

La longue histoire du TDAH

Un trouble moderne ?

Le TDAH est bien loin d'être un trouble récemment découvert : en effet, il en est déjà fait mention dans les textes médicaux de la fin du XVIIIe siècle. Déjà décrit en 1775 comme des troubles de l'attention, on insiste ensuite plus sur l'agitation et les troubles du comportement. On les attribue alors à des lésions cérébrales dues à une infection ou à un traumatisme crânien. Dans les années 1960, on parle d'un dysfonctionnement minime du cerveau...

C'est dans les années 80 qu'on le décrit comme un trouble cognitif qui a pour base le déficit d'attention : on peut en effet être TDAH sans être hyperactif (d'où l'urgence de vite abandonner cette appellation d'« Hyperactivité » pour parler de ce trouble, celle-ci entraînant une énorme confusion entre un symptôme pouvant être signe d'autre chose et un trouble à part entière).

Quelques étapes de son identification

1775 – Le médecin allemand Melchior Adam Weikard décrit des patients dont l'inattention s'accompagne d'hyperactivité, « ne consacre pas assez de temps ni de patience à une question particulière, et sans la précision requise... ces personnes n'entendent que la moitié de tout ; elles ne mémorisent qu'à moitié ou bien elles le font de façon désordonnée... elles connaissent généralement un peu tout mais rien à fond... téméraires, souvent pleines de projets imprudents, mais elles sont aussi très inconstantes dans leur exécution ».

1798 – « L'attention et ses pathologies » de Crichton (Ecosse) : une définition de l'attention et de ses 2 pathologies (attention augmentée ou attention diminuée) : « Lorsque la personne est née ainsi, on peut s'en rendre compte à une période très précoce de la vie et les conséquences sont importantes dans la mesure où cela rend la personne incapable d'être attentive avec constance à tout objet d'éducation ».

1838 – Esquirol (France) explique que « l'aliéné » ne jouit plus de la faculté de fixer ou diriger son attention et que ceci est la cause de toutes ses erreurs.

1862 – Henri Dagonet (France) indique que « l'attention, cette faculté qui mesure en quelque sorte la puissance de la volonté, présente naturellement un trouble variable ».

1862 – Charles Boulanger (France) décrit l'instabilité mentale des sujets intelligents incapables de s'organiser dans leurs tâches quotidiennes : il « est intelligent, mais se rend insupportable à l'école et dans les ateliers. Il a besoin d'être constamment surveillé », « Il s'évade à chaque instant des ateliers pour pouvoir fumer, grimper sur les toits. Il fait des escalades fort dangereuses... ».

1880 – Le neurologue français Désiré-Magloire Bourneville décrit le syndrome de l'instabilité comme une mobilité physique exubérante, une mobilité mentale et des impulsions subites. Il croyait alors que c'était lié à un retard intellectuel.

1889 – Dans « Psychologie de l'attention », le psychologue Théodule Ribot (France) étudie le rapport entre le mouvement et l'attention. Il décrit aussi les situations où l'agitation s'oppose à l'attention, « dans l'ordre mental une course désordonnée d'images et d'idées, dans l'ordre moteur, un flux de paroles, de cris, de gestes et de mouvements impétueux ». « Il n'y a ni concentration ni adaptation possible, ni durée ».

1897 – James Mark Baldwin (Etats-Unis) explique qu'on reconnaît l'enfant « incapable de coordination attentive » « aux premiers signes d'agitation, ou simplement à une cessation brusque d'intérêt, d'ailleurs sans motif apparent ».

1897 – Le neurologue français Désiré Magloire Bourneville décrit ce comportement : « Leur mobilité est exubérante, ils ne restent en place nulle part, se lèvent de table à chaque instant sans motif. S'ils jouent, ils passent rapidement d'un jeu à l'autre. Dans le service, ils se font remarquer par l'indifférence aux observations, la désobéissance et l'indiscipline, mais ils sont suggestibles et peuvent se soumettre aux personnes qu'ils aiment ».

1899 – Guillaume Léonce Duprat (France) évoque ainsi une jeune fille instable : « Elle ne prête aucune attention aux enseignements qu'on lui donne, se hâte d'agir avant d'avoir compris, n'a pas d'idée nette du travail qu'elle doit exécuter, a de fréquentes distractions au point presque d'oublier à chaque instant la nature de sa besogne ».

1902 – Le pédiatre George Frederic Still (Angleterre) décrit une perte de contrôle moral chez des enfants atteints de pathologies neurologiques, et ce, sans atteinte de l'intelligence. Il précise aussi que si beaucoup vivent dans des familles chaotiques, certains ont au contraire des conditions éducatives et affectives normales. Cela appuie pour lui l'idée que ces troubles peuvent donc intervenir sans ce genre de carences et qu'il faut donc les expliquer par des causes médicales et biologiques.

1905 – Alfred Binet (France) décrit l'enfant instable qui « est pour l'école une gêne perpétuelle : le maître juge sans bienveillance ce mauvais élève qui trouble constamment l'ordre de la classe et compromet son autorité ». On parle alors d'enfants « anormaux » avec des critères diagnostiques exactement semblables à ceux d'aujourd'hui pour le TDAH.

1911 – Dans les premiers congrès internationaux, on discute de l'inattention et de l'hyperactivité (appelée alors hyperkinésie) chez l'enfant intelligent. Miguel Marquez : l'inattention de l'enfant « peut produire de fréquents mouvements ».

1913 – Ernest Dupré (France) associe agitation motrice continue à l'incapacité attentionnelle.

1914 – Heuyer (France) décrit dans sa thèse médicale le syndrome d'instabilité de l'enfant : « un trouble psychomoteur dans lequel l'émotivité est labile, variable, comme l'inaptitude motrice à continuer la même action, à soutenir un rythme régulier, à agir de façon constante, à persévérer dans une entreprise et sur le plan intellectuel, à fixer son attention ».

1915 – Dans son traité de psychiatrie, Emil Kraepelin consacre un chapitre aux « instables ». Il décrit un trouble qui se manifeste dès l'enfance avec des difficultés attentionnelles invalidantes, sans anomalie de l'intelligence, parle aussi du déficit d'attention chez l'adulte : « ce qui les révèle avant tout, c'est leur incapacité totale à un travail dans la durée et dans le fond. Ils commencent avec beaucoup de zèle, mais leur élan retombe très vite, ils sont distraits, se dispersent, perdent l'envie, se laissent aller à des fautes grossières et à des négligences ».

1932 – D'après Gilbert Robin (France), l'inattention peut être le reflet d'un manque d'intérêt, ou être associée à un trouble psychiatrique ou organique, notamment chez l'instable qui a un retard dans son développement neurologique.

1940 – Jadwiga Abramson (France) propose d'évaluer les capacités intellectuelles, affectives et motrices dans le syndrome de l'enfant instable : « dans l'ensemble, l'instable psychomoteur réussit souvent les tests qui demandent une grosse dépense d'énergie de courte durée alors qu'il échoue dans les tests qui exigent une coordination, une précision et une rapidité dans le mouvement, c'est-à-dire dans tout ce qui demande un effort d'inhibition et d'organisation... Il est opposant à tout ce qui est stable et organisé, suggestible et influençable par tout ce qui est mobile et irrégulier, son humeur est labile, entre une gaieté un peu tendue et une dépression d'ennui ».

1943 – Chorus (France) parle d'instabilité et variabilité chez l'enfant instable qui présente une mauvaise organisation intérieure, un manque d'attention et une instabilité psychomotrice.

1944 – Le chimiste italien Leandro Panizzon synthétise le méthylphénidate et en découvre l'effet stimulant en le testant sur sa femme qu'il surnommait Rita.

1957 – Laufer et Denhoff parlent du syndrome hyperkinétique et trouble impulsif-hyperkinétique comme d'un trouble du comportement avec une activité motrice exagérée et une dispersion de l'attention. Dans les années 60, on parle déjà de l'hyperkinésie comme une possible lésion neurologique... On s'est ensuite perdu sur la définition de ce trouble comme un symptôme ou un syndrome à part entière.

1959 – C'est seulement cette année-là que le méthylphénidate entre en Europe.

1963 – Publication du premier article sur les effets du méthylphénidate sur l'hyperactivité de l'enfant, par Eisenberg (Etats-Unis) et Connors (Etats-Unis).

1970 – On parle de MBD (Minimal Brain Dysfunction) qui regroupe les symptômes suivants : hyperactivité, difficultés perceptivo-motrices, labilité émotionnelle, difficultés de coordination, déficit

d'attention, impulsivité, difficultés de mémoire et d'organisation de la pensée, difficultés du langage oral, troubles d'apprentissage de la lecture, du calcul, de l'orthographe, troubles de la motricité fine, de la perception et de l'intégration sensorielle – une bonne description du TDAH et ses comorbidités, non ?

1972 – Le trouble de l'attention et du déficit du contrôle devient l'élément central du trouble.

1976 – Déjà 120 études pharmacologiques sur les psychostimulants sont publiées cette année-là et de nouvelles pistes s'ouvrent, tels qu'un dysfonctionnement des systèmes dopaminergiques et l'hyperéveil cortical.

1979 – Premières prescriptions en France du méthylphénidate.

1980 – Le terme TDAH est acquis avec l'approche en 3 dimensions : inattention, impulsivité, hyperactivité. L'hyperactivité est alors admise comme étant secondaire, voire même absente. De plus, on conclut que la prise en charge médicale est plus légitime dans le cadre des conséquences du trouble sur les apprentissages plus que pour le trouble du comportement, aussi gênant soit-il. Le DSM-III se veut plus clair sur ce trouble (l'ancienne version étant influencée par la mouvance psychanalytique) et les troubles sont donc définis par des symptômes et des comportements observables, éliminant le plus possible du processus de diagnostic les éléments de jugement subjectif : une liste de signes ou symptômes claire est établie et ceux-ci doivent être réellement présents pour que le diagnostic puisse être posé. On admet aussi cette année-là que le TDAH ne concerne pas que l'enfance mais peut persister encore à l'âge adulte.

1985 – Le Professeur Michel Dugas (France) explique dans son livre « L'hyperactivité chez l'enfant » l'intérêt de l'utilisation des critères diagnostiques, l'apport des méthodes d'investigation et le bon usage des traitements pharmacologiques.

1987 - Le DSM IV décrit le TDAH avec ses 3 sous-types : prédominance inattention, prédominance hyperactivité/impulsivité, version mixte.

La recherche s'est alors enfin accélérée et le TDAH est depuis étudié sur beaucoup de plans : en épidémiologie, d'un point de vue clinique, la pharmacologie, la génétique, l'imagerie, sur un diagnostic avant 6 ans comme sur la persévérance du trouble chez l'adulte.

2015 – Publication des recommandations de la Haute Autorité de la Santé.

Qu'en conclure ?

Le TDAH, même s'il a changé de nom à plusieurs reprises, n'est pas un trouble nouveau : il a été identifié depuis très longtemps, et avec une précision sur ses différents symptômes assez identique à celle d'aujourd'hui. De plus, contrairement à ce qu'on en dit souvent, ce n'est pas une découverte américaine, mais bien européenne et beaucoup de médecins français ont participé à son identification.

Le méthylphénidate n'est pas d'apparition récente non plus et son utilisation, tout comme les études sur ce traitement ont déjà 70 ans ! Un recul dont peu de médicaments utilisés de nos jours, même quotidiennement, peuvent se vanter...

De plus, on voit aussi que l'idée selon laquelle le TDAH serait inventé par les laboratoires pour vendre le méthylphénidate est complètement infondée : on a commencé à identifier les symptômes du TDAH dès 1775 (médicalement parlant mais on retrace aussi ce « caractère » dans la littérature bien avant...) et le méthylphénidate n'a été synthétisé qu'en... 1944 !

Bibliographie :

- <http://www.drlouisvera.com/histoire-tdah/>
- Histoire du TDAH – Plus d'un siècle de Concepts par le Dr Eric Konofal – Editions Shire
- Aide-mémoire TDAH en 57 notions par le Dr François Bange – Editions Dunod

Pour obtenir plus d'informations sur le TDAH et l'association internationale TDAH Partout Pareil :

Site internet : www.tdah-partout-pareil.info
 Email : info@tdah-partout-pareil.info
 Page Facebook : www.facebook.com/tdah.partout.pareil