernant l'hyperactivité, au nombre de

22. Parmi ces 22 items, 17 portent sur la fréquence et l'intensité des troubles et permettent d'explorer de manière complète les signes d'hyperactivité.

Les 5 derniers items concernent des données complémentaires telles que l'âge de début des troubles, le niveau de perturbations qu'ils entraînent, et aboutissent à une hypothèse diagnostique. (Bréjard, Bonnet, Pedinielli, 2007,p49)

3- Les échelles de comportements

Il existe plusieurs échelles d'évaluation des comportements de l'enfant. Certaines sont spécifiques à l'hyperactivité, d'autres sont au contraire généralistes, mais comportent des items concernant l'instabilité comportementale. La passation est effectuée par le clinicien, les parents ou l'enseignant en fonction des échelles. Certaines comportent les trois formes.

Un exemple d'échelle généraliste: la CBCL

La liste de comportement pour enfant d'Achenbach ou *Child Behavior Check List* (Achenbach, 1991; Fombonne, 1989) est une échelle généraliste explorant à la fois les domaines comportementaux et émotionnels, et permettant de classer les troubles en deux grandes catégories: internalisés et externalisés. L'inventaire peut être complété par les parents ou les enseignants. Son principal intérêt réside, comme dans le cas des entretiens semi structurés, dans la possibilité qu'elle offre de prendre en compte d'autres troubles, dont on connaît l'importante comorbidité avec l'hyperactivité et l'incidence pronostique.

L'hyperactivité est évaluée à travers 11items inclus parmi 118 évaluant l'ensemble des troubles du comportement. Chaque item est coté de 0 à 2, et le

score spécifique d'une sous-échelle (l'hyperactivité) peut-être calculé pour un « trouble-cible », puis être additionné aux autres items afin d'obtenir un score général de comportements externalisés. .(Bréjard, Bonnet, Pedinielli, 2007,p50)

Un exemple d'échelle spécifique: l'échelle de Conners

Cet instrument d'évaluation a été construit par Keith Conners et traduit en français (Dugas, 1987). Il comporte deux versions: l'une s'adresse aux parents et comporte 48items, cotés de 0 à 3. Le score total est obtenu en divisant le score total par 10. Les items sont répartis en cinq sous-échelles, et un index d'hyperactivité peut être calculé (items 4,7,11,13,14,25,31,33,37,38). Le score à partir duquel on considère l'enfant comme hyperactif est de 1,5 (15 en note brute).

L'autre version s'adresse aux enseignants et comporte 28 items avec là encore, la possibilité de calculer un indice d'hyperactivité avec 10items (items 1,5,7,8,10,11,14,15,21,26). L'intérêt de cet instrument est de permettre une évaluation standardisée et croisée des comportements de l'enfant dans des milieux et des situations relationnelles différents. Les informations ainsi obtenues viendront avantagement compléter les (et non se substituer aux) autres éléments du bilan. .(Bréjard, Bonnet, Pedinielli, 2007,p50)

Ce questionnaire a été créé aux États-Unis en 1977, puis traduit en français. Il en existe trois versions : pour les parents, pour les enseignants et pour toute personne extérieure (comme un médecin ou une infirmière) selon le dernier rapport de la HAS (Haute autorité de santé, 2012).

Le questionnaire de Conners (voir le questionnaire en annexe) est l'un des tests les plus prisés aux États-Unis et son utilisation pourrait se développer en France. C'est une échelle de comportement qui ne peut se suffire à elle-même pour diagnostiquer l'hyperactivité, mais qui sert d'indice. Le questionnaire est composé d'une grille de 48 items pour les parents, 28 pour les enseignants dans sa version courte. À elles-deux, elles peuvent constituer une base d'analyse pour diagnostiquer un TDAH.

Un seul questionnaire est bien sûr insuffisant, il faut que les réponses des parents et des enseignants soient toutes les deux significatives : si la moyenne des points du test est de 1,5 alors on peut envisager de faire un diagnostic

médical pour trouver le TDAH (chaque item peut être coché « jamais », « à l'occasion », « souvent » ou « très souvent » et rapporte 0 à 3 points. (Ronchewski Degorre ,2017, 87)

2.Évaluation des troubles cognitifs

2.1 Les échelles d'évaluation « généralistes»

•Échelle de Wechsler pour enfants (WISC-IV)

L'échelle d'évaluation de l'intelligence de Wechsler pour enfants constitue l'un des piliers du bilan psychologique de l'enfant. On ne dispose actuellement pas de travaux scientifiques mettant en relation les performances au WISC-IV et l'évaluation des troubles cognitifs dans l'hyperactivité. Néanmoins, si l'on se réfère à la précédente version (WISC-III) du test, l'un des indices calculés à partir de certains subtests peut apporter des informations spécifiques sur les troubles attentionnels:

il s'agit de la vitesse de traitement. Elle comprend les subtests code et symbole. Il est également possible de procéder à une analyse plus globale en calculant le score SADC à partir des subtests suivants: arithmétique, mémoire des chiffres, code et symbole. Ces différentes épreuves impliquent la mémoire de travail, la concentration et les capacités de traitement de l'information. Les enfants hyperactifs présentant des troubles significatifs au plan cognitif, il n'est pas rare de retrouver des scores bas à ces deux indices calculés. .(Bréjard, Bonnet, Pedinielli, 2007,p 51)

- Batterie de tests de Kaufman (KAB-C)

Le test mis au point par Kaufman et Kaufman peut constituer une bonne alternative au WISC-IV, car il permet d'explorer plus précisément les capacités de traitement de l'information en fonction de deux

Axes : simultané et séquentiel. Le traitement simultané correspond à la capacité à traiter les stimuli par groupes, ce qui permet une meilleure intégration et une compréhension synthétique de l'environnement. À l'inverse, le traitement séquentiel permet d'organiser et de séquentialiser les informations «en chaîne». Ces deux types de traitement correspondent à des habiletés cognitives à la fois différentes et complémentaires.

Le KAB-C permet leur évaluation, par le calcul de deux sous-scores et d'un score global selon des modalités similaires au WISC-IV. En général, les enfants hyperactifs éprouvent des difficultés importantes dans les épreuves mettant en jeu les capacités à sérier et séquentialiser les perceptions et les opérations cognitives nécessaires à la résolution de problèmes, d'où des performances faibles aux échelles du KAB-C, et en particulier aux subtests mettant en jeu le traitement séquentiel.

2.2 Les échelles spécifiques

Il existe de nombreux tests destinés à l'évaluation des fonctions cognitives. Nous ne présenterons ici que les principaux instruments utilisés spécifiquement dans le cadre de l'hyperactivité.

•*Le test de Stroop*

Le test de Stroop se compose de trois planches: la première, carte A, comporte 4 noms de couleurs (vert, jaune, rouge, bleu) écrits en noir et blanc, et disposés en 10 rangées de 5 mots (soit 50 mots). La deuxième, carte B, est composée des mêmes noms de couleur, disposés différemment et imprimés d'une couleur différente de la couleur qu'ils expriment. Les séquences de 5 mots diffèrent selon les cartes. La troisième, carte C, comporte 10 rangées de 5 rectangles de couleurs (vert, jaune, rouge, bleu). Lors de la passation, un temps fixe de 45 secondes est donné pour lire ou dénommer les items de chaque carte. Dans la première épreuve, le sujet doit lire les mots de la carte A. La deuxième épreuve consiste à lire les mots de la carte B sans prendre en compte les couleurs d'impression. Puis la personne doit nommer les couleurs des rectangles de la carte C. Enfin, l'examineur place une nouvelle fois devant l'enfant la carte B, et lui demande de nommer les couleurs d'impression (couleur de l'encre) en prenant garde de ne pas lire les mots eux-mêmes (condition d'interférence).

Une seconde consigne peut être de nommer les couleurs de l'encre d'impression sans lire le nom de couleur écrit. Il existe donc une interférence entre deux informations, la couleur perçue et la couleur lue, et les réponses mettent en jeu les capacités d'attention sélective et d'inhibition de la réponse. Le risque d'erreur est maximal du fait de la conception paradoxale de la tâche demandée. Une version spécifique pour enfants de 7 à 15 ans existe (Albaret et Migliore, 1999). À ce test, les enfants hyperactifs montrent des difficultés

importantes et donc des performances évaluées plus faibles que les enfants sans troubles, bien que chez les sujets présentant une forme à impulsivité hyperactivité prédominante, les difficultés puissent apparaître moins marquées.

- **Les épreuves d'évaluation de l'impulsivité/incapacité d'inhibition de la réponse**

Il est extrêmement difficile de séparer, dans les résultats des examens pratiqués, les effets liés à l'impulsivité de ceux qui ont pour origine un déficit d'attention. D'une part, les épreuves mesurant l'impulsivité font partie d'un ensemble de tâches qui demandent également un degré d'attention élevé pour une réalisation optimale. De plus, les tests d'attention continue montrent que les erreurs par substitution sont significatives des enfants considérés comme impulsifs. Le test d'appariement d'images (Marquet-Doléac *et al.*, 1999), dont le principe est similaire à celui du test de Kagan (1964p; 1966), est certainement la mesure de l'impulsivité la plus utilisée. On présente une image, et le sujet doit trouver parmi 6 autres celle qui est identique à la première.

Les 5 autres images ont subi des modifications légères. La notation tient compte du temps mis à donner la première réponse et du nombre d'erreurs. Le but est de la trouver le plus vite possible sans commettre d'erreurs. Plusieurs mesures sont effectuées:

- le temps de réflexion précédant la première réponse;
- le temps total mis pour l'ensemble de l'épreuve;
- le nombre total d'erreurs sur l'ensemble de l'épreuve;
- le nombre total de réussites dès la première réponse.

Par manipulation de ces mesures, on peut alors obtenir deux index:

- index d'exactitude qui détermine le nombre de réussites à la première réponse en une minute ;
- index d'impulsivité ou rapport du nombre d'erreurs commises sur le temps total.

L'analyse des résultats permet de mettre en évidence le type de fonctionnement cognitif utilisé par le sujet, selon les deux dichotomies: lent ou rapide, précis ou imprécis. .(Bréjard, Bonnet, Pedinielli, 2007,p 52)

3.Évaluation psychoaffective

L'évaluation du fonctionnement psychoaffectif de l'enfant hyperactif est limitée par les instruments d'évaluation disponibles actuellement, mais plus encore par les capacités instrumentales de l'enfant. Elle reposera donc essentiellement sur les techniques projectives, si l'enfant reste impliqué un temps suffisant dans la tâche demandée. Ces épreuves reposent principalement sur la mobilisation d'un mécanisme psychologique appelé « projection » et qui amène un sujet à « imaginer » et donner un sens à un contenu ambigu (Rorschach) ou encore générique (*Thematic Aperception Test* ou TAT). L'intérêt de ces épreuves réside dans leurs potentiels discriminatifs et la finesse clinique des informations qu'elles permettent d'obtenir. Leur principale limite est la part importante laissée à l'interprétation et aux compétences du clinicien, qui peuvent faire notablement varier les résultats obtenus.

3.1- Le Rorschach

Le test de Rorschach entre dans la catégorie des tests dits « structuraux », car il fournit des informations portant sur le fonctionnement et l'organisation psychopathologique du sujet. Il consiste en dix planches sur lesquelles on trouve des formes indéterminées dont la caractéristique est de comporter une symétrie axiale. Certaines planches sont en noir et blanc, d'autres ont en plus du rouge; les trois dernières sont en couleurs pastel. La cotation, très complexe, fait appel à deux grands systèmes: l'un se réfère à la théorie psychanalytique et a été principalement soutenu par l'École de Paris (C. Chiland, V.Shentoub, etc.), l'autre se réfère à une approche cognitive (proposée par Exner et introduite en France par A. Andronikoff). Il a fait ses preuves dans l'évaluation de l'hyperactivité, pour laquelle il se révèle discriminant.

Les travaux scientifiques utilisant ce test ont plutôt utilisé la cotation Exner (Bartell et Solanto, 1995; Cotugno, 1995; Petot, 1999; Petot, 2004) et montrent les particularités suivantes :

- Un nombre plus faible de réponses couleurs ;
- Un nombre de réponses de mauvaise qualité formelle (F % élargi) plus important ;
- Un nombre de réponses F% élevé;

- Un nombre de réponses F- important ;
- Un plus grand nombre de réponses dont le déterminant est l'estompage;
- Les réponses humaines sont plus rares.

Le Rorschach constitue donc un test important permettant de repérer des éléments indicateurs du syndrome hyperactivité-trouble de l'attention. (Bréjard, Bonnet, Pedinielli, 2007, p 55)

3.2 Le CAT (version enfant du TAT)

Le *Children Aperception Test* est constitué de 10 planches en noir et blanc représentant des animaux dans différentes situations censées évoquer des problématiques spécifiques telles que l'agressivité envers le puîné, la relation aux parents, la solitude... On distingue le contenu manifeste des planches, c'est-à-dire ce qui est objectivement dessiné et perceptible visuellement, et le contenu latent, c'est-à-dire la problématique psychologique à laquelle il est fait référence (par exemple, l'angoisse de séparation). L'écart entre contenu manifeste et contenu latent permet la projection et la construction de réponses spécifiques à chaque enfant, et donc indicatrices des éléments de sa problématique psychopathologique. La consigne donnée à l'enfant est de raconter l'histoire qui se passe sur la planche. Il construit alors une histoire en relation avec le contenu de cette dernière. L'interprétation s'effectue qualitativement, en fonction du degré de perception du contenu latent de la planche et de la manière dont il l'interprétera et s'en dégagera (en d'autres termes: quelle issue il pourra y trouver).

Les enfants hyperactifs ont des réponses spécifiques à ce test: en effet, on remarquera une difficulté quasi systématique à utiliser un discours descriptif bref et une incapacité patente à construire un scénario imaginaire. Ceci témoigne de leur difficulté à s'engager dans le registre imaginaire et à percevoir les dimensions symboliques des contenus de la planche. En revanche, les thèmes évoqués ne sont pas spécifiques à l'hyperactivité, et sont fréquemment déterminés par la comorbidité lorsqu'elle est présente: thèmes d'agression si troubles des conduites, thématiques d'abandon si anxiété de séparation, etc.(Bréjard, Bonnet, Pedinielli, 2007, p 55-56)

5- La Prise en charge du syndrome d'hyperactivité / déficit de l'attention chez l'enfant

TDAH :

La prise en charge recommandée du TDAH est multimodale. Elle associe de la Psychoéducation destinée à l'enfant mais aussi à ses parents et ses enseignants, des thérapies cognitivo-comportementales, des interventions psychosociales (visant l'amélioration de l'hygiène de vie en termes de rythme et mode de vie adaptés à chaque enfant), des stratégies d'apprentissage et des aménagements de l'environnement, notamment scolaires.

Cette prise en charge peut inclure un traitement médicamenteux à base notamment de « stimulants » qui paradoxalement freinent l'agitation et aident à focaliser son attention. La prise en charge n'oublie pas celle des comorbidités très présentes chez les enfants ou adolescents ayant un TDAH, comme par exemple celle des troubles de la communication ou des apprentissages ou encore des troubles anxieux (rééducations et/ou psychothérapies). La prise en charge est donc multidisciplinaire, ce qui nécessite une coordination entre l'ensemble des acteurs. Elle s'inscrit nécessairement dans la durée, ce qui implique d'établir une relation de confiance avec l'enfant ou l'adolescent concerné et ses parents afin de favoriser l'adhésion à la prise en charge et son observance. (Baghdadli , Majorel , Boudou , 2022, p 24)

Conclusion :

Une évaluation qui devrait être systématiquement globale et pluridisciplinaire, incluant un examen neuropédiatrique, une évaluation neuropsychologique et un bilan psychomoteur, il permettra de ne pas réduire l'enfant souffrant d'hyperactivité à l'hyperactivité.

Bibliographie :

- [Anciaux V](#), [De Cartier P](#), [De Hemptinne D](#), [Schaetzen S](#) , [Laporte N](#), (2013), *L'hyperactivité (TDA/H) - Les prises en charge neuropsychologique et psychoéducative*, De Boeck Supérieur
- Baghdadli A, Majorel J, Boudou H (2022) *Mettre en œuvre un programme d'ETP pour mieux vivre avec un TDA/H*, Paris , Duond.
- Bréjard, V., Bonnet, A., Pardinielli, J. (2007). *L'hyperactivité chez l'enfant*. Armand Colin.

- Franc N (2020), *L'hyperactivité chez l'enfant TDHA*, Paris, Edition Ellipses.
- Krotenberg, A., Lambert, É. (2012). *Scolarité et troubles du comportement: Des solutions pour enseigner*. Champ social. <https://doi.org/10.3917/chaso.krote.2012.01>
- Le Heuzey M.F (2020), *Le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) chez l'enfant : approche médicale*, Journal de pédiatrie et de puériculture (2020) 33, 101—108.
- Pelletier ,E (2006), *Déficit d'attention sans hyperactivité*, Canada, Les éditions Quebecor.
- Ronchewski Degorre S, (2017), *Comment prendre soin de l'enfant hyperactif à l'école ? De l'élève indiscipliné à l'élève handicapé* , Revue Phronesis, Vol 1, n°3, Université de Sherbrooke, Champ social éditions. DOI : <https://doi.org/10.7202/1040622ar>