



# Trouble Déficitaire de l'Attention / Hyperactivité

**Céline ALCARAZ**

**Psychologue**

**Docteur en Psychologie**

**MPEA Peyre Plantade – Centre Ressources Autisme**

# QUIZZ TDAH

L'enfant qui présente le TDAH est  
**Faux**  
laxiste

Ce n'est pas par paresse, mais plutôt par manque de capacité que l'enfant présentant le TDAH finit souvent par abandonner après une courte période de temps.

Le TDAH est le résultat d'une  
**Faux**  
mauvaise éducation.

Les enfants qui présentent le TDAH ont beaucoup de difficulté avec l'autocontrôle. C'est un déficit important à ce niveau qui les empêche d'intérioriser les règles de conduite.

# Faux

Le TDAH survient à l'adolescence

Systeme de traitement

Environ 1/3 des enfants qui présentent le TDAH vont continuer à en montrer des symptômes à l'âge adulte. Par contre, certains vont voir leurs symptômes, en particulier l'agitation, diminuer de façon significative à l'adolescence.

Un enfant présentant le TDAH ne peut pas regarder la télévision ou jouer à des jeux vidéo pendant des heures sans s'ennuyer ou se laisser distraire

# Faux

La télévision et les jeux vidéos sont des activités très stimulantes qui répondent justement au besoin de stimulation des jeunes présentant ce trouble.

Le TDAH est <sup>un</sup> trouble <sup>qui</sup> n'entraîne <sup>pas</sup> un retard <sup>au</sup> niveau <sup>des</sup> apprentissages.

# Faux

La majorité des jeunes présentant le TDAH ont des capacités d'apprentissage comparables aux jeunes de leur âge, mais des difficultés peuvent souvent être associées aux difficultés d'attention ou de comportement.

Chaque jeune présentant le TDAH a son portrait propre,  
avec ses forces et ses faiblesses,  
qui le différencie des autres.

# Vrai

**Aucun enfant présentant le TDAH ne manifeste tous les symptômes qui y sont associés. La conscience de la particularité de chacun est essentielle à la compréhension de la problématique de chaque individu et à la mise en place d'une intervention personnalisée efficace.**



# REPERAGE

# Signes d'alerte...



- Difficulté à rester assis à table
- Mange « assis une fesse »
- Il faut lui répéter plusieurs fois les choses
- Les routines du quotidien ne sont pas apprises...
- Difficulté à se contrôler
- A suivre les règles établies
- Il dérange ses camarades, fait du bruit
- Impose ses règles de jeux
- Supporte mal de perdre
- Pas de véritable ami

# Mais...

- Il arrive à rester devant un écran durant de long moment
- Il ne se met pas en danger
- Mon neveu est hyperactif, et mon fils ne bouge pas autant que lui....

# Signes cliniques petite enfance

Troubles  
du comportement



Pre-  
scolaire

Primaire

Collège

Lycée

Vie  
active

# SYMPTOME PRINCIPAL : HYPERACTIVITE

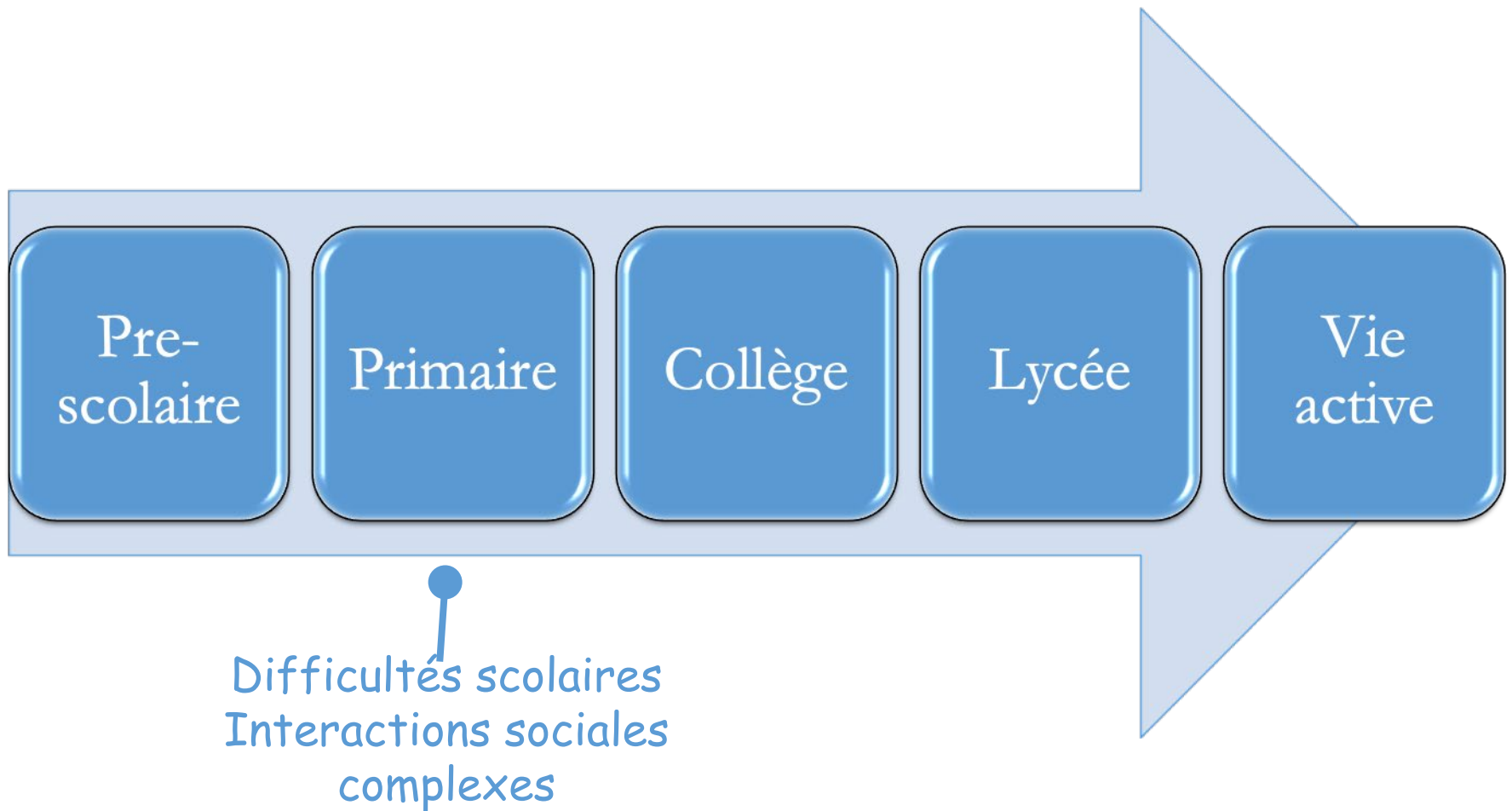
- L'hyperactivité d'un jeune enfant est déroutante
- Les parents décrivent une instabilité motrice dès la naissance (difficile de laisser l'enfant sur la table à langer)
- Augmentation de l'instabilité lors de la marche
- Apparition de comportements d'opposition assez forts
- L'enfant est stigmatisé à l'école
- L'entourage familial peut même refuser de le garder
- L'enfant est souvent considéré comme mal élevé, les parents sont souvent jugés

- **Ne pas oublier le développement normal**



- L'hyperactivité entre 2 et 3 ans est normale, ce qui est anormal c'est l'intensité de l'agitation
- L'hyperactivité peut aussi cacher d'autres troubles (ex: troubles sensoriels, allergies alimentaires...)
- L'attention chez un enfant
  - de 2 ans est d'environ 10 minutes sur une activité ou un livre
  - de 3 ans est d'environ 15 min
  - de 4 ans est d'environ 20 min
  - ajouter environ 5 min par année supplémentaire

# Signes cliniques à l'enfance



# Déficit d'attention

- Difficultés pour se mettre au travail
- Difficultés à sélectionner les informations pertinentes, à prêter attention aux détails
- Difficultés à noter et écouter en même temps
- Difficulté à écouter une consigne si l'enfant est concentré sur un exercice
- Difficultés pour terminer ce qu'il a commencé
- Accumulation des erreurs au fur et à mesure de l'exercice



# Hyperactivité

- Hyperactivité **motrice** :
  - Niveau d'activité supérieure aux enfants du même âge
  - Hyperactivité désorganisée et non-constructive
- Hyperactivité **intellectuelle** :
  - Fuite des idées, passage d'une idée à une autre
  - Logorrhée importante
  - Difficile pour la personne en face de suivre le fil de la pensée

# Impulsivité

- Difficulté à freiner, inhiber une action
  - Motrice (geste brusque-rapide...)
  - Verbale (dit tout ce qu'il pense sans tenir compte du contexte)
  - Émotionnelle (difficulté à modérer ses émotions)
  - Cognitive (passe d'une pensée à une autre)
- Difficulté à prendre du temps avant de passer à l'action
- Difficulté à attendre son tour
- Réaction parfois démesurée en cas de frustration

# Ce que disent les enfants

- **Hyperactifs** : je ne peux pas contrôler mes jambes et mes mains
- **Inattentifs** : tous les petits bruits me déconcentrent; ma pensée part en voyage; c'est comme si j'avais plusieurs chaînes de télé allumées en même temps et que je ne savais pas laquelle regarder
- **Impulsifs** : les mots sortent tout seul de ma bouche; j'agis et après je réfléchis...

# Evolution

-20%

- Inattention



-  
40%

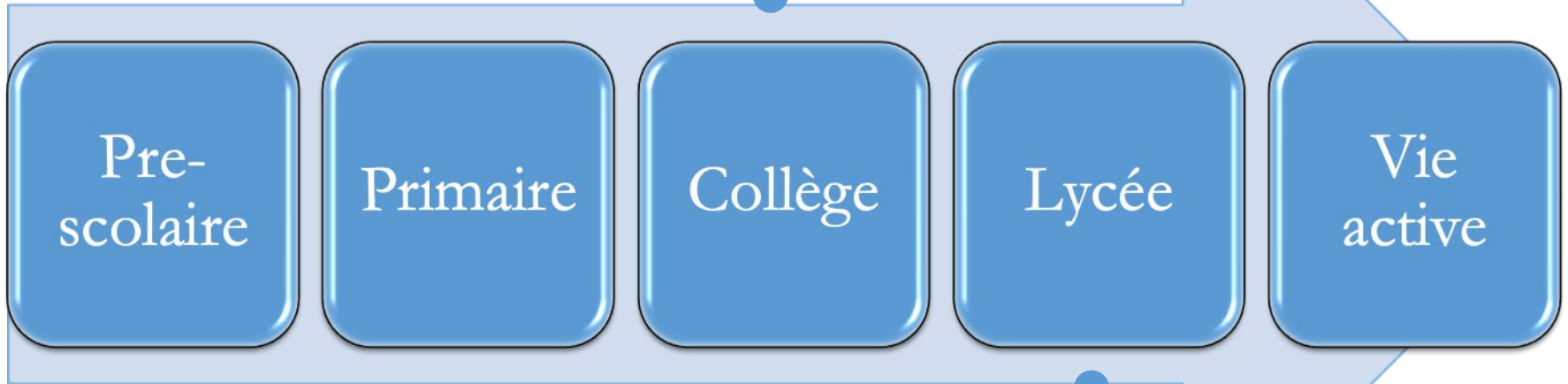
- Impulsivité

-50%

- Hyperactivité (en lien avec les changements hormonaux de la puberté)

# Signes cliniques à l'adolescence

Difficultés scolaires  
Baisse de l'estime de soi  
Conduites à risque



Echec scolaire  
Dépression  
Toxicomanie  
Blessure / Accident

- Hyperactivité diminue et change qualitativement : On passe d'une activité motrice à une activité interne (décrite comme de la nervosité)
- Diagnostic parfois non fait avant l'adolescence du fait de bonnes compétences intellectuelles (compensation), d'absence de troubles associés et de bonnes compétences sociales
- Les filles TDAH sont moins « dérangeantes » et leur attitude et comportement (changement d'humeur, isolement...) sont souvent mis en lien avec les changements hormonaux.
- L'enseignement secondaire ne permet pas toujours de repérer les adolescents TDAH, du fait des changements fréquents d'enseignants.

# Difficultés persistantes

- Difficultés à s'organiser dans le travail scolaire
- Difficulté dans l'écoute, l'observation et l'écriture : difficulté à prendre des notes
- Adolescent décrit comme faisant le pitre, le clown (punitives, remarques...)
- Début d'année, toujours plein de bonne volonté et d'enthousiasme mais difficulté à le tenir sur l'année
- Difficulté à soutenir des efforts tout au long de l'année
- Consommation d'alcool, cigarette, conduites à risque...

# DEPISTAGE



# Triade Symptomatique



**Inattention**



**Hyperactivité**



**Impulsivité**



# Déficit d'attention

- Difficultés pour se mettre au travail
- Difficultés à sélectionner les informations pertinentes, à prêter attention aux détails
- Difficultés à noter et écouter en même temps
- Difficulté à écouter une consigne si l'enfant est concentré sur un exercice
- Difficultés pour terminer ce qu'il a commencé
- Accumulation des erreurs au fur et à mesure de l'exercice

# Hyperactivité

- Hyperactivité **motrice** :
  - Niveau d'activité supérieure aux enfants du même âge
  - Hyperactivité désorganisée et non-constructive
- Hyperactivité **intellectuelle** :
  - Fuite des idées, passage d'une idée à une autre
  - Logorrhée importante
  - Difficile pour la personne en face de suivre le fil de la pensée

# Impulsivité

- Difficulté à freiner, inhiber une action
  - Motrice (geste brusque-rapide...)
  - Verbale (dit tout ce qu'il pense sans tenir compte du contexte)
  - Émotionnelle (difficulté à modérer ses émotions)
  - Cognitive (passe d'une pensée à une autre)
- Difficulté à prendre du temps avant de passer à l'action
- Difficulté à attendre son tour
- Réaction parfois démesurée en cas de frustration

# DIAGNOSTIC - EVALUATION

## Diagnostic - Evaluation clinique et troubles associés

### Anamnèse

Histoire des troubles  
Histoire de la grossesse et du développement Problèmes actuels  
Cursus scolaire  
Contexte familial

### Évaluation clinique

Symptômes de type TDAH  
Retentissement fonctionnel  
Comorbidité  
Ressources familiales

### Évaluation standardisée

Entretiens diagnostiques  
Échelles d'évaluation (échelles de Conners, échelles de Brown...)

### Évaluation cognitive

Tests d'efficiency (échelles de Wechsler...)  
Tests d'attention (Tea-ch...)  
Tests des fonctions exécutives, de mémoire...

### Évaluation scolaire et des troubles des apprentissages

Avis des enseignants (contact ou évaluation standardisée)  
Bulletins, cahier de correspondance  
Évaluation pédagogique  
Bilan orthophonique  
Bilan psychomoteur

## Critères du DSM-V

**A.1.** 6 des symptômes suivants d'**inattention** (ou +) ont persisté pendant au moins **6 mois**, à un degré **inadapté** et **ne correspondant pas au niveau du développement de l'enfant** :

- a. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement

- d. Souvent ne se conforme pas aux consignes et parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles
- e. A souvent du mal à organiser son travail ou ses activités
- f. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu
- g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités
- h. Souvent, se laisse facilement distraire par des stimulus extérieurs
- i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne



**A.2.** 6 des symptômes suivants d'**hyperactivité-impulsivité** (ou +) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau du développement de l'enfant :

**Hyperactivité :**

- a. Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège
- b. Se lève souvent en classe ou dans d' autres situations où il est supposé rester assis
- c. Souvent, court ou grimpe partout dans des situations où cela est inapproprié
- d. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
- e. Est souvent sur la brèche ou agit souvent comme s'il était monté sur ressorts
- f. Parle souvent trop

## Impulsivité :

- g. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- h. A souvent du mal à attendre son tour
- i. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence

A. Présence de (1) ou de (2)

(1) 6 items/9 de la série Inattention (5 après 17 ans)

(2) 6 items/9 de la série Hyperactivité/impulsivité (5 après 17 ans)

B. Symptômes provoquant une **gêne fonctionnelle** sont présents **avant 12 ans**

C. Symptômes présents dans au **moins deux types** d'environnement différents

D. **Altération cliniquement significative** du fonctionnement social, scolaire ou professionnel

E. Diagnostic différentiel avec Schizophrénie et autres troubles mentaux (thymique, anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité)

# Evolution selon le DSM-5

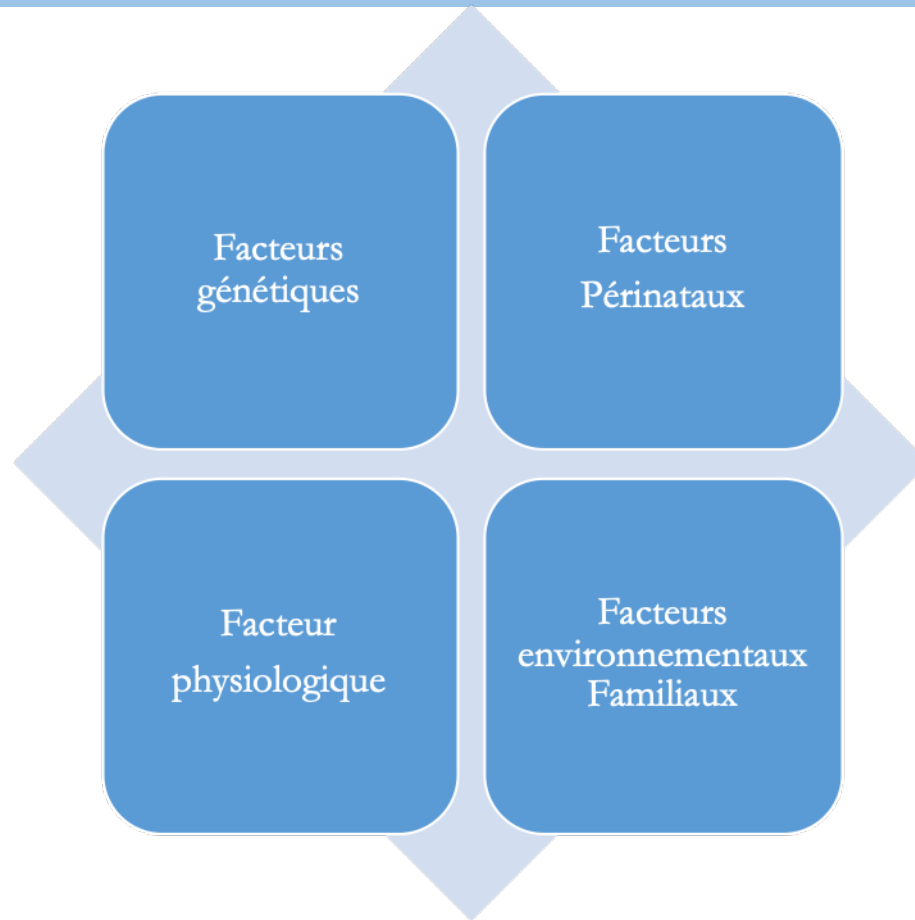
- Un trouble neurodéveloppemental (importance de la neurobiologie et du neurodéveloppement)
- Le DSM-5 reprend les deux listes de symptômes correspondant au trouble de l'attention et à l'hyperactivité-impulsivité car les conséquences sont différentes :
  - Attention: répercussion scolaire
  - Hyperactivité-impulsivité: répercussions comportementales à l'école avec risque d'exclusion et au moment de l'adolescence des conduites antisociales (alcool et substances)

- Retard ou absence de diagnostic : possible aggravation des conséquences **psychologiques** (faible estime de soi...), **scolaires** (exclusion...), **familiales** (conflits) et **sociales** (difficultés relationnelles, transgression des règles).

# EPIDEMIOLOGIE

Etiologie du TDAH  
Prévalence du TDAH  
Comorbidités

# ETIOLOGIE DU TDAH



# Facteurs génétiques

- 25% des pères ayant un enfant TDA/H le sont également, entre 17 et 25% pour les mères, 30% pour les frères et sœurs
- Globalement le pourcentage d'héritabilité serait entre 70 et 90%
- Taux de concordance plus élevés chez les jumeaux monozygotes (75 %) que chez les dizygotes (25 %)
- Etudes sur les enfants adoptés, montrent que les symptômes retrouvés chez l'enfant sont ceux également retrouvés chez le parent biologique et non adoptif
- Plusieurs gènes candidats sont à l'étude, ceux responsables de la production, de la réception et de la recapture de la dopamine, sérotonine, et noradrénaline.




# Facteurs pré- et périnataux :

Parmi les plus régulièrement incriminés figurent

- l'anoxie néonatale
- l'exposition *in utero* à l'alcool, au plomb, au tabac
- le retard de croissance intra-utérin
- malnutrition au cours des premiers mois de vie

# Facteurs environnementaux, familiaux

- Insuffisance ou mauvaise responsabilité parentale
- Facteurs socio-économiques
- Manque d'exercice
- Trop de télévision



Les facteurs psycho sociaux ne créent pas un TDAH mais peuvent moduler l'expression et l'évolution des symptômes

# Prevalence et comorbidites

## Prévalence

- TDAH, trouble le plus fréquemment diagnostiqué auprès des enfants d'âge scolaire.
- La prévalence estimée environ 5,29% chez enfants et adolescents (Polanczyk, 2007)
- Le sex-ratio : entre 2 et 4 garçons pour 1 fille (inattention)
- Plus élevé chez les enfants que les adolescents

## Comorbidités

- Trouble oppositionnel (50%) ou trouble des conduites (20%)
- Troubles anxieux (25%)
- Troubles dépressifs (10 à 40 %)
- Troubles du sommeil (30 à 50 %)
- Troubles spécifiques des apprentissages 30 à 50%
  - Trouble de la lecture (25-40%)
  - TAC (dyspraxie)
  - Retard de langage (30%)

# PRISE EN CHARGE

La prise en charge est multimodale

# Prise en charge psycho-comportementale

## Psychoéducation

- A la suite du bilan diagnostique, délivrer une information sur le trouble à la famille et l'enfant
- Information sur le trouble, les répercussions du trouble dans tous les domaines de vie de la personne
- Informer sur les offres de soin
- Donner des outils aux parents pour gérer les difficultés de comportement

# PEC à destination des parents

## Guidance parentale sur les manifestations du TDAH, les réponses parentales et la modification à apporter

### Manifestations de l'enfant :

- Intolérance à la frustration
- Comportement opposant, désobéissant voire agressif
- Instabilité émotionnelle, imprévisibilité
- Insensibilité aux récompenses différées et/ou aux punitions
- Devoirs éprouvants
- Difficultés pour accomplir tâches de la vie quotidienne simples

### Les réponses parentales :

- Adaptation permanente
- Renoncement aux valeurs et principes éducatifs
- Sentiment d'impuissance
- Augmentation du stress
- Mise en place d'un système éducatif soit laxiste soit coercitif (perte des repères..), contreproductif
- Recours aux punitions physiques fréquentes (Barkley, 2005)



# Programme de groupe pour les parents Barkley

- Séances de groupe
- Un/deux animateurs
- 8 séances

## Principes :

- Analyse des comportements, identification des comportements problèmes et de leurs conséquences
- Renforcements positifs des comportements adaptés
- Ignorance des comportements négatifs
- Formulation de demandes avec examen des conséquences
- Récompense et utilisations de systèmes de points

Possibilité de l'adapter en individuel

# PEC pour les enfants

- Proposer une alternative différente/complémentaire au traitement médicamenteux
- Donner une information aux enfants sur leurs difficultés attentionnelles et/ou comportementales
- Renforcer leurs compétences attentionnelles (différentes modalités)
- Réduire l'hyperactivité et améliorer les capacités d'autorégulation
- Renforcer leur motivation en les valorisant
- Élargir ces apprentissages aux différents environnements (partenariat avec parents/enseignants)
- Développer les habiletés sociales



# PEC école

- Place centrale dans la vie de l'enfant
- La collectivité exacerbe généralement les symptômes du TDAH = adaptation scolaire difficile
- Retentissement du trouble se révèle pleinement : enfant confronté à des exigences de stabilité, d'écoute passive, d'organisation
- Enfants TDAH susceptibles d'y vivre des expériences difficiles : risques de recourir à des stratégies d'opposition et de refus des apprentissages
- Interactions entre les parents et l'école peuvent être conflictuelles : intervention et expérience des professionnels peuvent aider à développer une approche plus constructive et des aménagements concrets dans la scolarité

# Aménagements scolaires

- Parfois, des mesures simples sont suffisantes :
  - aménager l'environnement
  - permettre à l'enfant de se lever pour accomplir une activité précise
  - valoriser les progrès
  - aider à l'organisation du travail par la supervision et l'instauration de routines...
- Dans d'autres situations, des aménagements plus importants sont nécessaires :
  - aides par le réseau d'aide scolaire
  - rencontres avec les enseignants
  - projets d'intégration...

Eviter que ne s'installent des complications (vécu d'échec, perte d'estime de soi, comportements oppositionnels, comportements de prise de risque...).

# Prise en charge Médicamenteuse : Métylphénidate

- La dopamine - messenger chimique dont l'un des rôles est de fixer l'attention - serait à la fois **sécrétée** en plus faible quantité par les neurones, et moins bien captée par les **récepteurs neuronaux**, du fait d'anomalies de la structure des capteurs.
  - La molécule utilisée actuellement est le méthylphénidate, c'est un inhibiteur de la recapture de la dopamine et de la noradrenaline
- C'est un précurseur amphétaminique qui agit sur le système dopaminergique de la classe des psychostimulants.

Les noms commerciaux sont :

- ✓ La Ritaline
- ✓ Le Concerta
- ✓ Le Quasym



**70 %** des enfants TDAH largement améliorés, voire totalement améliorés, dans 3 domaines :

- **cognitif** : meilleure attention soutenue, réduction de l'impulsivité, augmentation de la qualité et de la quantité du travail scolaire
- **moteur** : retrouve un niveau d'activité comparable à celui des autres enfants de son âge
- **social** : moins coléreux, plus autonome. Réduction des comportements oppositionnels et d'agressivité. Meilleure obéissance. Meilleur contrôle de soi

La prise de méthylphénidate nécessite un bilan cardio-vasculaire et un suivi de ces fonctions.

Les parents signalent parfois un effet rebond lorsqu'il n'y a plus de molécule dans l'organisme de l'enfant.

Les effets secondaires les plus fréquents :

- Pertes d'appétit
- Difficulté de sommeil
- Céphalées
- Douleurs abdominales

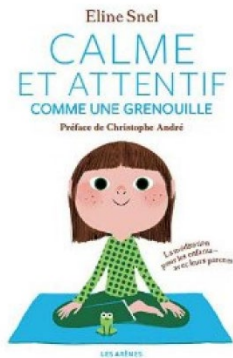
Quand on arrête la médication, les symptômes reviennent à leur états initiaux : ne « guérit » pas.

# Bibliographie

# Articles

- 1- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry* 2007;164(6):942-948.
- 2- Szatmari P, Offord DR, Boyle MH. Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with attention deficit disorder: findings from the Ontario Child Health Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1989;30(2):205-217.
- Charach, A. Enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : épidémiologie, comorbidité et évaluation. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 2010. en ligne*

# Pour les enfants

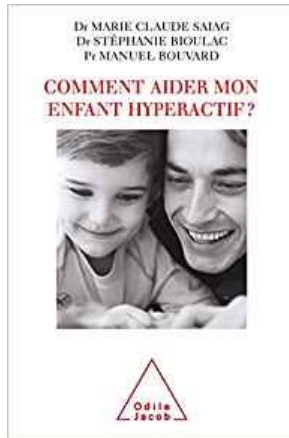




# Pour les parents



# Pour les professionnels



Merci de votre attention ...

