

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Louis VERA

# **TDA/H chez l'enfant et l'adolescent**

**Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité**

*Du diagnostic aux traitements*

DUNOD

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
	

© Dunod, 2015  
5 rue Laromiguière, 75005 Paris  
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-072764-3

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	1
<b>Chapitre 1 Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité</b>	8
Qu'est-ce que le TDA/H ?	10
Les critères diagnostiques	19
Bases physiopathologiques du TDA/H	31
Diagnostic différentiel du TDA/H	36
Diagnostic positif de TDA/H	42
Bibliographie	48
<b>Chapitre 2 TDA/H et comorbidités</b> .....	50
TDA/H et anxiété	53
TDA/H et troubles du sommeil	61
TDA/H et troubles du comportement	70
TDA/H et trouble du spectre autistique	72
Troubles spécifiques des apprentissages	78
Troubles obsessionnels compulsifs et tics	80
Troubles du comportement alimentaire	83
Bibliographie	86

<b>Chapitre 3</b>	<b>Investigations complémentaires</b> .....	88
	Hétéro et auto-questionnaires	90
	Les outils psychométriques	99
	Examens complémentaires	107
	Vignettes cliniques	114
<b>Chapitre 4</b>	<b>Le recueil de données</b> .....	124
	L'évaluation diagnostique	126
	Évaluation générale	129
	Recherche de symptômes de TDA/H	135
	Évaluation de l'impact fonctionnel	142
	Analyse des données de tiers	147
<b>Chapitre 5</b>	<b>Entretien avec le patient</b> .....	150
	Les spécificités de l'entretien	152
	L'entretien d'évaluation diagnostique	154
	Évaluer diagnostics différentiels et comorbidités	166
	Évaluer le retentissement du trouble	171
<b>Chapitre 6</b>	<b>Les traitements du TDA/H de l'enfant et de l'adolescent</b> ..	176
	Psychoéducation	179
	Thérapie comportementale et cognitive	185
	Interventions psychosociales	190
	Aménagements scolaires	198
	Entraînements cognitifs	201
	Bibliographie	203

<b>Chapitre 7</b>	<b>Synthèse et décision thérapeutique.....</b>	<b>204</b>
	Enjeux de la prise en charge	206
	Bilans complémentaires	211
	Stratégies thérapeutiques	214
	Initiation et suivi de traitement	227
	Bibliographie	237
<b>Annexes.....</b>	<b>.....</b>	<b>238</b>
	Annexe 1 : questionnaire adressé aux parents	238
	Annexe 2 : questionnaire adressé aux enseignants	245
	Annexe 3 : conduite à tenir pour les patients sous méthylphénidate	250
	Annexe 4 : courrier au médecin traitant – 1	251
	Annexe 5 : courrier au médecin traitant – 2	252
	Annexe 6 : contrat avec la maîtresse	254
	Annexe 7 : suivi des effets bénéfiques du traitement	255
	Annexe 8 : suivi des effets indésirables du traitement	256



*« Déjà, je dirais que mes pensées forment une espèce de brouhaha en “arrière-plan”, je pense toujours à plein de choses à la fois et mon idée principale est entrecoupée de pensées parasites. De ce fait, rien n’est organisé et mon esprit part sans cesse dans plein de directions à la fois.*

*Quand quelqu’un me pose une question ou me demande quelque chose, je dois me répéter plusieurs fois la phrase dans ma tête pour répondre. Je prends toujours un peu de temps parce que je dois rassembler mes pensées, me focaliser sur les mots et ne pas me laisser déconcentrer par toutes les nouvelles perspectives que m’offre la question posée.*

*Quand je lis un exercice ou un texte en classe, le texte devient très rapidement flou devant mes yeux, notamment dans les matières rébarbatives. Je passe très rapidement à des sujets totalement différents, et je vais jusqu’à oublier ce que je suis en train de faire.*

*J’ai une espèce de brouillard dans la tête, comme si une partie de mon esprit était endormie. Cette zone contamine parfois le reste et alors mes pensées ne sont plus que des bribes éparses et sans lien, je me focalise sur des détails minuscules dont je peux me souvenir des jours durant alors que je suis incapable de me focaliser sur les choses importantes qui se passent autour de moi. »*

Anne-Laure, 16 ans, TDA/H.



# Introduction

**L'**ENFANT, l'adolescent et maintenant l'adulte ayant un trouble dysfonctionnel de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) interrogent notre société. Ce trouble bien connu et décrit depuis la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, lié à un dysfonctionnement cognitif, empêche l'individu de répondre aux attentes de la société. Cette difficulté à s'adapter n'est pas nouvelle, elle était déjà évoquée dans les descriptions historiques et la société n'est nullement en cause dans la survenue de ce trouble. Mais le TDA/H nous interroge tout de même sur nos capacités à favoriser le développement harmonieux de ces enfants et adolescents en nous adaptant à notre tour.

Cet enfant qui se lève en classe, qui dit s'ennuyer à l'école et chez lui quand on ne lui propose pas d'activité stimulante, qui ne se concentre pas bien sur sa leçon d'histoire-géographie, mais parfaitement sur les aventures d'Harry Potter, qui répond du tac-o-tac même si on ne lui donne pas la parole ; cet enfant interroge ou plutôt, il dérange. Les parents, les enseignants, les médecins ont appris à valoriser le travail, les efforts et à espérer une récompense tardive. On leur a appris à s'asseoir sur une chaise et à écouter l'enseignant assurer son cours, un savoir transmissible de la bouche du professeur, des volumes de l'Encyclopaedia Universalis® ou des livres de classe. Ils ont vu arriver les jeux vidéo dans les années 70 puis internet dans les années 90. Les enfants et les adolescents que nous recevons aujourd'hui en consultation baignent dedans depuis toujours et les parents actuels s'émerveillent de voir leur enfant de 20 mois saisir leur iPhone® et faire défiler les photos. Ces enfants à qui l'on demande de rester sagement assis en classe, écouter l'enseignant dire sa leçon, l'apprendre par cœur à la maison nous interrogent sur le fonctionnement ou les dysfonctionnements de notre société.

Que répondre à l'adolescent qui nous demande à quoi bon apprendre par cœur la vie de Napoléon et ses grandes batailles alors que cette information est disponible en quelques clics sur son Smartphone ? Que devons-nous lui dire quand il nous dit s'ennuyer en classe où tout lui paraît si lent alors qu'il est habitué à recevoir un flot d'informations continu sur ses divers appareils électroniques, appareils dont nous savons qu'ils sont omniprésents et le seront encore plus demain ? Mais surtout, quelle réponse donner à ce jeune qui nous demande pourquoi l'école d'aujourd'hui le sanctionne, n'est pas capable de l'évaluer sur ses connaissances mais sur sa capacité à se plier à un mode de fonctionnement rigide. Cette société en mutation a oublié de se réinventer et de développer les outils propres à apprendre aux enfants l'essentiel dans le monde de demain : s'adapter.

Ce monde de demain, nous pouvons imaginer à quoi il ressemblera lorsque nous observons la société d'aujourd'hui et sa façon d'utiliser les nouvelles technologies : un email ne recevant pas de réponse rapide est suivi d'un deuxième email qui transfère le premier en pièce jointe. Le message est clair : si l'email est resté sans réponse, c'est que nous ne savons pas nous adapter à l'attente de l'autre, il nous rappelle qu'il attend une réponse rapide et nous interroge sur notre capacité à utiliser ces outils de manière appropriée, c'est-à-dire intégrer un flot continu d'informations entrantes et le gérer en temps réel. Nous n'en sommes pas capables lorsque nous sommes occupés à autre chose, car des barrières nous protègent des « distractions » environnantes et écartent celles jugées non utiles à la réalisation ou à la poursuite de la tâche en cours. Ces barrières ce sont celles que nous avons mises en place, en mettant un casque antibruit, en éteignant l'ordinateur, en mettant notre téléphone portable en veille ; il existe aussi une barrière qui fonctionne automatiquement, sans que nous en ayons conscience : elle reçoit les informations sensorielles entrantes, les analyse et écarte celles qui ne sont pas pertinentes. Cette barrière c'est ce que nous appelons l'attention, un mécanisme de veille qui nous permet de fonctionner en réalisant une tâche à la fois, voire deux, sans nous laisser distraire par notre environnement ou nos propres pensées.

Cet environnement constitue un flot d'informations sensorielles permanent, nous n'exerçons aucun contrôle sur lui et devons composer avec lorsque nous conduisons une voiture. Conduire signifie ne pas se laisser distraire par les panneaux publicitaires, la conversation téléphonique du copilote qui a été délesté de sa fonction par le GPS, rester alerte aux panneaux indicateurs, au vrombissement d'une moto qui dépasse par la droite. Notre attention juge le panneau publicitaire non pertinent, mais nous permet de rester alertes aux informations pertinentes (panneaux) et à un potentiel danger (moto). Ainsi, un individu ayant un TDA/H est en difficulté dans cette situation où il ne doit pas se laisser distraire par son environnement ou ses pensées et prêter attention aux dangers potentiels ; tous ces signaux ont la même valeur pour lui et il doit lutter activement pour rester concentré sur la route. Dans le monde de demain, la voiture autonome se conduira seule et notre individu pourra réaliser une autre tâche que conduire pendant le trajet qui le relie d'un point A à un point B.

Dans ce futur proche, les métiers que l'on enseigne à nos élèves auront disparu en grande partie et ils devront s'adapter rapidement à un monde changeant sans cesse face à l'avènement des nouvelles technologies. Ils auront accès à une quantité incroyable de connaissances grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication et seront assaillis d'un flot continu de notifications et non plus de messages. Fini les messages, nous voici dans l'ère de la notification. Le paysan de demain surveillera, depuis sa tablette connectée, les automates traire les vaches, les nourrir, recevra des informations sur la qualité de l'herbe et déclenchera à distance le robot qui ira faire la récolte ; ses drones lui enverront des bandes vidéo en temps réel afin de surveiller son exploitation. Avec son casque de réalité virtuelle, il ira à la rencontre des profils virtuels de femmes célibataires, à

la recherche de l'amour qu'il attend encore. L'individu TDA/H peut gérer ces flots continus d'informations et aller d'une tâche à l'autre au gré des notifications qu'il reçoit, il peut se distraire en même temps avec de la musique.

Et si finalement, alors que nous n'arrivons pas à satisfaire leur soif de stimulations, combler leur ennui, les intéresser en écrivant sur un tableau noir une équation différentielle, alors que nous nous interrogeons sur leur difficulté à réaliser ces tâches que nous avons tous réalisées à leur âge ; nous avons face à nous l'être le plus adapté au monde de demain ?

Aider les individus atteints de trouble dysfonctionnel de l'attention, c'est accepter de remettre ses connaissances en question chaque jour, qu'il soit dédié à la consultation ou à une réunion scientifique. Accompagner ces patients, c'est se confronter à des enfants, adolescents et/ou adultes qui ont accès à la connaissance comme jamais auparavant. C'est faire face à des questions auxquelles nous n'avons pas toujours « la » réponse et tourner cette impuissance à notre avantage, en s'en servant comme d'un moteur qui nous pousse à aller plus loin dans la connaissance. C'est aussi être confronté à des patients qui ne nous sont pas acquis, qu'il va falloir convaincre de faire alliance avec nous et avec d'autres (une équipe), pour aller mieux. Les convaincre, tout en leur disant que le parcours va être long, que le mieux-être et les améliorations attendues ne seront pas immédiats ; que le temps du cerveau n'est pas celui d'un ordinateur dont nous pouvons changer la mémoire vive en deux minutes à l'aide d'un tournevis. Car, nous ne travaillons pas sur une aire, une fonction cérébrale avec « un » traitement ou « une » rééducation, mais sur un ensemble de fonctions interconnectées qui nécessitent plusieurs outils et du temps. Souvent bien plus de temps que le patient et sa famille n'étaient disposés à nous en accorder au début de l'histoire que nous allons vivre avec eux.

Cet enfant qui présente un trouble, qui nous interroge sur notre vision même de la normalité dans un monde en perpétuel mouvement, il va bien falloir l'accompagner, l'aider dans son parcours au sein d'une société qui a du mal à s'adapter à lui. La première interrogation est donc de savoir quel objectif nous allons nous donner en accompagnant cet individu qui nous dit être bête parce qu'il ne répond pas aux attentes de la société. Cet individu dont on dit qu'il n'est pas capable de rester « sagement assis », de se « motiver à travailler », mais de le faire pour regarder des vidéos inintéressantes sur YouTube. Cet adolescent de 14 ans qui, pendant qu'il se fait sermonner sur son dernier bulletin scolaire, a appris les rudiments de la langue cyrillique sur YouTube pour draguer une beauté venue de l'Est, beauté qu'il a repérée sur la page Facebook d'un ami. Il promet qu'il fera des efforts pour mieux préparer ses évaluations à venir, car il n'est pas de mauvaise volonté et il travaille souvent durant plusieurs heures avant un devoir sur table notre adolescent dont on dit qu'il n'apprend pas ses leçons et que s'il faisait un effort de concentration ses notes seraient meilleures. Il crie à l'injustice, mais on lui répond qu'il arrive bien à se concentrer sur ses jeux vidéo et ses matchs de tennis et qu'il doit faire un effort sinon il n'aura plus de téléphone portable ni d'accès à l'ordinateur. Il en a pourtant fait des efforts, il a assisté à

un stage de méthodologie où il a appris qu'il devait travailler une leçon au moins 4 fois pour la connaître, il n'a pas osé dire qu'au bout de 4 lectures il ne la comprenait toujours pas, car il lit souvent en ne pensant à rien. Il a décidé en début d'année de faire plaisir à son entourage en se comportant bien et en travaillant d'arrache-pied pour obtenir de bons résultats ; son premier trimestre a été bon, mais il était épuisé et n'a pas pu tenir le rythme tout au long de l'année. Il se souvient de ce sentiment d'injustice, de douleur, qui l'a envahi comme un coup de poignard en entendant ses parents dire qu'il « se repose sur ses lauriers dès qu'on l'encourage », il a retenu ses larmes et a hurlé « vous ne me félicitez jamais quand j'ai une bonne note, mais vous ne laissez jamais passer une mauvaise note ! », puis il est parti tout casser sur son bureau ne sachant pas comment se calmer.

Nous le tenons notre objectif : il faut l'aider à retrouver une bonne estime de soi, l'aider à réussir malgré les difficultés qui se posent à lui, car de cette réussite dépend l'image que va lui renvoyer la société, image qui influence grandement la vision qu'il a de lui-même. Pour y parvenir, nous allons devoir lui donner les outils dont il a besoin pour s'adapter à cette manière, si peu intuitive à ses yeux, d'apprendre. Au passage, nous devons lui expliquer pourquoi il est freiné dans sa réussite alors que tout le monde dit qu'il est intelligent, le stimuler à s'intéresser de nouveau, à intégrer la notion de plaisir retardé en plus de celle du plaisir immédiat. Il faudra dissiper les malentendus dont il a tant souffert, reléguer certains mots au placard : paresseux, fainéant, pas sage, manquant de motivation, mal élevé, bon à faire des bêtises uniquement. Les parents et les enseignants seront informés des difficultés et ils apprendront à encourager cet enfant qui apprend beaucoup mieux quand on le récompense que quand on le menace ou le punit. L'objectif principal c'est de l'aider à acquérir une bonne estime de soi, une meilleure qualité de vie. Il faut donc l'aider à survivre dans cette jungle, peu intuitive pour lui, où il faut ranger ses clés au même endroit pour ne pas les égarer, donner la priorité à cette tâche afin de ne pas devoir payer le énième trousseau de clés avec son argent de poche, prévoir 10 jours à l'avance l'interro d'histoire parce qu'il paraît qu'il faut apprendre son cours plusieurs fois pour le retenir alors que le Smartphone fait ça en moins d'une seconde. Il faut aider les parents à comprendre ce qu'il se passe afin qu'ils deviennent nos alliés et nous aident à constituer une équipe solide autour de leur enfant avec l'aide des enseignants et de plusieurs professionnels de santé.

Une autre tâche qui nous incombe, et non des moindres, est de l'aider à faire la différence entre connaissance et accès à la connaissance. En effet, ce mode superficiel de traitement de l'information, par le biais de notification ou d'accès immédiat ne signifie pas maîtriser une notion. Pour connaître, il ne suffit pas d'avoir accès rapidement à l'information, mais d'avoir approfondi le sujet, de s'y être intéressé pendant un certain temps, d'avoir eu accès à diverses sources d'informations et d'avoir une lecture critique. Il y a un véritable plaisir à apprendre et à maîtriser un sujet, mais cela nécessite de s'investir, d'anticiper, d'imaginer le plaisir à venir. C'est cela, aussi, qu'il faut transmettre à l'individu TDA/H, se projeter dans l'avenir et être capable de retarder le moment de la récompense. Ils en sont capables quand

ils sont traités et disent le plaisir à comprendre une leçon, à pouvoir imaginer pourquoi un élève pose telle ou telle question.

Ce trouble que nous commençons à peine à mieux appréhender au niveau médical nous pose finalement plus de questions que nous n'avons de réponses, le brouillard se dissipe peu à peu et même si de vieilles croyances ont la dent dure, ce qui était conçu comme étant un trouble comportemental est maintenant mieux défini comme un trouble cognitif.

Ces dernières années, on constate une demande croissante de demandes de prises en charge pour des problématiques d'attention chez l'enfant et l'adolescent, qu'il s'agisse de trouble dysfonctionnel de l'attention avec ou sans hyperactivité ou non. Cette augmentation témoigne d'une prise de conscience collective : « et si l'enfant qui échoue en classe était plus qu'un simple paresseux ? Et si la gêne était réelle et non feinte ? » Devant ce nombre croissant de demandes de consultation et de diagnostics de TDA/H, certains se demandent s'il s'agit d'un trouble à la mode, ou la nouvelle excuse pour ne pas dire qu'il est tout simplement mal élevé. Les médecins, psychologues, neuropsychologues, radiologues et autres assisteraient donc à un défilé de patients qu'ils habilleraient de diagnostics nouveaux au gré des saisons, courant après le dernier trouble « tendance » pour tromper leur ennui sans doute. Le TDA/H est pourtant un trouble extrêmement bien documenté, plus que beaucoup d'autres troubles psychiques ; son impact sur le plan scolaire, familial et social parfois très invalidant et l'amélioration considérable avec une prise en charge adaptée le sont également. Ce trouble est l'un des plus étudiés chez l'enfant et l'adolescent dans la littérature internationale, le traitement le plus prescrit pour aider ces patients, l'est également.

Nous assistons depuis les années 2000 à un formidable bond en avant dans le degré de compréhension que nous avons de ce trouble, reléguant la fameuse hyperactivité au rang de symptôme qui n'est pas nécessaire au diagnostic. Notre compréhension de ce trouble met en évidence la place centrale du déficit de fonctions exécutives dans le trouble dysfonctionnel de l'attention. Dans cet ouvrage, seront utilisés indifféremment les termes de trouble attentionnel ou de trouble dysfonctionnel de l'attention, plus que d'hyperactivité. Bien plus qu'un problème moteur, il s'agit d'un trouble cognitif qu'il faut apprendre à évaluer consciencieusement afin de ne pas le prendre en charge partiellement. En effet, le TDA/H est un trouble très fréquemment associé à d'autres pathologies ou troubles mentaux, il l'est dans plus de deux tiers des cas. Il est donc capital d'apprendre à reconnaître et traiter les comorbidités et le TDA/H dans une séquence claire afin de donner les meilleures chances à nos patients.

Cet ouvrage se propose d'apprendre à accompagner ces patients, de la suspicion diagnostique à la prise en charge thérapeutique. Ce trouble, bien documenté, peut se présenter sous mille visages différents, autant de facettes cliniques que de comorbidités et de facteurs de compensation que nous allons étudier ensemble.

Au travers des sept chapitres de cet ouvrage, nous verrons comment diagnostiquer ce trouble ainsi que ses comorbidités les plus fréquentes, les aspects cliniques des différentes formes de trouble attentionnel et la prise en charge multimodale telle que préconisée par la littérature scientifique.

- *Le premier chapitre* aborde les symptômes cardinaux du TDA/H que sont le manque d'attention, l'impulsivité et l'agitation. En lien avec l'évolution des connaissances sur ce trouble, nous y ajoutons les difficultés d'organisation.
- *Le deuxième chapitre* aborde les visages que peut prendre le TDA/H lorsqu'il s'accompagne d'un trouble comorbide. Les formes habituelles du trouble prennent alors une allure différente et il ne faut pas s'interdire d'évoquer le trouble attentionnel devant une forme peu classique.
- *Le troisième chapitre* aborde les bilans que nous pouvons être amenés à demander dans le cadre de l'évaluation diagnostique et de la détermination de la stratégie thérapeutique pour notre patient
- *Le quatrième chapitre* traite du recueil anamnestique, préambule obligatoire à l'entretien avec le patient. L'entretien parental est détaillé, ainsi que le recueil d'information auprès des tiers.
- *Le cinquième chapitre* traite du déroulement et du contenu de l'entretien avec le patient, enfant ou adolescent. Cet entretien est tout à fait particulier et d'une importance capitale, il permettra d'amorcer une alliance thérapeutique nécessaire pour la suite.
- *Le sixième chapitre* détaille les traitements non médicamenteux que nous pouvons proposer dans la prise en charge du TDA/H.
- *Le septième chapitre* traite de la synthèse des données recueillies lors de l'évaluation diagnostique et thérapeutique et propose des lignes de conduite simples dans les différents cas de figure possibles.

À titre didactique, de nombreuses définitions, de larges illustrations cliniques et des résumés de synthèse se succèdent tout le long de la lecture.

Ce livre, destiné aux psychothérapeutes sensibilisés ou non aux TCC, aux médecins, aux soignants, aux étudiants en sciences sociales, intéressera également les familles et les patients qui souhaitent mieux connaître le TDA/H et sa prise en charge globale.



# Chapitre 1

## **Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité**

Qu'est-ce que le TDA/H ? .....	<b>10</b>
Un problème de santé publique .....	12
Le concept d'attention .....	15
Quelques idées reçues sur le TDA/H .....	16
Les critères diagnostiques .....	<b>19</b>
Évolution des critères .....	19
Le défaut de contrôle attentionnel .....	22
L'impulsivité .....	24
L'agitation .....	25
Les difficultés d'organisation .....	27
L'impact fonctionnel .....	29
Bases physiopathologiques du TDA/H .....	<b>31</b>
Les fonctions exécutives .....	31
Bases neurobiologiques .....	34
Apports de l'imagerie cérébrale .....	35
Diagnostic différentiel du TDA/H .....	<b>36</b>
Les troubles anxieux .....	36
Les troubles de l'humeur .....	39
Le haut potentiel .....	41
Diagnostic positif de TDA/H .....	<b>42</b>
Un diagnostic clinique .....	42
Présentations cliniques .....	43
Évolution clinique naturelle .....	45
Bibliographie .....	<b>48</b>

### OBJECTIFS

- Mieux comprendre ce trouble complexe
- Appréhender les nouveaux modèles cognitifs
- Dépasser la vision symptomatique pour cerner la problématique sous-jacente
- Décrypter les fausses croyances

## QU'EST-CE QUE LE TDA/H ?

Le trouble dysfonctionnel de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est un trouble neuro-développemental qui entraîne une perturbation du fonctionnement cognitif, il s'accompagne de perturbations comportementales et émotionnelles. Ce trouble est chronique, complexe, il est responsable d'un retentissement fonctionnel dans la vie scolaire, sociale et familiale.

Ces deux dernières décennies nous ont permis de mieux comprendre ce trouble grâce au développement des neurosciences, aux apports de l'imagerie fonctionnelle et aux modèles cognitifs sur le dysfonctionnement exécutif qui accompagne le TDA/H.

On évoque le diagnostic de trouble dysfonctionnel de l'attention avec ou sans hyperactivité sur la présence des symptômes cardinaux suivants :

- dysfonctionnement de l'attention,
- impulsivité,
- agitation.

Il est préférable de parler de dysfonctionnement de l'attention ou de trouble du contrôle attentionnel plutôt que de déficit d'attention, car ces individus sont capables de se concentrer sur une tâche.

Ainsi, le diagnostic ne doit jamais être écarté parce que le patient que nous examinons peut rester concentré pendant un temps long sur une tâche qu'il apprécie, « mais enfin, il ne peut pas avoir un TDA/H, il se concentre pendant plusieurs heures sur ses jeux vidéo ! ». De nombreux facteurs peuvent influencer positivement ou négativement leur contrôle attentionnel à un instant *t*.

La chronicité et la présence d'un impact fonctionnel sont des éléments indispensables au diagnostic, ceci pour la simple raison que ces symptômes ne sont absolument pas spécifiques du TDA/H. Nous pouvons tous avoir, de temps à autre, du mal à rester concentrés sur une tâche, oublier nos clés, réagir de façon disproportionnée dans une situation

émotionnellement chargée. Pour parler de trouble, il faut que ces symptômes soient particulièrement importants, fréquents et entraînent une gêne conséquente dans le quotidien de l'individu. L'impact fonctionnel n'est donc pas toujours apparent dès le début et peut varier avec le temps.

Un élément majeur du diagnostic est la présence de difficultés d'organisation sur lesquelles nous reviendrons plus loin dans cet ouvrage. Alors que les symptômes d'agitation et d'impulsivité ont tendance à diminuer au cours du temps, ce sont les difficultés à s'organiser qui vont commencer à poser de plus en plus problème.

### Les symptômes cardinaux du TDA/H

- Défaut de contrôle attentionnel.
- Impulsivité : comportementale, cognitive, alimentaire.
- Agitation, qu'elle soit physique ou psychique.
- Difficultés d'organisation.
- La présence de ces symptômes entraîne un impact fonctionnel : scolaire, familial et/ou social.
- Les symptômes sont chroniques, c'est-à-dire qu'ils évoluent depuis au moins six mois.

Le TDA/H est un trouble qui peut se présenter sous de nombreuses formes cliniques, parfois trompeuses. La variabilité symptomatique dépend de nombreux facteurs, dont les comorbidités associées et des facteurs de compensation ; nous reviendrons sur cette variabilité dans l'ouvrage.

L'observation de familles, où l'on repère plusieurs cas de plainte attentionnelle, nous montre la variabilité des présentations cliniques et la présence de symptômes similaires chez d'autres membres n'ayant pas d'impact fonctionnel et donc pas de TDA/H. Finalement, on pourrait parler de spectre de trouble attentionnel allant de l'absence de trouble, en passant par l'absence de retentissement fonctionnel chez une personne singulièrement étourdie, l'enfant TDA/H étant à un extrême quantitatif des symptômes qui peuvent toucher toute la population.

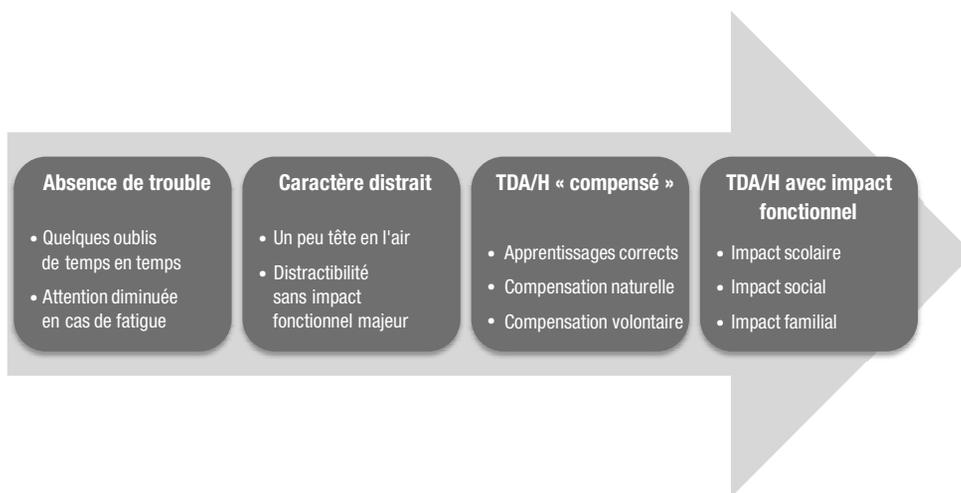


Figure 1.1. Le spectre de trouble dysfonctionnel de l'attention

## Un problème de santé publique

### Le TDA/H et la société

- Un trouble qui touche environ 5 % de la population générale : environ 1 enfant par classe.
- Un caractère familial frappant au niveau clinique et largement documenté. Un risque 6 fois plus élevé pour les apparentés d'un jeune ayant un TDA/H.
- Un enjeu de santé publique par l'impact fonctionnel (social, familial et scolaire) qu'il peut avoir.
- Des risques liés à l'abus de substances (tabac, drogues).
- Le coût de l'échec scolaire sur la société.
- Le coût des congés parentaux pour enfants malades (consultations, évictions scolaires).
- Un trouble qui peut être traité avec 80 % de réponses positives : amélioration de la qualité de vie, diminution de l'impact et risques pour la santé (accidents, tabac, drogues, criminalité).

Ce trouble touche une large population d'enfants, adolescents et adultes de par le monde ; les études épidémiologiques estiment qu'il touche environ 5 % des enfants en âge scolaire et 4,5 % des adultes.

## 1 • Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

- Le **caractère familial** de ce trouble est très fort avec une prévalence très importante chez les apparentés à un enfant TDA/H : 25 % des enfants ont un parent atteint et plus de 50 % des adultes ayant un TDA/H ont un enfant touché. Ainsi, il est recommandé de systématiquement le dépister chez les parents de notre patient du fait des potentielles conséquences négatives sur la prise en charge (oublis de rendez-vous, de traitement, inconsistance éducative).
- Le **caractère héréditaire** joue un rôle important en tant que *facteur de vulnérabilité* au trouble, des facteurs environnementaux vont contribuer de façon notable à son développement. Les facteurs de risque connus sont : consommation d'alcool et/ou tabac pendant la grossesse, faible poids de naissance, complication pré ou postnatale. Les symptômes de trouble attentionnel sont plus fréquents dans les familles monoparentales, les familles où les parents ont été peu scolarisés, les parents au chômage ou aux revenus peu élevés.

Tableau 1.1. Facteurs de risque

Héritabilité	Environnement
Risque x 3-5 chez les apparentés au 1 <sup>er</sup> degré	Exposition in-utéro au tabac, à l'alcool, autres substances psychoactives
Variations alléliques de gènes codant les récepteurs (DRD4, DRD5) à la dopamine et le transporteur (DAT1)	Complications obstétricales pré et périnatales, prématurité, faible poids de naissance, stress et carences alimentaires maternelles
Autres variations identifiées : récepteurs DRD1 et 5-HT	Faible poids de naissance
X-Fragile	Lésions cérébrales acquises (traumatisme crânien, post-encéphalitique)
Susceptibilité génétique partagée avec les troubles spécifiques de la communication et les troubles de la lecture	Facteurs démographiques : classe socio-économique inversement corrélée

Le **coût socio-économique** du TDA/H sur les familles et la société est loin d'être négligeable :

- accès aux soins (centres référents débordés, éloignement géographique) ;
- prise en charge par des professionnels de santé non remboursés par l'assurance-maladie (psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes) ;
- programmes de remédiation cognitive non remboursés ;
- inscription en école privée, en internat, soutien scolaire à domicile ;
- rachat de crayons, livres, téléphones portables, bonnets, et divers objets égarés ou grignotés (crayons, manches ou cols de chemises) ;

- système de soins : accidents plus fréquents, consommation ou abus de substances (tabac, alcool, stupéfiant), traitements médicamenteux, suivi médical ;
- société : échec scolaire, redoublements, risque plus élevé de délits.

Une étude historique (Klein, 2012), conduite sur 33 ans, a comparé le devenir de 207 garçons TDA/H âgés de 6 à 12 ans avec des garçons sans trouble. Cette étude observationnelle (aucune prise en charge) a permis de mettre en évidence les risques liés à un TDA/H non traité aux niveaux scolaire, fonctionnel, social, des conduites à risque et psychopathologique. L'impact éducatif est fort avec un taux significativement plus élevé d'adolescents n'allant pas au terme des études secondaires ; leurs études sont moins longues, ils sont beaucoup moins à faire des études supérieures. On note un taux de conduites délictueuses plus important avec un risque significativement plus élevé d'incarcérations à l'âge adulte, plus de décès avant l'âge de 41 ans (dernier entretien de suivi). Si le taux de chômage est plus élevé, en revanche la stabilité de l'emploi est identique entre l'échantillon témoin et celui des patients diagnostiqués TDA/H dans l'enfance. En contradiction avec d'autres études, on ne retrouve pas une prévalence significativement plus élevée de troubles de l'humeur ou troubles anxieux.

## Impact chronique du TDA/H

Impact éducatif	Impact fonctionnel	Impact social
<p>Études plus courtes (2,5 ans de moins)</p> <p>30 % ne vont pas au terme du secondaire (4% des témoins)</p> <p>4 % font des études supérieures (29 % des témoins)</p> <p>Réussite professionnelle inférieure</p>	<p>Taux de chômage plus élevé</p> <p>Incarcérations plus fréquentes</p> <p>Dépendance au tabac</p> <p>Abus de substances</p> <p>Conduites antisociales plus fréquentes (lien avec abus de substances)</p>	<p>Plus de divorces</p> <p>Qualité des relations sociales diminuée (vs témoins)</p> <p>Revenus moins élevés</p>

Figure 1.2. Devenir au long terme d'un TDAH sans traitement

## Le concept d'attention

L'attention est un système de régulation permanent qui reçoit, traite les stimuli externes ou internes et sélectionne le stimulus pertinent en lien avec la tâche. Ainsi, elle nous permet de rester focalisés sur la tâche en éliminant les distracteurs : on parle de filtre attentionnel.

Le *système attentionnel* est un système de contrôle, de filtre, qui fonctionne en permanence de manière *automatique*, il est intimement lié à l'état d'éveil de la personne. Le fait de se concentrer est un mécanisme volontaire, il implique un désir chez la personne de diriger son attention vers une tâche, ce processus demande un effort, il n'est pas automatique. Le filtre attentionnel permet de rester concentré sur la tâche, que l'individu a décidé de réaliser, sans être distrait par des stimuli quelconques. *Le fait d'être attentif est la résultante de la sélection automatique du stimulus pertinent en lien avec la tâche que le sujet s'est donné.*

Nous sommes en permanence sollicités par des stimuli environnementaux ; or afin de mener une tâche à son terme, nous devons rester focalisés sur celle-ci sans nous laisser distraire. L'attention joue le rôle primordial de filtre qui écarte les stimuli non pertinents et les empêche de parvenir à la conscience, de nous distraire de la tâche.

Les **distracteurs** sont de plusieurs sortes :

- *Externes* : stimuli environnementaux de type auditifs et visuels.
- *Internes* : préoccupations, pensées de tout ordre.

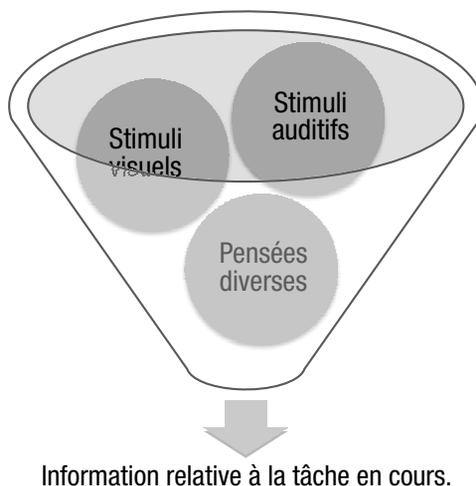


Figure 1.3. Sélection des informations pertinentes

Il existe plusieurs types d'**attention** :

- **Attention sélective ou focalisée** : capacité qu'une personne a de sélectionner un stimulus environnemental parmi d'autres, consciemment ou non, comme le centre de son attention.
- **Attention soutenue** : intimement liée à l'attention sélective, permettant de rester concentré sur le stimulus sélectionné pendant un temps plus ou moins long.
- **Attention partagée** : capacité de traiter simultanément deux ou plusieurs informations, permet de réaliser deux tâches avec succès de façon concomitante.

L'attention n'étant pas complètement déficitaire chez les patients TDA/H, il semble plus logique de parler de trouble dysfonctionnel de l'attention. En effet, il leur est parfaitement possible de rester concentré sur certaines tâches.

## Quelques idées reçues sur le TDA/H

### Idées reçues sur le TDA/H

- Il n'y a pas de TDA/H si l'enfant n'est pas agité.
- Si l'enfant arrive à se concentrer sur certaines tâches alors il ne peut avoir un TDA/H.
- Un enfant qui regarde la télévision pendant des heures n'a pas de TDA/H.
- Un enfant qui lit pendant des heures ne peut pas avoir de TDA/H.
- Il s'agit d'un problème d'éducation.
- Il y a toujours un trouble des apprentissages en cas de TDA/H.
- Les enfants TDA/H échouent tous à l'école.
- Il s'agit d'une maladie nouvelle causée par les nouvelles technologies de l'information et de la communication.
- C'est un trouble qui guérit à l'âge adulte.
- On ne peut suivre des études puis avoir un travail normal avec un TDA/H.

• « *Il n'y a pas de TDA/H si l'enfant n'est pas agité* ». Tous les individus TDA/H ne sont pas agités, certains le sont discrètement, d'autres sont des piles électriques.

• « *Si l'enfant arrive à se concentrer sur certaines tâches alors il ne peut avoir un TDA/H* ». Le dysfonctionnement attentionnel est situation dépendant et l'attention peut être fortement stimulée en cas de stress (préparer une évaluation à la dernière minute), d'intérêt particulier (enseignant ou matière que l'élève apprécie), ou devant un écran.

## 1 • Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

- « *Il s'agit d'un problème d'éducation* ». Combien de parents se disent honteux lorsque leur enfant fait une crise de nerfs en public, et ont peur de passer pour de mauvais parents ; les bons conseils de l'entourage renforcent cette culpabilité. L'éducation n'est pas un facteur causal, mais peut être facteur de maintien en cas de contre-attitude parentale.
- « *Il y a toujours un trouble des apprentissages en cas de TDA/H* ». Le TDA/H est associé dans environ 40 % des cas à un trouble spécifique des apprentissages. Ils peuvent avoir des difficultés non spécifiques, mais certains n'ont aucune difficulté dans les apprentissages.
- « *Il s'agit d'une maladie nouvelle causée par les nouvelles technologies* ». Les écrans sont de plus en plus présents dans notre société, mais ils sont un facteur d'aggravation et non un facteur causal. Lorsque l'on coupe ces distracteurs, l'enfant sans TDA/H va au bout de sa tâche sans se laisser perturber. L'enfant TDA/H n'arrive pas à maintenir une attention correcte bien que les facteurs de distraction aient été éliminés.
- « *C'est un trouble qui guérit à l'âge adulte* ». Le TDA/H débute le plus souvent dans l'enfance et se poursuit jusqu'à l'adolescence dans la plupart des cas. On estime que dans plus de 60 % des cas il persiste à l'âge adulte. Plus que d'âge d'apparition ou de disparition du trouble, il faudrait parler d'âge d'expression des symptômes.
- « *On ne peut suivre des études puis avoir un travail normal avec un TDA/H* ». Le retentissement du trouble attentionnel est variable en fonction de plusieurs facteurs : intelligence du sujet, association à un trouble comorbide, qualité des aménagements mis en place, précocité du diagnostic et de la prise en charge, entourage familial. Il est tout à fait possible d'avoir un travail comme tout en chacun en respectant certaines règles : aménager des temps de pause psychique, gérer les difficultés d'organisation.

### ***Illustration clinique de compensation de l'adolescence à l'âge adulte***

Paul, 14 ans, est suivi depuis deux ans pour un TDA/H chez un enfant à haut potentiel. Son TDA/H n'est pas accompagné de trouble des apprentissages ni d'autre comorbidité, il est pris en charge en suivi psychologique bimensuel pour une faible estime de soi et prend un traitement.

Le traitement médicamenteux a été instauré il y a deux ans pour les difficultés comportementales (agitation et impulsivité) qui avaient un retentissement social important, il était alors isolé au sein de sa classe et de moins en moins invité par ses anciens amis.

Lors d'une visite trimestrielle, son père évoque sa perte récente d'emploi (« project manager ») et les difficultés qu'il éprouve à mettre en place une stratégie efficace de recherche d'emploi. Il revient sur les difficultés d'attention qu'il a commencé à ressentir 1 an auparavant alors qu'il avait décidé d'arrêter de fumer et le lien qu'il a fait progressivement avec les difficultés d'attention de son fils.

Alors qu'il a perdu son emploi du temps depuis 6 mois, il peine à :

- mettre à jour son curriculum vitae,
- s'organiser dans la journée pour s'activer aux tâches ménagères qu'il s'est appropriées,
- trouver un temps dans la journée pour s'adonner à ses recherches d'emploi,

- parvenir à rester concentré sur la lecture des offres d'emploi,
- gérer son temps de manière efficace.

Il n'avait pas de difficultés d'organisation dans son travail, mais explique qu'aucune ne lui incombait : son assistante gérait toutes ces tâches et il dirigeait son équipe en réunion ; donnait une direction aux projets et l'équipe réalisait. Il faisait le travail qui lui plaisait de « tête pensante » et n'avait pas de tâche monotone. Il avait toutefois du mal à se concentrer en réunion depuis qu'il avait arrêté le café et la cigarette, il se levait régulièrement pour se « réveiller ».

Devant ces difficultés dont il se plaint, il est adressé en consultation à un confrère pour évaluation diagnostique. Une dépression, premier diagnostic à envisager, est écartée et le diagnostic de TDA/H est posé devant l'ancienneté des symptômes (difficultés d'attention et d'organisation durant ses études secondaires et supérieures, ses parents ont longtemps été « derrière lui ») et l'impact fonctionnel.

Plusieurs remarques sont à soulever devant cette vignette clinique :

- caféine et nicotine ont aidé à compenser en partie les difficultés attentionnelles,
- en l'absence de tâches organisationnelles, les difficultés étaient moins marquées.

### Réalité sur le TDA/H

- Trouble neuro-développemental
- La cause n'est pas éducative
- Il est possible de se concentrer sur une tâche en ayant un TDA/H
- L'attention est variable en fonction des situations, mais n'est pas déficitaire
- Le manque d'attention n'est pas dû à un manque de volonté
- Le trouble ne guérit pas spontanément à l'adolescence
- Il ne s'agit pas d'un trouble « à la mode », les connaissances évoluent, il est mieux connu et diagnostiqué
- Le TDA/H n'empêche pas de faire des études et d'avoir un travail
- Certains individus compensent naturellement le trouble
- Des aménagements environnementaux peuvent permettre de compenser en partie le trouble

## LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Le diagnostic du trouble dysfonctionnel de l'attention requiert de *temps*, la participation de l'entourage de l'enfant, puis d'une équipe *pluridisciplinaire* pour en préciser les contours.

### Évolution des critères

Le concept de TDA/H tel que nous l'appréhendons aujourd'hui est relativement récent au regard de la littérature sur le sujet ; des écrits datant de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle font évoquer ce que nous appelons encore parfois « hyperactivité ». Les critères diagnostiques ont évolué au fil du temps et des descriptions, ils ont été accompagnés dans leur évolution par les progrès des neurosciences et de l'imagerie cérébrale.

#### Évolution du concept de TDA/H

- Une des premières tentatives de caractérisation de l'attention date de 1902
- Le syndrome d'instabilité de l'enfant qui date de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle décrit des enfants ne tenant pas en place, il ne prend pas encore en compte les difficultés d'attention.
- Dans les années 1930 : hypothèse que les troubles comportementaux peuvent être causés par des lésions cérébrales acquises (traumatisme crânien sévère, encéphalite).
- Dans les années 1960 : hypothèse que les troubles comportementaux peuvent survenir en l'absence de lésion cérébrale acquise.
- Le syndrome hyperkinétique de l'enfance figure dans le DSM II (1968), l'agitation est le critère clinique majeur. Le trouble est comportemental, il survient en l'absence de lésion cérébrale acquise.
- Le DSM III (1980) prend enfin en compte le déficit attentionnel et retient trois critères diagnostiques : déficit de l'attention, impulsivité résultante du déficit attentionnel, agitation. Le déficit d'attention devient enfin le critère diagnostique majeur. Les troubles du sommeil figurent parmi les critères diagnostiques avant d'être retirés des éditions futures.
- Le DSM III R (1984) introduit l'acronyme TDA/H qu'il faut traduire par Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité.
- Le DSM IV (1994) introduit la notion de sous-types cliniques distinguant la forme inattentive, la forme mixte et la forme à prédominance agitée et impulsive.

Plus récemment, le DSM-V (APA, 2013) tranche en reconnaissant le *TDA/H de l'adulte* et la possibilité de diagnostiquer ce trouble chez l'adolescent lorsque les symptômes

apparaissent avant l'âge de 12 ans au lieu de 7 antérieurement. Une autre évolution majeure est la distinction de tableaux cliniques qui remplacent les anciens sous types, on sait pertinemment que la symptomatologie évolue avec le temps chez les sujets (agitation moins importante à l'adolescence).

On constate que ce qui était perçu comme un trouble comportemental dans les toutes premières descriptions, avec agitation et impulsivité au premier plan, est reconnu actuellement comme un trouble cognitif pour lequel les manifestations comportementales ne sont pas toujours présentes.

### Critères diagnostiques de trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité selon le DSM-V

**Présence soit de 1, soit de 2 avant l'âge de 12 ans, impact fonctionnel dans deux environnements différents ou plus (social, scolaire, familial)**

**1. Inattention : six des symptômes suivants (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et qui ne correspond pas au niveau de l'enfant**

- a) souvent, ne parviens pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses devoirs scolaires ou d'autres activités. Par exemple : mal lire une question, écrire sans s'autocorriger, remettre un travail incomplet ;
- b) souvent, a du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux. Par exemple : perdre le fil de sa lecture, d'une conversation ou d'un cours ;
- c) souvent, semble ne pas écouter quand on lui parle directement. Par exemple : avoir l'air distrait, « dans la lune » ;
- d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition ni à une incapacité à comprendre les consignes). Par exemple : perdre le fil en cours d'exécution, s'éparpiller pendant la tâche, abandonner avant d'avoir terminé ;
- e) souvent, a du mal à organiser ses travaux ou ses activités. Par exemple : avoir de la difficulté à accomplir des tâches séquentielles et à maintenir un système d'organisation, être désordonné et désorganisé, gérer son temps avec difficulté, être en retard ;
- f) souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison). Par exemple : fonctionner à la dernière minute, pour le travail scolaire ;
- g) souvent, perd les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (ex. : jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils). Par exemple : perdre ou égarer son matériel scolaire ou ses documents de travail, ses lunettes, ses crayons, son agenda, son téléphone cellulaire, son porte-monnaie, ses clés, ses outils ;



h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes. Par exemple : être facilement distrait par les bruits, les conversations, les stimulus visuels, les messages électroniques (SMS, réseaux sociaux).

Éprouver des difficultés à ne pas s'égarer dans ses propres idées, phénomène touchant particulièrement les grands ;

i) oublis fréquents dans la vie quotidienne. Par exemple : ne pas se rappeler la tâche en cours ou à faire, ne pas rappeler les gens, oublier de faire un achat, de se présenter à un rendez-vous.

### **2. Hyperactivité-impulsivité : six des symptômes suivants (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et qui ne correspond pas au niveau de l'enfant**

a) souvent, remue les mains ou les pieds ou se tortille sur sa chaise. Par exemple : pianoter avec les doigts, tortiller une mèche de cheveux, jouer avec son stylo, remuer les pieds, bouger, se tortiller ou se balancer sur son siège, fredonner ;

b) souvent, se lève en classe ou dans d'autres situations où il est censé rester assis. Par exemple : quitter sa place en classe ;

c) souvent, cours ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice). Par exemple : bouger de façon excessive lorsque ce n'est pas approprié : le besoin de courir, de grimper des plus jeunes peut se transformer en grandissant en une sensation d'agitation interne ou de bougeotte inconfortable ;

d) souvent, a du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir. Par exemple : a un besoin d'être en action ou par une difficulté à tolérer les activités plus calmes ou passives ;

e) souvent, est « sur la brèche » ou, souvent, agit comme s'il était « monté sur ressorts ». Par exemple : présenter un inconfort net en cas d'immobilité prolongée, comme à l'école, au restaurant, au cinéma. Donner l'impression d'être pressé, agité ou « être difficile à suivre » ;

f) souvent, parle trop. Par exemple : parler de façon excessive ou d'un ton qui peut être fort ou dérangent ;

g) souvent, laisse échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée. Par exemple : répondre avant la fin de la question, compléter les phrases ou couper la parole dans une conversation ;

h) souvent, a du mal à attendre son tour. Par exemple : être très impatient dans une file ;

i) souvent, interrompt les autres ou impose sa présence (ex. : fais irruption dans les conversations ou dans les jeux). Par exemple : se mêler aux conversations, s'imposer ou prendre la place des autres dans des jeux ou des activités, utiliser les objets d'autrui sans leur permission.

Le TDAH peut coexister avec le diagnostic d'autisme et de déficience intellectuelle. Le TDA/H peut entraîner des difficultés à moduler les émotions (par exemple : seuil plus bas de tolérance à la frustration, irritabilité ou humeur labile).

Les tableaux cliniques du DSM-V présentent des modes de présentations cliniques que nous sommes amenés à voir en consultation.

### Tableaux cliniques de TDA/H

- Le défaut de contrôle attentionnel de type *inattention prédominante* est la forme la plus fréquente (46 %). Souvent, les jeunes filles présentent ce tableau, elles sont moins fréquemment agitées que les garçons.
- Le trouble attentionnel de type *hyperactivité/impulsivité prédominante* est la deuxième forme la plus fréquente (36 %), il concerne plus souvent les garçons que les filles.
- Le trouble attentionnel de type *mixte* concerne une population plus restreinte (18 %) de patients.
- Les tableaux agités sont rencontrés plus souvent chez l'enfant que chez l'adolescent qui a tendance à moins bouger et à être agité intérieurement.
- Le tableau clinique de TDA/H et précocité est responsable d'un diagnostic tardif, en général vers la fin du collège ou au lycée.
- Les comorbidités fréquentes du TDA/H peuvent en modifier la symptomatologie et rendre le diagnostic plus compliqué.

## Le défaut de contrôle attentionnel

Le principal symptôme du TDA/H est le *défaut de contrôle attentionnel*, le terme déficit d'attention reflète mal la réalité : il laisse entendre que ces individus n'ont pas d'attention, or ce n'est pas le cas et nous observons que leur attention est variable en fonction des situations.

Classiquement, on distingue différents types d'attention : l'attention sélective ou focalisée, l'attention soutenue et l'attention divisée. Distinction est faite entre deux modalités de l'attention : attention visuelle et attention auditive.

- **L'attention sélective** est la capacité qu'a un individu de sélectionner un stimulus pertinent, parmi d'autres, comme étant au centre de son attention. Ce processus implique un tri efficace des informations entrantes et une fermeture sensorielle envers les stimuli non pertinents. En classe, c'est ce qui permet à l'enfant de rester focalisé sur le cours de la maîtresse et d'ignorer les chuchotements de ses voisins, un stylo qui tombe, les voitures qui passent dans la rue. Au volant d'une voiture, c'est elle qui nous aide à rester focalisés sur la route et à ne pas nous laisser distraire par les multiples stimuli environnants.

- **L'attention soutenue** est intimement liée à l'attention sélective : une fois le stimulus pertinent sélectionné, elle permet de maintenir cette sélection pendant une période variant de 15 à 30 minutes. Ce qui distingue l'individu ayant un trouble attentionnel de celui qui n'en a pas c'est son *span attentionnel* plus court et la *difficulté à se recentrer sur la tâche* une fois qu'il a décroché.
- **L'attention partagée** fait intervenir la capacité de traiter simultanément deux ou plusieurs types d'information, elle permet en fait de faire deux tâches de façon concomitante avec succès. Certains patients le disent clairement : ils doivent choisir entre prendre un cours en note sans le comprendre ou bien écouter le cours, mais sans prendre de notes.

On distingue deux modalités d'attention : *l'attention visuelle* et *l'attention auditive* en fonction de notre capacité à éliminer des distracteurs visuels ou auditifs. Ces deux modalités attentionnelles sont indépendantes l'une de l'autre et l'attention visuelle, en lien avec l'oculomotricité fine et le traitement gnosique des informations visuelles est très fortement liée à divers apprentissages.

L'examen clinique et/ou neuropsychologique de nos patients TDA/H nous montre *qu'il n'y a pas un type ou une modalité d'attention qui soit atteint préférentiellement* chez eux. Il s'agit, en fait, d'un défaut du contrôle attentionnel, et on remarque que les atteintes sont variables d'un individu à un autre.

Lorsque le contrôle de l'attention n'est pas opérant, les individus ont du mal à maintenir leur attention sur la tâche en cours et se laissent distraire par divers stimuli, ou bien présentent des ruptures attentionnelles (ils partent dans la lune).

Un mauvais contrôle de l'attention entraîne une variabilité dans la capacité à rester concentré sur une tâche sans qu'ils puissent expliquer pourquoi. À la question « as-tu du mal à rester concentré en classe ? », ils sont nombreux à répondre « cela dépend ». Leur attention est variable et cela est visible dans leurs résultats scolaires qui varient d'une évaluation ou d'un trimestre à l'autre, dans une même journée au gré des matières ou des enseignants.

Les oublis sont fréquents, mais pas systématiques, chez les patients ayant un déficit de contrôle attentionnel. Ces oublis sont divers : oublis de matériel, oublis de vêtements à l'école, oublis de noter les devoirs à faire, oublis d'une tâche donnée par les parents, oublis de rendez-vous, oublis de consignes. On remarque souvent que les patients « oublieurs » vont en avoir de moins en moins en grandissant.

**Défaut de contrôle attentionnel**

- Difficulté à rester concentré sur une tâche scolaire ou extrascolaire : reste concentré pendant un temps trop court ou a du mal à se lancer dans la tâche.
- Distractibilité interne et externe : se laisse distraire par ce qui l'entoure ou ses propres pensées.
- Perte ou difficulté à retrouver ses affaires : ne sait pas où il les a mises ; perd vêtements, téléphones portables, cahiers ou livres de classe, clés.
- Décroche pendant les conversations, la lecture, en classe : part ailleurs, dans ses pensées ou dans le vide, demande à répéter ou doit relire.
- Oublis de tâches, d'affaires, de rendez-vous, de dates.
- Commence une tâche sans terminer celle qui est en cours : passe d'une activité ou d'une tâche à une autre au gré de ses pensées ou du stimulus qui l'interrompt.
- Rupture attentionnelle : est dans son monde, dans la lune.
- Oublie les consignes scolaires ou extrascolaires : revient sur la consigne régulièrement, oublie ce qu'on lui demande de faire.
- Fais des fautes d'étourderie dans son travail scolaire.

## L'impulsivité

L'impulsivité est une *tendance à agir avant de réfléchir*, elle peut se manifester de différentes manières : comportementale (intolérance à la frustration), cognitive (précipitation sur les tâches), alimentaire quand c'est sur la nourriture que l'enfant se précipite.

L'impulsif agit avant de réfléchir : l'élève impulsif répond avant même d'avoir été interrogé, coupe la parole aux autres, occupe toute l'attention sans réaliser la gêne pour l'entourage. Il est maladroit : court pendant la récréation comme s'il était seul et bouscule ses camarades sans le vouloir, en met partout quand il mange, renverse les affaires.

À l'âge préscolaire puis à l'âge scolaire, l'impulsivité peut se manifester par de l'agressivité envers les autres enfants ou les adultes, un comportement « d'enquiquineur » qui taquine sans cesse et lance des défis. Ce sont parfois des comportements dangereux avec mises en danger, ils sont connus des services d'urgence les plus proches et tantôt se sont ouvert la lèvre ou le front, tantôt se sont fracturés un os.

Ces comportements peuvent les amener à une exclusion sociale, on ne les invite plus par peur de comportements agressifs ou de crises de nerfs.

Chez les adolescents l'impulsivité comportementale se poursuit souvent par des comportements insolents vis-à-vis du corps enseignant ou des parents, voire de tout adulte en général. Ils semblent ne pas réaliser la gravité de ces comportements et trouvent toujours justification à leurs débordements, ils ont toujours raison et ne supportent pas d'avoir tort.

L'intolérance à la frustration mène parfois à des crises de nerfs qui se résolvent difficilement, l'impulsif démarre au quart de tour et ses réactions sont disproportionnées. Les proches sont encore sous le choc d'une agression verbale ou physique alors que leur enfant est déjà passé à autre chose et comprend difficilement qu'ils ne puissent en faire de même.

Lors des évaluations scolaires, une lecture impulsive de l'énoncé pousse à répondre en ayant cru comprendre la consigne, mais les réponses sont incomplètes ou hors sujets.

L'impatience est évidente chez certains qui n'arrivent pas à attendre leur tour dans un jeu de société ou pour prendre la parole à table, pour faire la queue à la boulangerie en attendant leur sacro-saint pain au chocolat du goûter.

### Impulsivité dans le TDA/H

- Difficulté à respecter les règles, les consignes : elles sont connues de l'enfant ou de l'adolescent, mais il explique ne pas arriver à s'empêcher de les contourner et le regrette rapidement.
- Intolérance à la frustration : supporte mal les contraintes, mauvais perdant dans les jeux, crises de colère.
- Impatience : besoin que l'on réponde immédiatement à sa demande, a du mal à attendre.
- Interrompt les autres, se met au-devant de la scène : coupe la parole, occupe toute la place.
- Comportements irréfléchis avec mises en danger : joue avec le feu, saute de hauteurs dangereuses, comportements casse-cou.
- Lance des défis, ennuie les autres.
- Agressif envers ses pairs ou les adultes : agressif ou brutal, parfois sans le vouloir.
- Réponds à une question orale ou écrite sans prendre le temps de réfléchir : n'attends pas que l'on ait fini de poser la question ou de l'avoir lu jusqu'au bout pour y répondre.
- Recherche de sensations nouvelles : désinvesti rapidement les nouvelles activités et en cherche de nouvelles pour tromper son ennui.
- Impulsivité alimentaire : mange beaucoup et vite à table, mange entre les repas, a du mal à suivre un régime restrictif en cas de surpoids.

## L'agitation

Certains parents rapportent, lors de l'entretien initial, que leur enfant est agité « depuis toujours », qu'il ne « tient pas en place » ou que c'est « une pile électrique ». Parfois les parents rapportent que leur enfant est passé de la station assise à la station debout sans

passer par les quatre pattes, qu'il a couru directement « puis ne s'est jamais arrêté de courir ».

Il faut prendre mille précautions avant de diagnostiquer un TDA/H chez les enfants en âge préscolaire sur la simple présence d'une agitation considérée comme débordante. Un enfant ayant des troubles psychomoteurs ne reste pas tranquille sur sa chaise et a du mal à se concentrer, en remuant il active son éveil cérébral. L'agitation ne persiste pas après prise en charge en psychomotricité quand il n'y avait pas de TDA/H.

### Une agitation sévère à l'âge préscolaire doit faire rechercher

- Trouble psychomoteur
- Trouble du spectre autistique
- Trouble spécifique des apprentissages
- Syndrome de Gilles de la Tourette de début précoce

L'agitation n'est pas forcément évidente lors de la première consultation, beaucoup de parents sont désarmés de voir que leur enfant ne « bouge pas » devant le médecin, ils ont peur que l'on ne les croie pas « vous n'allez pas me croire, il ne s'arrête jamais de bouger et là il est sage comme une image ». Bien souvent, lors de ce premier entretien, le contrôle moteur est assez bon, l'agitation sera visible lors des entretiens suivants.

Il existe différents degrés d'agitation, elle peut être évidente chez un enfant qui n'a de cesse de se lever en classe, dissimulée de façon stratégique « j'attends que la maîtresse ait le dos tourné pour me lever » ou discrète. Certains donnent l'impression d'être sur un toboggan quand ils sont assis sur un siège, d'autres sautillent sur place ou remuent sans cesse. Parfois ce sont juste les mains ou les pieds qui bougent beaucoup.

Un symptôme fréquent et qui passe souvent comme étant dû au stress est le fait de mâchouiller les cols de tee-shirt, les bouts de manche, les ongles, les crayons. Certains adolescents expliquent clairement qu'ils parviennent à mieux rester concentrés sur une tâche en se rongant les ongles ou en dessinant sur un coin de feuille qu'en restant assis sans bouger.

L'agitation est parfois psychique, l'enfant pense sans arrêt au moment de se coucher et n'arrive pas à trouver le sommeil, une pensée en chasse une autre.

### Agitation chez le patient TDA/H

- Agitation motrice importante : l'enfant ne peut tenir en place sur sa chaise sans se lever régulièrement, il perturbe son environnement, trouve des excuses pour se lever (fait tomber un objet, demande à aller aux toilettes), coure beaucoup, préfère manger debout.
- Agitation motrice modérée : Il remue sur sa chaise, gigote, bouge en permanence les pieds ou les mains, attrape les objets qui l'entourent et les manipulent, profite des moments où il n'est pas obligé d'être assis pour se dépenser.
- Agitation motrice légère : grignote ses crayons, ses cols de chemises, se ronge les ongles, fait tourner un objet entre ses doigts quand il est assis ou doit faire un effort d'attention.
- Agitation psychique : pense énormément, une idée vient en bousculer une autre et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il perde le fil de son histoire.
- Moulin à parole : « on ne s'est pas ennuyé sur la route en venant vous voir docteur, il a parlé tout le temps ».

## Les difficultés d'organisation

Nous l'avons évoqué, les difficultés d'organisation font partie de la symptomatologie du TDA/H et vont se révéler progressivement avec l'évolution des tâches auxquelles le sujet doit faire face.

- *L'exigence scolaire* évolue entre l'école primaire et le collège, puis le lycée ; l'adolescent doit apprendre à gérer un emploi du temps à géométrie variable, planifier son travail et s'avancer pour ne pas être débordé, s'adapter aux exigences différentes des professeurs. Il ne peut plus faire la tortue et avoir tous ses livres dans son sac à dos, ni travailler du jour au lendemain.
- *Les conditions de socialisation* se modifient à l'adolescence, dans le sens d'une plus grande indépendance ; ce ne sont plus les parents qui décident et les organisent, mais l'adolescent. Encore faut-il qu'il ne prenne pas plusieurs engagements au même moment et pense à demander l'accord parental plus de 5 minutes avant.
- *L'attente parentale* est de voir son enfant gagner en maturité et s'organiser pour ne plus oublier ses affaires, qu'il se mette à travailler (enfin) seul. Mais, travailler seul nécessite plusieurs facteurs : se motiver, avoir une bonne perception du temps, comprendre les enjeux de la mémorisation, savoir par quoi commencer, avoir de bonnes stratégies d'apprentissage, se représenter le travail attendu.
- La *motivation* est un facteur clé, si une bonne motivation n'empêche pas d'avoir des difficultés à initier et à apprendre, sans motivation rien ne se passera. Elle est souvent

- émoussée par les difficultés à apprendre et la mauvaise estime de soi, l'adolescent se sent différent et dans cette période fragile, tout porte à lui faire croire à cette différence.
- La *perception du temps* est souvent altérée, le temps est élastique chez le TDA/H qui se réveille la veille alors qu'il a eu une semaine, dix jours ou un mois pour préparer un travail. Organiser le travail scolaire à faire c'est déjà savoir combien de temps allouer à chaque tâche, mais lorsque l'instant présent est déjà difficile à gérer et que l'on n'a pas de visibilité sur la durée des tâches, anticiper est compliqué.
  - La *mémorisation* est un processus complexe qui nécessite de comprendre, faire des liens, répéter, s'exercer. Les adolescents TDA/H disent : « quand je m'y prends 8 jours à l'avance, j'ai tout oublié pour l'interro alors que si je m'y prends la veille je me souviens de ce que j'ai appris ». Les connaissances à acquérir sont ainsi fixées dans une zone volatile de mémoire située entre la mémoire à court terme et la mémoire à moyen terme. Les adolescents TDA/H apprennent puis oublient à mesure, mais quand on vit l'instant présent, on se soucie de la note immédiate et non de la solidité des acquis dont la récompense est à trop long terme.
  - *Planifier* son travail nécessite de se représenter le résultat attendu, le temps à allouer à chaque tâche, d'avoir noté toutes les tâches à faire ou d'en avoir récupéré la liste auprès d'un ami, une bonne mémoire de travail pour manipuler ces informations.

S'organiser est un enjeu de taille pour les individus TDA/H, ils présentent les difficultés que nous venons de voir avec une variabilité interindividuelle quantitative et qualitative.

### Difficultés d'organisation chez le patient TDA/H

- Initier la tâche : s'asseoir à son bureau pour faire les devoirs prend parfois un temps infini, en évaluation c'est le temps d'observation avant de démarrer qui peut être long. La difficulté d'initiation ne concerne pas que les tâches scolaires (envoyer un message, ranger sa chambre).
- Planifier les tâches : savoir appréhender le résultat final et les étapes nécessaires pour y parvenir (découper un exposé en petites tranches de travail), enchaîner ces étapes de manière fluide.
- Percevoir le temps : arriver à l'heure au collège (le matin, et à chaque changement de salle), à l'heure à ses rendez-vous, évaluer le temps nécessaire à une tâche.
- S'organiser en préparant ses affaires, en notant les tâches à faire, les rendez-vous, prévoir des rappels et vérifier pour ne pas oublier.
- Ranger : ses cours, ses affaires scolaires, ses affaires personnelles ; pour ne pas les chercher pendant une heure ou les perdre.
- Retranscrire ses connaissances dans un discours organisé à l'écrit.
- S'adapter en cas de changement de programme ou d'événement imprévu (prendre un trajet alternatif en cas de grève de train).

## L'impact fonctionnel

Le trouble attentionnel est un trouble qui se manifeste au quotidien, il ne prend ni week-end, ni jours fériés, ni vacances, l'atteinte porte sur les apprentissages, le comportement, l'estime de soi, les relations sociales.

- **L'estime de soi** est quasiment toujours fragilisée, et ce dès le plus jeune âge, c'est ainsi que l'enfant en âge préscolaire refuse de dessiner, car son impulsivité l'empêche de s'appliquer et de dessiner avec soin. Il sent qu'il s'écarte de la norme, de ceux qui réalisent leurs tâches sans avoir besoin de se lever plusieurs fois et sans s'égarer dans leurs pensées. Il va voir un psychomotricien à qui l'on confie qu'il ne tient pas en place, que ses dessins ne sont pas soignés, qu'il n'arrive pas à utiliser ses ciseaux ; son parcours du combattant commence, le parcours d'un jeune dont on ne comprend pas qu'il n'arrive pas à faire comme les autres. Ses copains s'invitent à tour de rôle et apprennent à jouer ensemble en respectant l'autre, ils intègrent les codes sociaux tandis que lui est en séance de rééducation « parce que je ne fais pas bien ».
- **La réussite scolaire** est liée à la capacité de l'élève à autoréguler le processus d'apprentissage : c'est le rôle des fonctions exécutives. Ces fonctions, sollicitées en classe, sont nombreuses : traitement et représentation de l'information, maintien de l'attention, maintien de l'information en mémoire et association à une connaissance, intégration et rétention de l'information.

### Impact scolaire lié au dysfonctionnement attentionnel et exécutif

- Résultats scolaires non représentatifs des connaissances, inférieurs à ceux attendus.
- Difficulté à démarrer la tâche en même temps que les autres (besoin d'être stimulé pour commencer le travail), lenteur.
- Difficulté de planification, de réalisation et de monitoring du travail en cours.
- Difficulté à maintenir la tâche en cours sans se disperser.
- Difficulté à se représenter le travail attendu et les séquences pour y parvenir, à comprendre la consigne.
- Impulsivité cognitive : se lance dans la tâche trop rapidement, répond avant d'être interrogé.
- Désinvestissement scolaire.
- Difficultés d'apprentissage, échec scolaire variable, orientation précoce non désirée.

- **L'impact social** est très fréquent. L'enfant TDA/H peut souffrir de difficultés à s'intégrer dans les activités de groupe scolaires et extrascolaires, activités sportives, fêtes d'anniversaire, camps scouts. Il est intrusif dans sa façon de dire bonjour (serre l'autre

dans les bras trop fort), d'imposer le jeu ou la manière de jouer, de changer les règles du jeu à volonté ; il est brusque, maladroit, a du mal à attendre son tour. Les camarades de classe jettent parfois un regard sévère sur l'élève en difficulté scolaire.

Ils grandissent souvent avec un manque d'habiletés sociales : ils ne savent pas comment aller vers l'autre, comment se comporter en groupe, se faire des amis ; ils grandissent parfois avec l'idée fausse qu'attirer le regard les aidera à avoir des amis. Ils perturbent alors le cours, faisant le clown et interrompant l'enseignant pour faire rire leurs camarades. Ils ne perçoivent pas les regards désapprobateurs de ceux qui souhaitent suivre le cours sans être perturbé.

L'adolescent qui n'a jamais ses affaires de classe, demande régulièrement un stylo, un livre, les notes de cours, de recopier le devoir maison ; il provoque la lassitude chez ses camarades.

### TDA/H et impact social

- Exclusion progressive du groupe : maladresse liée à l'impulsivité, rêveries pendant les jeux de ballon, impatient, mauvais perdant, agité.
- Exclusion des fêtes d'anniversaire, camps scouts, colonies de vacances.
- Difficulté à intégrer les règles de socialisation.
- Mauvaise estime de soi.

- **L'impact familial** concerne le bien-être des parents, de la fratrie, les relations interpersonnelles au sein de la famille proche et éloignée. Élever un enfant TDA/H peut être un véritable challenge et mettre à rude épreuve la stabilité familiale. L'entretien d'anamnèse leur permet d'évoquer le stress quotidien : les convocations répétées par l'enseignant « dès la première semaine d'école », les heures passées à faire les devoirs, le temps passé à appeler les autres parents pour récupérer les cours et les devoirs à faire. Ces parents sont désarmés face à l'enfant qui ne réussit pas à l'école et refuse l'aide proposée : les devoirs sont cause d'affrontement quotidien, l'emploi du temps est bouleversé par les rééducations hebdomadaires et il faut jongler pour se libérer ou prendre une nounou pour le faire. Les réunions avec les professeurs sont parfois une souffrance pour ces parents qui espèrent entendre des encouragements ou des éléments positifs.

Le couple parental peut être mis à rude épreuve, les parents qui élèvent un tel enfant sont plus souvent insatisfaits de leur couple, se disputent plus souvent. Parfois, alors que le diagnostic est posé, c'est la question de la médication qui va déstabiliser le couple lorsqu'ils ne parviennent pas à s'accorder. La dépression est plus fréquente chez les patients TDA/H, mais elle l'est également chez leurs parents. La fratrie est, elle aussi,

soumise à rude épreuve et les disputes sont 2 à 4 fois plus fréquentes. Les frères et sœurs ont souvent l'impression d'être négligés en faveur de celui qui prend toute la place et ne supportent pas les interruptions fréquentes dans leur chambre quand l'enfant TDA/H s'ennuie et vient les provoquer.

### L'impact familial

- Impulsivité et agitation mettent le jeune sur le devant de la scène en permanence, les membres de la fratrie se sentent étouffés.
- Problèmes scolaires le mettant au centre des préoccupations, d'autant plus que le reste de la fratrie fonctionne bien.
- Désaccord parental quant à l'éducation.
- Disputes entre les parents, disputes dans la fratrie.
- Couple fragilisé.
- Dépression maternelle plus fréquente.
- Coût financier de certaines rééducations, soutien scolaire, congés parentaux sans solde.

## BASES PHYSIOPATHOLOGIQUES DU TDA/H

Le TDA/H est un *trouble complexe, d'origine multifactorielle*, sur lequel le poids des facteurs génétiques et de leur interaction avec l'environnement joue un rôle essentiel dans l'apparition et le développement. Sa variabilité clinique et neuropsychologique suggère la possibilité d'étiologies différentes dont certaines ont été identifiées dans les années quarante (lésions cérébrales post-encéphaliques), d'autres restent à découvrir. Les modèles cognitifs évoluent avec l'observation des patients et les études en imagerie fonctionnelle et en neurobiologie permettent de progresser dans la connaissance de ce trouble aux multiples facettes.

### Les fonctions exécutives

Les fonctions exécutives sont des fonctions cognitives qui permettent à l'individu de s'adapter rapidement à des situations nouvelles, de soutenir des stratégies de résolutions de problèmes afin d'atteindre un objectif.

Ce que nous appelons l'attention dépend de deux facteurs majeurs : le bon fonctionnement exécutif et la mémoire de travail.

Les fonctions exécutives exercent une activité de contrôle de tâches cognitives diverses, notamment : le comportement, la mémoire, les fonctions instrumentales (communication, gestes et schéma corporel, calcul, capacités visuo-spatiales). L'attention n'est pas une fonction cognitive isolée, soutenir son attention nécessite de se représenter l'objectif à atteindre, organiser et définir les priorités, se concentrer sur une tâche, se désengager pour passer à une autre, moduler la vigilance, soutenir l'effort, surveiller la tâche en cours et s'adapter en permanence.

L'ajustement constant de ces fonctions de manière à atteindre l'objectif fixé nécessite une mémoire de travail efficace, elle permet de se représenter mentalement et de manipuler les informations que l'individu garde en mémoire. Cela nécessite également de bonnes capacités d'autocontrôle afin d'inhiber des réponses automatiques, apprises et risquant d'interférer avec le déroulement de la tâche en cours.

*Un lien intime existe ainsi entre attention, fonctions exécutives et mémoire de travail ; les émotions jouent également un rôle majeur sur le fonctionnement de ces opérations mentales.*

Le TDA/H serait lié à une difficulté à utiliser les fonctions exécutives pour atteindre les objectifs et exercer un autocontrôle efficace. Tous les individus souffrants de TDA/H ne présentent pas les mêmes difficultés au niveau du fonctionnement exécutif, on peut supposer un lien avec la variabilité des présentations cliniques. Ainsi, l'individu ayant des difficultés d'autocontrôle se présente comme impulsif et agité, celui dont le fonctionnement de la mémoire de travail est altéré à des difficultés à comprendre ses lectures et à résoudre des problèmes.

Il est indispensable de documenter l'atteinte de ces fonctions chez l'individu TDA/H car bien qu'il soit difficile d'établir une corrélation claire entre déficit de fonctions exécutives et intensité des symptômes, ce déficit entraîne des difficultés croissantes en grandissant.

La prise en charge du TDA/H ne cherche pas la seule amélioration symptomatique, mais un mieux-être global qui peut être compromis par un dysfonctionnement exécutif.

### À quoi servent les fonctions exécutives ?

- Initier de nouvelles séquences d'action.
- Inhiber les réponses habituelles.
- Coordonner la réalisation simultanée de deux tâches.
- La flexibilité mentale : allouer les ressources attentionnelles nécessaires à la réalisation d'une tâche, passer d'une tâche à une autre en prenant les paramètres environnementaux en compte et en s'y adaptant.



- Permettre le maintien de l'attention sur une longue durée nécessite de réguler la vigilance
- Anticiper en se projetant une représentation de ce qui va se passer et en imaginant les conséquences de ses actions.
- Planifier les tâches en les ordonnant dans le temps.
- Gestion des émotions.

- Un **trouble à l'initiation des actions** entraîne ce que nous appelons de la procrastination, l'individu ne parvient pas à se lancer dans la tâche et repousse sans cesse au lendemain jusqu'à ce que le risque d'une conséquence négative majeure le force à la réaliser. Cette difficulté à initier la tâche est bien décrite par certains adolescents qui expliquent s'asseoir à leur bureau avec leur matériel de travail sans que rien ne se passe pendant un temps parfois très long. Les enseignants le rapportent également chez leurs élèves ayant un TDA/H en expliquant que s'ils n'assistent pas l'enfant il ne se passe rien.
- Le **déficit d'inhibition** est une caractéristique majeure des enfants et adolescents souffrant de *trouble dysfonctionnel de l'attention avec hyperactivité*, il leur est difficile de s'empêcher de produire des actions inadaptées. Le défaut d'inhibition semble fortement lié à l'impulsivité et l'agitation motrice.
- Un **trouble de la flexibilité mentale** est responsable de difficultés à passer d'une tâche à une autre, de s'adapter en fonction des exigences de l'environnement. Il entraîne des difficultés à s'adapter aux situations nouvelles pour lesquelles la réponse n'a pas été apprise. Ainsi, l'adolescent ne parvient pas à résoudre un problème et persévère dans son erreur, sans pouvoir intégrer les stratégies de résolutions qui sont proposées par son entourage.
- Soutenir son attention nécessite de réguler **l'état de vigilance** et de soutenir un effort constant durant la réalisation de la tâche. Nombreux sont les patients TDA/H qui se plaignent de fatigue et de difficulté à soutenir leur attention quand ils sont immobiles ou ne sont pas engagés activement dans une tâche.
- Un **trouble des fonctions de planification** entraîne des difficultés à planifier ses tâches, les découper en une série d'actions qui s'enchaînent de façon optimale, à initier et maintenir l'action jusqu'à l'aboutissement de la tâche.
- **L'atteinte de la mémoire** est complexe avec déficit de la mémoire de travail, dans sa capacité de rétention des informations et altération de la récupération active des informations stockées dans la mémoire à long terme. La mémoire de travail peut être comparée à la mémoire vive de l'ordinateur : son rôle est de stocker des informations le temps de les manipuler afin d'effectuer une autre tâche cognitive. Cette atteinte est intimement liée au manque d'attention visible chez nos patients TDA/H.

- Un **défait de perception du temps** entraîne des difficultés de repérage temporel, ainsi, ils sont fréquemment en retard et ont également beaucoup de mal à savoir combien de temps une tâche usuelle peut prendre.

C'est le dysfonctionnement exécutif qui entraîne des difficultés d'organisation chez nos patients, ces difficultés vont se révéler de plus en plus évidentes les années passant, car on attend d'eux de plus en plus d'autonomie et de capacité à organiser leurs activités. À tort, il est parfois conseillé aux parents de les laisser se débrouiller seuls afin qu'ils acquièrent de l'autonomie or, ce n'est pas possible sans rééducation.

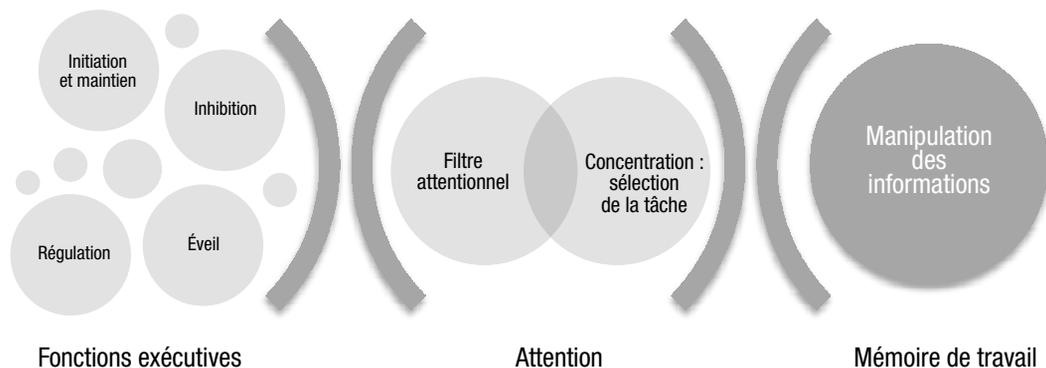


Figure 1.4. Fonctions exécutives

## Bases neurobiologiques

Le rôle thérapeutique des psychostimulants a été découvert par hasard, par le docteur Charles Bradley en 1937. Dans le cadre des découvertes de l'époque sur la relation entre troubles du comportement et lésions cérébrales, il menait des études sur des enfants ayant des « troubles émotionnels » et comportementaux et des difficultés majeures dans les apprentissages. Afin de caractériser une lésion cérébrale il étudiait leur cerveau en pneumo encéphalographie (imagerie par rayons X après remplacement du liquide céphalo-rachidien par de l'oxygène).

Les enfants souffraient de céphalées terribles qu'il expliquait par la perte de liquide céphalo-rachidien et tenta d'en augmenter la production en stimulant les plexus choroïdes avec de la benzédrine. Cette amphétamine n'eut aucun effet sur les céphalées, mais les améliorations comportementales et scolaires furent spectaculaires. Elle fut remplacée par le méthylphénidate, synthétisé en 1944.

Le rôle probable des catécholamines a été mis en avant en examinant le mécanisme d'action du méthylphénidate qui bloque le transporteur de dopamine et entraîne ainsi son

augmentation dans la fente synaptique. Il se lie également au récepteur post-synaptique et améliore son affinité à la dopamine.

Au niveau du système *noradrénergique* on note une inhibition de la recapture et une augmentation du signal au niveau du cortex préfrontal via une liaison du méthylphénidate aux récepteurs post-synaptiques  $\alpha 2$  *noradrénergiques*. Ainsi, les psychostimulants utilisés pour le traitement du TDA/H permettent de *renforcer le message intersynaptique* par une augmentation des neurotransmetteurs et une liaison plus forte au récepteur post-synaptique.

### Apports de l'imagerie cérébrale

De nombreux auteurs ont émis l'hypothèse que le TDA/H serait lié à des anomalies de maturation cérébrale, on observe en effet de façon consistante des anomalies structurales qui ont tendance à se normaliser sous traitement psychostimulant. Ces anomalies ne sont pas limitées à des aires individualisées, mais à des aires interagissant en formant des réseaux aux fonctions propres. Les progrès de l'imagerie cérébrale fonctionnelle ont permis de mettre en évidence l'existence du réseau du mode par défaut, montrant un fonctionnement cérébral organisé en réseau et ne répondant pas à des aires structurales.

#### Réseau du mode par défaut

Le réseau du mode par défaut a été mis en évidence en constatant qu'à l'état de repos, le cerveau consomme environ 20 % de l'énergie du corps humain or, lorsque le cerveau est activé par une tâche il consomme à peine 5 % d'énergie supplémentaire. L'activité de ce réseau diminue lorsque le cerveau passe de l'état de repos à celui orienté vers une tâche.

Le réseau du mode par défaut préparerait le cerveau à passer d'un mode non conscient à celui d'une activité consciente.

L'imagerie cérébrale fonctionnelle permet de mettre en évidence certaines anomalies :

- Hypoactivation du réseau fronto-pariétal (fonctions exécutives) ;
- Hypoactivation du réseau attentionnel ventral ;
- Hyperactivation du réseau du mode par défaut ;
- Hyperactivation du réseau sensori-moteur.

Ces anomalies sont à mettre en rapport avec ce que l'on sait du réseau du mode par défaut qui est actif pendant les phases de rêveries et dont l'activité est diminuée lorsque l'attention est dirigée vers une tâche. L'hypothèse est que chez les individus TDA/H, une activité persiste ou émerge durant une tâche, dans le réseau du mode par défaut. Cette

activité entre alors en compétition ou perturbe le processus relatif à la tâche et entraîne une baisse de performance.

### **Réseaux cérébraux impliqués**

- Réseau fronto-pariétal : contrôle cognitif, sélection et maintien de l'attention orientée vers une tâche, processus d'inhibition, contrôle de la mémoire de travail, fonctionnement exécutif
- Réseau attentionnel ventral : réorientation de l'attention
- Réseau sensori-moteur : régulation de l'activité motrice
- Réseau du mode par défaut : fonction de « veille cognitive », assure la cohérence des pensées au cours de la vie, élaboration de modèles mentaux à partir de l'expérience de l'individu (mémoire : souvenir du passé et imagination de l'avenir)

Les données suggérant la présence d'anomalies structurelles du cerveau de nos patients sont attestées par de très nombreuses études de neuro-imagerie. Les modèles initiaux sur le TDA/H ont mené à des investigations sur les aires frontales, mettant en évidence des anomalies structurelles des circuits frontostriataux, mais d'autres aires sont impliquées.

De récentes données obtenues en IRM fonctionnelle mettent en évidence une « normalisation » des anomalies d'activation et de connectivité cérébrale sous traitement médicamenteux ou remédiation cognitive. Nous pouvons imaginer qu'à l'avenir un examen d'imagerie fonctionnelle se joignant à un faisceau d'arguments cliniques pourrait aider à formaliser un diagnostic clinique qui questionne certains parents.

## **DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DU TDA/H**

### **Les troubles anxieux**

Les troubles anxieux s'accompagnent fréquemment chez les individus de difficulté à fixer leur attention, ils sont alors préoccupés par des pensées anxieuses qui les assaillent et les empêchent de rester concentrés sur la tâche. Classiquement, le trouble anxieux sans TDA/H n'a pas de difficultés d'organisation ni d'impulsivité, bien au contraire l'anxieux est dans une recherche de contrôle sur son environnement. Il est donc dans l'anticipation permanente et développe de bonnes stratégies d'organisation et de projection dans les différentes étapes des tâches qu'il se fixe. En fait, il anticipe chaque étape de la tâche en imaginant les freins ou difficultés qui « vont » se présenter et le mener à l'échec.

Lorsque l'on interroge un patient présentant des symptômes d'anxiété et de TDA/H, et qu'on lui demande par quel type de pensée il se laisse distraire, nous pouvons obtenir un indice sur l'origine de sa distractibilité. L'anxieux est préoccupé par des pensées négatives récurrentes,

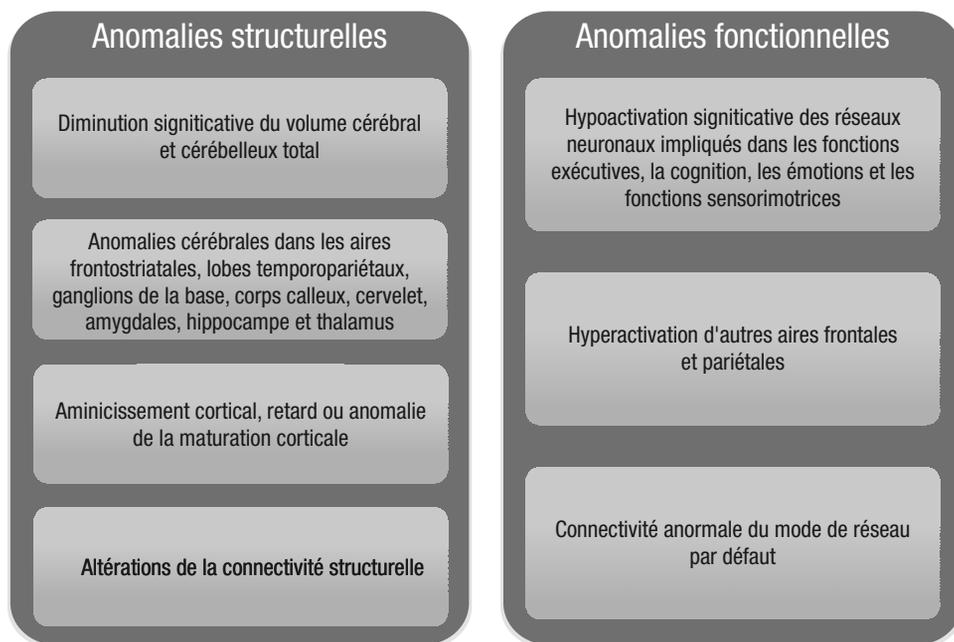


Figure 1.5. Apports de l'imagerie (d'après Cortese, 2012)

elles suivent une thématique ou ont des facteurs déclenchant généralement connus. Les thématiques sont généralement : situations sociales, de performance, liées à la maladie, à la mort, séparation avec les parents, phobies spécifiques diverses. Le patient ayant un trouble dysfonctionnel de l'attention n'est pas distrait par des préoccupations récurrentes ou des cognitions anxieuses négatives autour de thématiques spécifiques. Il explique clairement que lorsqu'il part dans des rêveries, les pensées qui l'occupent ne correspondent à aucun thème ou préoccupation particulière : « Je pense à tout », « Je ne pense à rien », « Je m'é gare dans mes pensées ». L'anxieux social est préoccupé en situation de socialisation, notamment à l'école et explique : « Je me sens observé, je n'arrive pas à suivre le cours parce que j'ai peur de me ridiculiser, je me concentre sur le fait de ne pas faire n'importe quoi », en revanche lorsqu'il est sorti de ce cadre anxigène son attention est excellente.

Un autre exemple classique est celui de l'adolescent anxieux qui présente une addiction aux écrans. Il existe plusieurs causes possibles à ces addictions, chez l'anxieux il s'agit d'un refuge pour ne pas penser à ce qui le préoccupe. Les anxieux cherchent à éviter les situations où leur esprit n'est pas occupé afin de ne pas être envahi de pensées anxigènes. Ces patients disent très clairement être distraits par le même type de pensées lorsqu'ils sont en classe, elles sont liées à leurs jeux vidéo, ils pensent à une façon de progresser, une vidéo montrant une solution à un problème en lien avec leurs jeux.

*Un trouble anxieux en échec scolaire*

Samuel, 12 ans, est amené en consultation par ses parents pour « difficultés scolaires et agitation ». C'est la tante maternelle de Samuel qui a suggéré à sa mère de consulter après que son fils ait été traité pour un TDA/H et réussisse beaucoup mieux à l'école depuis. Elle pense voir chez Samuel les mêmes symptômes que chez son fils.

Les parents, un peu réticents, confient que Samuel est plutôt calme à la maison, certes il est parfois un peu excité et volubile, mais cela ne dure pas. Ses résultats scolaires ont chuté depuis qu'il est entré au collège, il y a deux ans, alors qu'auparavant il n'éprouvait pas de difficultés particulières. Il oublie constamment ses livres à la maison, il faut vérifier son cartable, mais il lui arrive aussi de les perdre parfois. Depuis deux ans, il passe un temps fou assis à son bureau, mais son travail n'est pas efficace et il se plaint souvent de maux de ventre avant les évaluations. Les parents pensent plutôt à de la paresse qu'à un trouble attentionnel, « il est toujours malade pour ses contrôles, mais le week-end il est en pleine forme ». Il passe beaucoup de temps dans sa chambre, sur ses jeux vidéo le samedi et le dimanche et c'est devenu de plus en plus difficile de le contrôler, il pique des crises quand on éteint son ordinateur pour le faire travailler.

L'anamnèse révèle : anxiété maternelle, faible poids de naissance, TDA/H diagnostiqué chez un cousin, un antécédent de crise convulsive hyperthermique, le développement psychomoteur s'est révélé sans particularité. Le début de la scolarisation a été difficile, il a pleuré pendant un an lorsque sa mère le laissait à l'école, « c'est ma faute, on est trop proche ». Pendant cette première année, il était agité et passait son temps à regarder dehors, par la fenêtre. Il a eu beaucoup de difficultés à se faire des amis, il était rejeté par ses camarades, n'était pas invité aux fêtes d'anniversaire. En primaire, il s'est fait quelques copains et les a gardés jusqu'à la fin, mais ils sont tous partis au collège public. Samuel a été inscrit au collège privé, « on pensait que c'était mieux, mais le niveau est trop fort, il n'y arrive pas, les études ne sont pas faites pour lui ».

Samuel qui était un enfant doux et gentil est de plus en plus nerveux, on ne peut pas entrer dans sa chambre quand il joue, il crie sur ses parents, à table il s'énerve dès qu'on parle d'école, il est dans sa bulle, ne tient pas sur sa chaise. Son carnet de correspondance est plein de croix et il a eu deux heures de colle dernièrement, ce qui ne lui était jamais arrivé.

L'entretien avec Samuel révèle un garçon introverti, il évite le contact oculaire, parle d'une voix à peine audible, la tête rentrée dans les épaules, il a l'air bien fragile. Samuel dit avoir de grandes peines à comprendre les leçons en classe, « le problème c'est que je ne suis pas concentré », il a les mêmes difficultés à la maison, dans la rue en se rendant à l'école il est distrait et glisse sur toutes les peaux de bananes. Il ne sait plus rien en classe en évaluation bien qu'il travaille beaucoup le soir, il n'arrive pas à mémoriser ses leçons. Le soir il a bien du mal à s'endormir, car il « ne fait que penser ».

Il s'énerve souvent contre ses parents et le regrette aussitôt « mais ils ne font que me parler de travail, ils ne s'intéressent qu'à ça ! ».

Il n'a pas d'amis depuis son entrée au collège, mais ce n'est pas bien grave, car il parle à ses anciens amis sur Skype et a de nouveaux amis grâce à son jeu en ligne, il « tchat » avec eux et leur parle avec son casque, ils ont prévu de se voir aux prochaines vacances scolaires.

En approfondissant les interactions sociales, on découvre un jeune homme qui dit ne pas savoir comment faire, il ne sait pas trop à qui parler, il a peur de « s'incruster dans un groupe et que cela se voit », il a très peur de se ridiculiser en disant une bêtise s'il est interrogé. En classe,

il baisse la tête pour que les profs ne l'interrogent pas, il ne sort pas ses livres « quand c'est un prof qui demande de lire » et préfère avoir un mot dans son carnet que de parler en public et que l'on s'aperçoive qu'il a la voix qui tremble. Le soir, à son bureau il pense au lendemain et est paralysé à l'idée de devoir retourner en classe, il ne se concentre pas sur son travail. Le week-end il est en pleine forme, mais ses parents « gâchent tout » en voulant le faire travailler, il ne veut pas qu'on lui parle d'école, cela lui donne mal au ventre.

Samuel a été adressé en Thérapie comportementale et cognitive pour son anxiété sociale, trois semaines plus tard il a présenté un tableau de refus scolaire anxieux, un traitement par inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine a été prescrit. Trois mois plus tard, les résultats scolaires étaient bien meilleurs et il parvenait à soutenir son attention en classe.

## Les troubles de l'humeur

Le trouble bipolaire est un diagnostic différentiel que l'on évoque plus fréquemment chez l'adulte que chez l'enfant ou adolescent. Le début est, en effet, plus tardif et le trouble bipolaire est très rare chez les enfants. Il faut noter que 10 % des enfants ayant un diagnostic de TDA/H développent un trouble bipolaire concomitant à l'âge adulte.

La symptomatologie du trouble bipolaire est cyclique, alors que celle du TDA/H est constante. L'humeur n'est pas réactive chez les patients bipolaires, elle l'est chez les jeunes présentant un TDA/H.

La dépression peut être une comorbidité ou un diagnostic différentiel du TDA/H. Un état dépressif majeur peut entraîner, chez l'enfant et l'adolescent, des difficultés d'attention tout comme chez l'adulte. L'anamnèse parentale est primordiale pour nous aider à faire le diagnostic. Dans le TDA/H les difficultés cognitives et comportementales sont présentes bien avant l'apparition de signes dépressifs.

### Signes évocateurs d'une dépression chez l'enfant ou l'adolescent

- L'anhédonie est évoquée chez un enfant ou adolescent qui n'éprouve plus de plaisir à pratiquer les activités qui lui en procurent habituellement.
- Absence d'énergie.
- Variations de poids (perte ou prise de poids).
- Humeur triste persistante.
- Idées suicidaires.
- Irritabilité.
- Difficultés scolaires récentes.

Chez tout enfant ou adolescent chez qui l'on suspecte un TDA/H on recherche activement des signes de dépression qu'il faut traiter en première intention.

***Un trouble de l'humeur ?***

Le père de Tom, 17 ans, se présente en consultation pour me parler du cas de son fils. Il est adressé par une psychologue que Tom est allé voir à la demande de son père pour une suspicion d'état dépressif majeur. N'ayant pas trouvé de signes francs de dépression, mais des difficultés scolaires, elle a cru bon de l'adresser en évaluation.

La grossesse et l'accouchement se sont bien déroulés, le développement psychomoteur sans particularité, les premières années de scolarité se sont déroulées sans remarque particulière des enseignants si ce n'est un enfant trop calme, participant peu, ne paraissant pas très motivé.

Un événement tragique a ponctué sa sixième année : sa mère est décédée brutalement d'un cancer généralisé qui l'a emportée en une quinzaine de jours après que le diagnostic ait été posé. Il a été suivi pendant un an par une psychologue puis il n'a plus eu recours à des professionnels de santé.

Le père de Tom évoque des difficultés scolaires anciennes, il n'a jamais été motivé pour les tâches scolaires, des résultats très moyens, qu'il obtenait au prix de longues séances de travail. Dès que son père relâchait sa surveillance et attendait à ce qu'il travaille seul, les résultats chutaient de manière alarmante. Il a tout de même redoublé sa dernière année de collège, puis a été orienté pour faire un bac professionnel. Dans son enfance il fallait faire un réassort de sa trousse au moins deux fois par mois, car il perdait toutes ses affaires. Au niveau social il était assez peu invité par ses camarades de classe, mais avait toujours un ou deux bons copains que lui-même invitait rarement. Un enfant timide qui n'allait pas au-devant des autres et ce serait toujours le cas.

Les remarques notables dans ses bulletins scolaires sont : peu de participation, résultats scolaires irréguliers, mauvaise compréhension des consignes, distractibilité, attention variable.

Le premier diagnostic à évoquer devant cette histoire est un état dépressif avec des difficultés d'attention secondaires et un déficit de motivation global.

Tom se présente en entretien comme un jeune homme de bon contact, peu causant, évitant le contact oculaire, mais avec un visage tout à fait expressif et de bonnes capacités de réciprocité émotionnelle (toujours évoquer un trouble de la socialisation chez un jeune peu invité et invitant peu). Il est parfaitement euthymique, prend du plaisir à faire ses activités habituelles, du plaisir à sortir avec ses amis quand ils l'invitent, mais reconnaît prendre peu d'initiatives de lui-même. À l'origine de ce manque d'initiative il évoque sa timidité qui le bloque pour proposer des activités, par peur de déranger ; il dit être plutôt du genre introverti et laisse les autres prendre les décisions et mener la conversation.

On ne retrouve pas de symptômes dépressifs chez Tom, mais l'évaluation est riche de difficultés attentionnelles : il décroche en classe, décroche pendant les conversations avec ses amis, a du mal à rester concentré sur son travail à la maison et se lève quantité de fois sans raison. Ses résultats scolaires sont de véritables montagnes russes malgré un travail sérieux depuis la fin du collège. En effet, il a demandé à redoubler cette année-là, car considérait avoir des lacunes et voulait des bases solides pour commencer le Lycée. Malgré ses efforts il ne tient pas plus de 15 minutes en classe et rêve beaucoup. Il a les plus grandes peines à s'organiser pour faire son travail de façon anticipé.

Un diagnostic de trouble dysfonctionnel de l'attention sans hyperactivité a été posé, une thérapie comportementale initiée puis un traitement par méthylphénidate instauré après six mois sans

résultat. Après cette prescription il s'est littéralement transformé : « vous avez tapé dans le mille docteur ! », il arrive à suivre en classe, participe plus aux conversations avec ses amis, améliore ses résultats, reprend confiance en lui. Son père décrit un garçon radicalement changé, plus curieux de tout, communiquant plus et promet d'envoyer son petit cousin qui présente les mêmes symptômes.

### Le haut potentiel

Haut potentiel et TDA/H partagent des caractéristiques communes au niveau de la symptomatologie, ils ont des difficultés relationnelles avec leurs pairs, ont du mal à soutenir leur attention et leurs performances scolaires ne reflètent pas toujours la réalité. Il est important de souligner ici que le haut potentiel n'est pas un trouble ou une pathologie, mais un mode de fonctionnement particulier.

La résultante du haut potentiel chez l'enfant est la précocité : il est en avance intellectuellement ; ce qui tranche avec un état émotionnel et affectif en adéquation avec son âge. Le langage se développe rapidement, sans passer par la phase de langage « bébé », l'apprentissage de la lecture se fait assez souvent avant l'heure et sans qu'on ne pousse spécifiquement l'enfant à le faire. Ces enfants sont très curieux et en demande de stimulations, ils s'intéressent à beaucoup de sujets différents.

Une définition largement admise dans la littérature date des années 70 : « Les enfants possédant un potentiel élevé dans un domaine sont identifiés comme tels par des personnes qualifiées et qui, grâce à des aptitudes hors du commun, sont capables de performances élevées [...] font preuve de réussite et/ou ont des aptitudes potentielles pour un des domaines suivants, ou pour une combinaison de ces domaines : aptitude intellectuelle générale, aptitude dans une matière scolaire, pensée créative ou productive, compétences sociales, performances artistiques, aptitudes psychomotrices » (Marland, 1972). Elle reconnaît l'insuffisance des échelles psychométriques à caractériser convenablement ces enfants, en effet, l'intelligence de ces enfants n'est pas quantitativement supérieure, mais qualitativement différente.

Contrairement aux enfants TDA/H, ces enfants s'ennuient en classe, non par difficulté à rester focalisé sur la tâche en cours, mais parce qu'ils l'ont intégré rapidement et que leur besoin de stimulations n'est pas satisfait. L'enfant TDA/H s'ennuie en classe du fait de sa difficulté à rester attentif, il éprouve des difficultés à avoir une vision globale de la leçon qui se déroule et se fixe sur des points de détails.

Les difficultés relationnelles avec leurs pairs sont, également, d'un autre ordre. Ils recherchent la compagnie d'enfants plus âgés ou des adultes, car ils s'ennuient avec les enfants de leur âge. Les enfants TDA/H froissent leurs pairs sans le réaliser et sont rejetés alors qu'ils souhaitent ardemment entretenir des rapports avec eux et « reviennent

à la charge » régulièrement sur un mode impulsif. Les enfants à haut potentiel peuvent souffrir de tous les troubles spécifiques des apprentissages et d'un trouble attentionnel.

## DIAGNOSTIC POSITIF DE TDA/H

### Un diagnostic clinique

Le diagnostic positif de trouble dysfonctionnel de l'attention avec ou sans hyperactivité est clinique, aucun examen complémentaire n'est nécessaire et suffisant pour en affirmer le diagnostic. Il n'existe d'ailleurs, à ce jour, aucun bilan paraclinique permettant de faire un diagnostic positif ni d'écarter le trouble avec certitude.

Le diagnostic nécessite plusieurs étapes et va impliquer différents acteurs de l'entourage : l'enfant, les parents, parfois la fratrie, la nourrice qui le fait travailler, le corps enseignant. Ces éléments, ainsi apportés, peuvent être contradictoires et leur poids respectif devra être pesé dans la balance diagnostique.

Le diagnostic de TDA/H est souvent le fruit du travail d'une équipe pluridisciplinaire dont nous allons recueillir les éléments cliniques et paracliniques afin de vérifier nos hypothèses. Les professionnels de santé qui peuvent participer à la démarche d'évaluation diagnostique sont nombreux : psychologues, neuropsychologues, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, médecins pédiatres, généralistes et neuropédiatres, spécialistes du sommeil, généticiens et d'autres encore.

S'il peut paraître simple, au premier abord de poser ce diagnostic devant la classique triade symptomatique et les difficultés d'organisation du patient, ce trouble est bien plus compliqué qu'il n'y paraît en réalité et de nombreux facteurs doivent être pris en compte dans notre évaluation. Les formes cliniques sont variables d'un individu à un autre et la symptomatologie peut évoluer avec le temps en fonction du cours évolutif du trouble et des exigences environnementales.

Les comorbidités sont impliquées dans la variabilité clinique du TDA/H et peuvent être responsables d'un retard diagnostic parfois important, elles pèsent également sur l'impact fonctionnel du trouble et nécessitent souvent une prise en charge spécifique. Les comorbidités sont tellement fréquentes qu'il faut considérer le TDA/H comme un trouble compliqué jusqu'à preuve du contraire. Les investigations tant cliniques que complémentaires s'attacheront à dépister et diagnostiquer ces comorbidités.

### La démarche diagnostique

- Recueil de données d'un questionnaire adressé aux parents : données sociodémographiques, facteurs de risques, motif de consultation, préoccupations principales, parcours scolaire... (Annexe 1)
- Anamnèse parentale dans un premier temps
- Entretien avec l'enfant, possible avec les parents jusque vers 8 ans, seul préférablement
- Entretien seul avec l'adolescent
- Recueil de données de tiers : bulletins scolaires, carnet de correspondance, notices d'exclusions...
- Examen des bilans effectués au préalable
- Éventuellement demande de bilans complémentaires
- Entretien de synthèse où toutes les données sont mises dans la balance
- Décision d'une stratégie thérapeutique

## Présentations cliniques

Les présentations cliniques du TDA/H, nous l'avons vu, sont susceptibles de varier en fonction de plusieurs facteurs. Nous décrivons ci-dessous des présentations classiques en fonction de l'âge du patient.

- **À l'âge préscolaire**, le défaut de contrôle attentionnel est difficilement repérable, certains parents rapportent que leur enfant ne reste pas tranquille à écouter une histoire jusqu'au bout et que c'est le cas à l'école. L'agitation et l'impulsivité sont aisément repérables dans cette tranche d'âge ; les parents, débordés par les problèmes de comportement, consultent pour des crises de nerfs. Ils sont décrits comme agressifs, parfois violents, capricieux se roulant par terre pour avoir ce qu'ils veulent. Les parents se sentent fortement culpabilisés par les regards extérieurs, ils ont beau tout tenter, l'enfant met beaucoup de temps à se calmer, la fermeté, les punitions, les récompenses semblent ne pas avoir de prises. Ils sont caractérisés comme hostiles, agressifs, ou brutaux à l'école et sont rejetés par leurs pairs, voire par les parents de ceux-ci, ils ne sont pas invités aux anniversaires. En classe, ils sont considérés comme perturbateurs et accaparent l'attention de la maîtresse, ils s'échappent dans les moments de regroupement, peuvent avoir des difficultés d'apprentissage (maladresse pour les activités de collage, découpage, graphisme). Les prises de risque sont fréquentes, ils se blessent plus fréquemment que leurs pairs et ont plus d'accidents domestiques.
- **À l'âge scolaire**, les difficultés à soutenir l'attention deviennent plus évidentes à observer et à recueillir de la part des parents, mais aussi du corps enseignant. Une règle essentielle,

même lorsque certains symptômes étaient observables avant l'âge scolaire, est de laisser le temps à l'enfant de s'acclimater à ce nouveau mode de scolarisation plus rigide, on attendra au moins 6 mois après l'entrée en classe préparatoire pour évaluer la symptomatologie. À cet âge, ce sont le plus souvent des garçons qui consultent (3/4 de garçons), les filles sont moins souvent agitées et éveillent les soupçons plus tardivement. L'agitation, si elle est remarquée souvent précocement n'est pas le symptôme qui inquiète le plus, les parents consultent plus à l'âge scolaire pour des difficultés d'apprentissage ou des troubles du comportement. Le défaut d'attention se présente de la manière suivante : surpris à rêver en classe, oublie de noter les devoirs, oublie ses cahiers, n'a pas son matériel pour travailler, n'écoute pas quand on lui parle, ne respecte pas les consignes, se laisse distraire par son environnement, oublie les acquis au fur et à mesure, a du mal à rester concentré sur son travail, ne va pas au bout des travaux. Parfois, l'enfant est paralysé, car il ne comprend pas la consigne, n'arrive pas à se représenter ce que l'on attend de lui ou a peur de mal faire ; il refuse alors de faire la tâche demandée, ce qui peut passer pour de l'opposition. Les problèmes d'interactions sociales en lien avec l'impulsivité sont divers : de l'enfant exclu du groupe à celui qui va suivre dans « tous les mauvais coups » ou se bagarrer dans la cour de récréation.

L'impulsivité se manifeste de différentes manières en classe : répond aux questions sans être interrogé, commence son travail écrit trop vite en lisant la consigne à moitié et se trompe, graphisme de mauvaise qualité (écrit trop vite), cahiers mal tenus, peu soigneux dans son travail. L'impulsivité auprès de ses pairs se manifeste de façon variable : provoque ou titille les autres, fait le petit chef et impose ses règles, se laisse influencer et suit dans toutes les bêtises, se bagarre, a du mal à attendre son tour, envahissant. L'agitation dérange en classe lorsque l'enfant trouve mille prétextes pour bouger (fait tomber ses affaires, demande à aller aux toilettes fréquemment), fait du bruit en jouant avec ses affaires, se lève quand il a terminé son travail et va parler à ses camarades. Au domicile, il se lève plusieurs fois pendant le repas, regarde la télévision la tête en bas et les pieds en l'air, se lève pendant son travail ou tout simplement remue sur sa chaise, touche à tout en travaillant. Les parents sont agacés et lui demandent mille fois de rester sagement assis sur sa chaise. Ces symptômes sont variables en intensité et dépendent de la situation, il faut l'avoir à l'esprit en analysant les observations de chacun ; par exemple chez des parents séparés les symptômes peuvent être différemment vécus ou manifestés.

- **À l'adolescence**, on distingue différents tableaux cliniques, ils sont fonction des comorbidités, de l'évolution naturelle du trouble, des stratégies individuelles mises en place pour compenser les difficultés inhérentes au trouble. Classiquement, chez l'adolescent les difficultés attentionnelles et organisationnelles sont au premier plan du tableau clinique et alors que certains avaient de bons résultats scolaires auparavant, leur rendement peut nettement diminuer. En effet, les exigences en terme scolaire sont plus importantes, leurs capacités d'abstractions sont plus sollicitées qu'auparavant, il leur faut anticiper des devoirs scolaires plus longs et qui nécessitent parfois de faire des recherches, ils doivent s'organiser et gérer plusieurs cahiers ou classeurs, un emploi du temps qui

varie parfois d'une semaine à l'autre. Leurs professeurs ont des exigences différentes qu'ils n'arrivent pas toujours à se représenter, les travaux rédactionnels doivent être structurés, et donc les idées organisées à l'écrit. L'impulsivité chez l'adolescent est naturelle, elle peut être explosive chez l'adolescent TDA/H, ils sont plus susceptibles de se mettre en danger, d'avoir des accidents de la route, de comportements sexuels à risque. La recherche de sensations nouvelles les pousse à explorer les substances illicites, notamment le cannabis qui est malheureusement très répandu dans notre société et trop souvent banalisé.

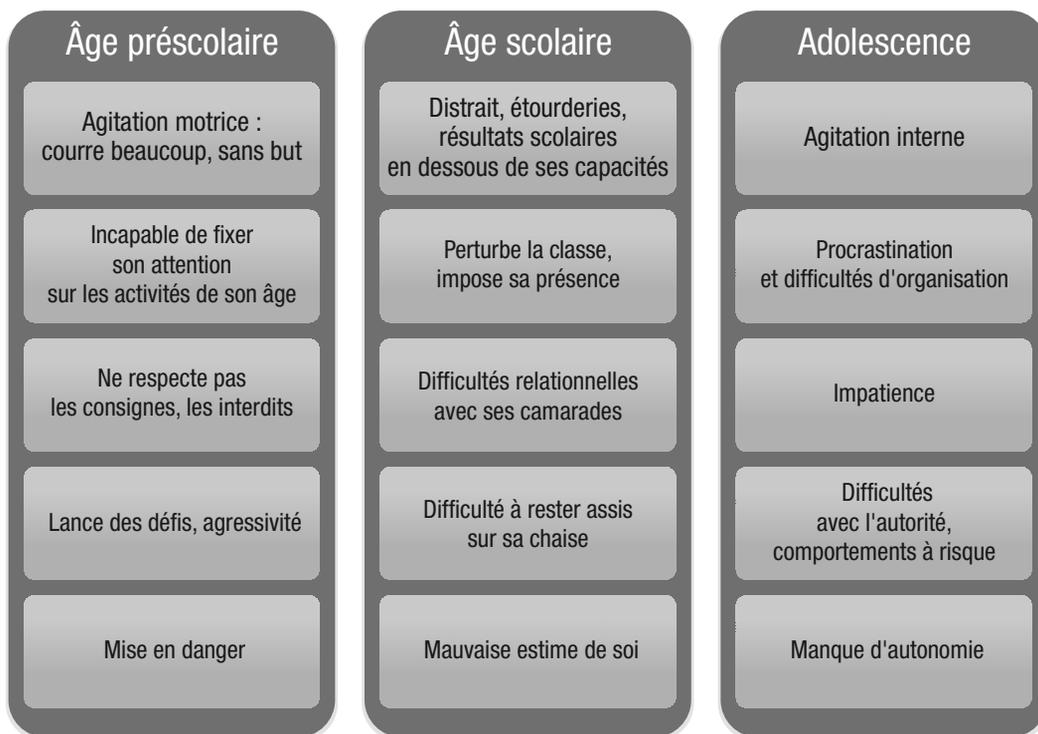


Figure 1.6. Évolution clinique en fonction de l'âge

## Évolution clinique naturelle

La présentation clinique du TDA/H est variable d'un individu à un autre, mais également chez un même individu au cours du temps. Elle va se modifier progressivement en fonction du développement cognitif de l'enfant puis de l'adolescent et des modifications des exigences environnementales. L'apparition de comorbidités peut également influencer la présentation clinique et l'évolution de l'individu.

**Les symptômes cardinaux des individus TDA/H tendent vers une diminution**, mais dans des proportions différentes (Biederman, 2000). L'agitation a tendance à décroître rapidement, l'impulsivité également, tandis que le dysfonctionnement attentionnel décroît beaucoup moins rapidement et de façon moins prononcée. En même temps que ces symptômes tendent vers une diminution, les difficultés d'organisation se font de plus en plus importantes. Ceci étant dit, la diminution des symptômes agitation et impulsivité n'est pas toujours corrélée à un moindre impact fonctionnel du TDA/H. En effet, alors que les symptômes classiques ont tendance à diminuer ou à être moins visibles, l'exigence environnementale demande de plus en plus de capacités organisationnelles et de capacités d'adaptation rapide à l'individu TDA/H.

L'agitation motrice visible tend à se normaliser, mais elle est en fait souvent suivie chez l'adolescent d'une agitation interne, sorte de tension nerveuse. Elle n'est d'ailleurs pas toujours visible dans l'enfance lorsqu'elle est remplacée par une agitation psychique.

L'impulsivité est moins explosive au fur et à mesure que l'adolescent mûrit son système de contrôle et qu'il apprend à reconnaître les comportements nuisibles à son entourage et à lui-même. Il peut rester impulsif sous différentes formes, moins brutales que les crises de nerfs de l'enfant de 5 ans, en « empruntant » la carte bancaire de ses parents pour dépenser des sommes importantes dans un jeu vidéo ou en partant en quête de nouvelles sensations. La consommation et l'abus de substances sont un risque important chez l'adolescent qui cherche à apaiser la tension interne et vivre de nouvelles sensations.

### *Une évolution classique*

Martin, 14 ans, est suivi depuis l'âge de 11 ans pour un TDA/H avec trouble spécifique de la communication comorbide. Sa prise en charge consiste en un traitement médicamenteux par psychostimulant, une rééducation orthophonique de la pragmatique du langage, un groupe d'habiletés sociales et il bénéficie d'aménagements scolaires au sein de son collège.

Alors qu'il n'avait pas d'amis avant le début de sa prise en charge, il commence à avoir quelques relations durables avec ses pairs et réussit mieux à l'école ; ses parents ont décidé de le responsabiliser un peu plus cette année. Ils lui ont donc demandé de se rendre à ses séances de rééducation tout seul et lui font également confiance pour faire son travail scolaire en autonomie.

Après 3 mois de ce régime, je reçois le mail suivant : « Bonjour, comme Mme X (orthophoniste) vous l'a peut-être déjà signalé, Martin suspend ses séances avec elle. Après l'avoir interrogé, nous avons eu confirmation que les problèmes d'organisation prennent des proportions beaucoup plus vastes. Il a raté plusieurs rendez-vous, y compris avec Mme L (groupe d'habiletés sociales). Nous le sentons au même stade de saturation qu'il y a quelques années avec ces rendez-vous à gérer en autonomie. Le moindre obstacle le met dans l'impossibilité d'aller au bout de ce qu'il a décidé. Exemple récurrent : retard du bus. Il ne cherche pas un autre itinéraire et encore moins il n'anticipe sur cet aléa.... Son téléphone ne marche pas et il ne nous le dit pas. Il ne peut prévenir personne, les obstacles s'accumulent... Cela nous inquiète, car nous craignons qu'il ne

## 1 • Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

se prive des soutiens importants. Peut-être devons-nous repenser l'organisation de tout cela... Il nous semble cependant impossible de l'accompagner partout. Nous avons pris rendez-vous pour en parler, merci de l'aide que vous pourrez nous apporter. Très cordialement.

Voici un exemple classique d'évolution des difficultés dans la trajectoire du patient, il ne fait pas parler de lui en terme d'agitation, d'impulsivité ou d'inattention (sous traitement), mais les difficultés organisationnelles sont au premier plan et portent atteinte à son fonctionnement à un âge où les parents attendent qu'il devienne autonome.

L'éducation thérapeutique des patients et de leurs parents se fait dans la continuité de prise en charge, tout au long de celle-ci.

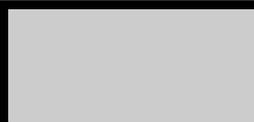
### CE QU'IL FAUT RETENIR

- Le TDA/H est un trouble neuro-développemental.
- Les difficultés d'organisation sont un élément important du diagnostic.
- Il n'y a pas de déficit attentionnel, c'est le contrôle de cette fonction qui n'est pas opérant.
- Ce trouble est compliqué jusqu'à preuve du contraire : comorbidités dans 70 % des cas.
- Certains diagnostics différentiels peuvent également être comorbides du TDA/H.
- Les présentations cliniques peuvent être trompeuses.
- L'agitation n'est pas obligatoire dans le TDA/H.
- Ce trouble ne guérit pas toujours à l'adolescence ou à l'âge adulte : nous observons des rémissions symptomatiques, mais l'impact fonctionnel reste important.

## BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1968). *DSMII*. 308.0 p 50. 309 p 31-2.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *DSMIII*. 41-45.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *DSMIV*. 85-93.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- BARKLEY R.A. (2012). *Executive functions: what they are, how they work, and why they evolved*, New York, Guilford Press.
- BIEDERMAN J., MICK E., FARAONE S.V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*, 2000, 157, 816-818.
- CORTESE S. (2012). The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): What every clinician should know, *European Journal of Paediatric Neurology* (2012), doi : 10.1016/j.ejpn.2012.01.009.
- KLEIN R.G., MANNUZZA S, RAMOS OLAZAGASTI M.A., ROIZEN BELSKY E., HUTCHISON J.A., LASHUA-SHRIFTMAN E., *et al.* (2012). Clinical and Functional Outcome of Childhood ADHD 33 Years Later. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 December 1 ; 69(12) : 1295-1303. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.271.
- MARLAND S. (1972). *Education of the gifted and talented: Report to the congress*. (Document 72-5020). U.S.Government Printing Office, Washington, DC.





# Chapitre 2

## **TDA/H et comorbidités**

## SOMMAIRE

TDA/H et anxiété .....	<b>53</b>
Épidémiologie .....	53
Caractérisation des troubles anxieux .....	53
Les troubles anxieux.....	55
Clinique du TDA/H et anxiété.....	56
Conduite à tenir.....	58
TDA/H et troubles du sommeil .....	<b>61</b>
Diagnostic différentiel .....	61
Difficultés d'endormissement et éveils nocturnes .....	65
Somnolence diurne excessive .....	66
Évaluation des troubles du sommeil .....	67
Prise en charge des troubles du sommeil .....	69
TDA/H et troubles du comportement.....	<b>70</b>
TDA/H et trouble du spectre autistique .....	<b>72</b>
Épidémiologie .....	72
Critères diagnostiques .....	72
Diagnostic clinique de TDA/H et TSA.....	74
Traitement.....	78
Troubles spécifiques des apprentissages .....	<b>78</b>
Troubles obsessionnels compulsifs et tics.....	<b>80</b>
Troubles du comportement alimentaire .....	<b>83</b>
Bibliographie.....	<b>86</b>

**OBJECTIFS**

- Savoir faire la différence entre comorbidité et diagnostic différentiel
- Connaître les différentes expressions cliniques du TDA/H avec trouble comorbide
- Garder à l'esprit que la comorbidité est la règle jusqu'à preuve du contraire
- Savoir prendre en charge un TDA/H avec comorbidité

Les comorbidités sont très fréquentes chez les patients ayant un trouble dysfonctionnel de l'attention avec ou sans hyperactivité (70 % d'entre eux), elles entraînent un impact fonctionnel plus important et peuvent conduire à un échec du diagnostic de TDA/H. Il est d'une importance capitale de les diagnostiquer dès le début de la prise en charge afin de les traiter de façon spécifique. Les enfants TDA/H avec comorbidité ont plus de difficultés sociales, émotionnelles et psychologiques que les enfants atteints de TDA/H seul.

Le problème que pose la comorbidité au niveau diagnostique est double : modification de l'expression symptomatique du TDA/H, distinction entre comorbidité et diagnostic différentiel.

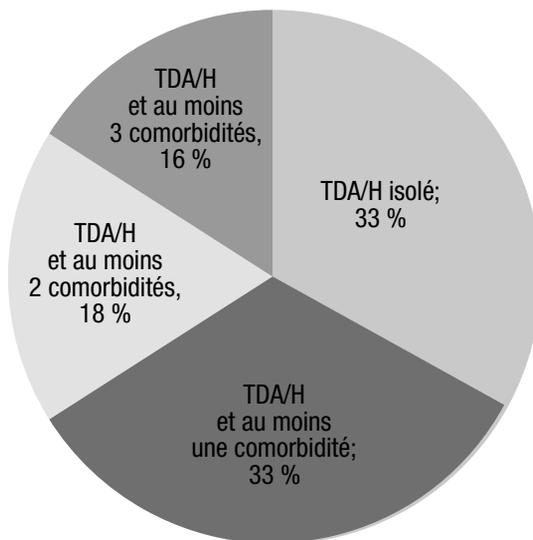


Figure 2.1. Comorbidités du TDA/H

Il faut considérer que tout patient ayant un TDA/H présente une comorbidité, qu'il faut rechercher activement, jusqu'à preuve du contraire.

## TDA/H ET ANXIÉTÉ

### Épidémiologie

Ce qui est frappant c'est la forte association qui existe entre TDA/H et anxiété : ce sont les deux troubles pédopsychiatriques les plus fréquents, mais leur co-occurrence est également très importante. En effet, 25 à 40 % des patients TDA/H ont un trouble anxieux et les échantillons cliniques de patients anxieux montrent que 15 à 30 % répondent aux critères de TDA/H.

Les troubles anxieux ont un impact au niveau du contrôle attentionnel et de la mémoire de travail, il faut cependant se méfier de conclure trop rapidement que le trouble anxieux est responsable des symptômes de TDA/H. La chronologie des symptômes et la présentation clinique peuvent nous aider à faire la différence entre diagnostic différentiel et comorbidité.

Les études de familles de TDA/H montrent clairement une héritabilité il en va de même pour les troubles anxieux, à tel point que l'on entend très fréquemment en consultation « bien sûr qu'il est anxieux, nous le sommes tous dans la famille ! ». Le stress anténatal semble être un facteur de risque pour le développement d'un trouble attentionnel et de difficultés émotionnelles, on peut émettre l'hypothèse que l'anxiété durant cette période agit sur le développement de l'enfant.

Au niveau neuropsychologique, chez le TDA/H avec anxiété : on constate que *l'anxiété accapare des ressources de traitement de l'information et de mémoire de travail*, ce qui contribue à une dégradation des performances. L'anxiété a, par ailleurs, un *effet motivationnel* permettant de dégager des ressources supplémentaires et de développer des stratégies alternatives ; la *capacité d'inhibition est meilleure*.

### Caractérisation des troubles anxieux

La première étape diagnostique lorsqu'est évoquée de l'anxiété lors de l'évaluation clinique est de bien faire la distinction entre stress et anxiété ; ces termes utilisés de façon interchangeable doivent être précisés lors de l'interrogatoire du patient et de la famille.

- **Le stress** est un phénomène physiologique naturel, dont le rôle est de lui permettre de s'adapter rapidement en cas de danger immédiat. Les signes physiques de la réaction de stress sont facilement identifiables : tachycardie, contraction musculaire, respiration profonde, sens aiguisés, transpiration ; l'individu se prépare à affronter le danger. Il s'agit d'une *réaction normale*, nous ne pouvons vivre sans stress, car cette réponse réflexe se met en branle de façon inconsciente et automatique ; elle mobilise l'attention et les ressources du sujet face à une tâche ou un danger.

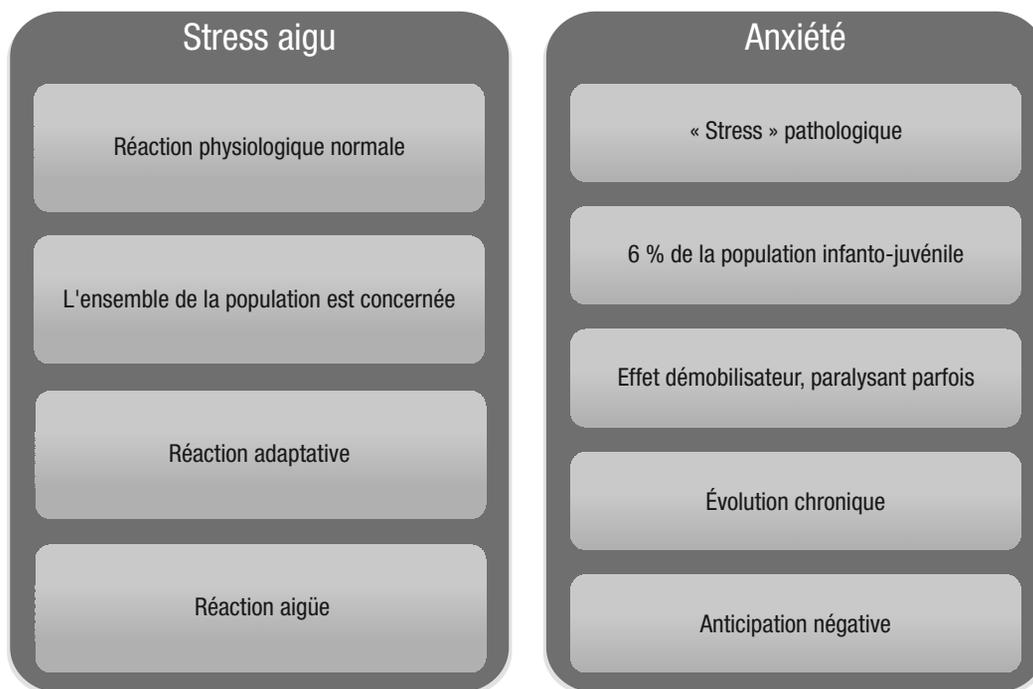


Figure 2.2. Distinguer stress et anxiété

Le seuil de déclenchement de cette réaction est différent chez chaque individu et fonction de plusieurs facteurs, dont l'apprentissage. Cet apprentissage peut être lié à des facteurs culturels (on apprend à se méfier d'une situation), il peut être acquis (par la répétition de certaines tâches stressantes).

Ainsi, par l'apprentissage, la réaction de l'individu au stress peut être progressivement modifiée. Prenons l'exemple d'un enfant TDA/H rejeté par ses pairs du fait de son impulsivité et/ou de son agitation : au fur et à mesure qu'il va essayer de se faire accepter, il va vivre des échecs successifs. Lorsqu'un effort lui est demandé pour aller vers l'autre, son seuil déclencheur de stress est de plus en plus faible, il a appris à redouter la situation ; ce stress peut devenir chronique.

- **L'anxiété** est un trouble chronique, son importance et sa gravité sont fréquemment sous-estimées chez l'enfant et l'adolescent, elle est parfois considérée à tort comme un épiphénomène secondaire à un autre trouble. Ce trouble chronique ne guérit pas spontanément et peut être responsable d'un impact fonctionnel important, en effet contrairement au stress l'anxiété démobilise et pousse à *éviter les situations stressantes*. Elle s'accompagne d'une *anticipation de la situation stressante* et l'individu imagine alors qu'il ne pourra y faire face de manière adaptée. La différence entre stress chronique et

anxiété réside dans le fait que l'anxiété empêche l'individu de s'adapter correctement aux tâches auxquelles il doit faire face.

## Les troubles anxieux

L'anxiété est différente de la réaction physiologique de stress par sa capacité à démobiliser l'individu (conduite d'évitement), l'anticipation de la situation anxiogène et les cognitions anxieuses (vision pessimiste).

***L'anxiété est un savant mélange de stress positif et de pensées anxieuses paralysantes qui cherche à trouver un équilibre, mais n'y parvient pas.*** Tantôt c'est le stress mobilisateur qui sert la cause de l'individu (mise au travail), tantôt c'est l'anxiété qui le démobilise, « je savais tout pour mon évaluation, mais j'avais tellement peur de ne pas réussir que j'ai paniqué ».

Les cognitions anxieuses dont il souffre résultent de la mauvaise image de soi qu'il s'est construit : sentiment d'incapacité à résoudre un problème et surestimation de la difficulté de la tâche. Ainsi, on dit qu'il se fait une montagne de petites choses, c'est un inquiet, il a tendance à imaginer des scénarios négatifs en cascade (scénarios catastrophes) ou une mauvaise réaction en entraîne une autre puis encore une et ainsi de suite. Ceci le conduit à éviter la situation anxiogène, puisqu'il ne sera pas capable soit de résoudre le problème qui se pose, soit de réagir de manière adaptée.

### L'individu anxieux

- Anxiété avec conduite d'évitement.
- Anticipation anxieuse des situations : projection pessimiste.
- Sous-estime sa capacité à réussir et surestime la difficulté de la situation, de la tâche.
- Scénarios catastrophes : « si je rate cette interro je vais avoir une mauvaise note de plus, ma moyenne sera mauvaise, mon trimestre est fichu, je vais finir par redoubler ».
- Recherche le contrôle.
- *Pas de difficulté d'organisation.*
- *Pas de problème de gestion du temps.*
- *Absence de comportements impulsifs avec recherche de nouveauté.*

La présence d'un trouble anxieux doit être *systématiquement recherchée* lors de l'anamnèse parentale pour tout enfant ou adolescent TDA/H, puis lors de l'entretien avec le patient.

### Recherche systématique du trouble anxieux

- Entretien avec les parents : recherche de facteurs de risque (histoire familiale de trouble anxieux, anxiété maternelle pré ou périnatale, expériences stressantes dans la petite enfance) – recherche active d'une symptomatologie anxieuse (enfant inhibé, inquiet, demande de réassurance parentale régulière, douleurs abdominales ou céphalées fréquentes, évitement de certaines situations, comportements ritualisés ou routines prenant beaucoup de temps.
- Entretien avec le patient : inquiétudes par rapport à différentes situations (école, grands espaces, cinéma, maladie, foule, moyens de transports et autres), conduites d'évitement, se fait beaucoup d'histoire pour pas grand-chose, se fait des scénarios catastrophes face à une difficulté.
- Observation du patient : difficulté à se séparer des parents, mains moites, bouche sèche, discours inaudible, évitement du contact oculaire

Quasiment tous les types de troubles anxieux peuvent être associés au TDA/H. En pratique clinique, l'anxiété de performance est très fréquente, elle semble presque inévitable : l'enfant TDAH est placé dans une situation d'impuissance lorsqu'il doit apprendre, restituer ses connaissances, se contrôler au niveau moteur. L'enfant perd progressivement confiance dans sa capacité à faire les choses comme ses pairs, qui y parviennent sans effort.

## Clinique du TDA/H et anxiété

La clinique des individus ayant un trouble attentionnel associé à un trouble anxieux est toute particulière et mérite que l'on s'y attarde un peu afin de mieux les appréhender pendant la phase d'évaluation diagnostique (Vera, 2014).

L'enfant et l'adolescent anxieux expriment peu leurs difficultés de façon spontanée, les parents ont souvent tendance à les méconnaître ou à les négliger en pensant que « cet état lui passera » ou qu'il « est anxieux comme tout le monde dans la famille ». Autant l'entourage est souvent bon informateur en ce qui concerne le TDA/H, autant en ce qui concerne les signes d'anxiété c'est le patient qui est le meilleur informateur.

**L'anxieux, cherche à donner une bonne image**, il souhaite qu'on le rassure sur ses performances, attend une validation de la part de son entourage (amis, famille, enseignants). Il est donc soucieux de son avenir, de ses performances scolaires, sociales et sportives, de ce que les autres pensent de lui.

L'anxiété a souvent un effet positif sur l'impulsivité : le TDA/H avec anxiété veut donner une bonne image et se contrôle à l'extérieur, cela est coûteux en énergie et il ne peut tenir en permanence, il se contrôle beaucoup moins chez soi. Les parents se demandent dans ces

Trouble anxiété généralisée	Anxiété de séparation	Anxiété de performance
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquiet de tout, constamment préoccupé</li> <li>• Inquiétudes excessives et difficiles à contrôler</li> <li>• Les préoccupations sont en lien avec des événements passés ou à venir</li> <li>• Difficulté à se détendre</li> <li>• Retentissement sur le sommeil : sommeil non réparateur</li> <li>• Manifestations physiques du stress</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble anxieux le plus fréquent chez l'enfant</li> <li>• Détresse marquée lors de la séparation (ou de son anticipation) avec les parents</li> <li>• Restriction des sorties, impossibilité de dormir chez des amis, d'aller en colonie de vacances</li> <li>• Plaintes somatiques les jours d'école</li> <li>• Crainte excessive qu'un malheur n'arrive aux parents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envie de bien faire, de donner une bonne image</li> <li>• Préparation des évaluations</li> <li>• Anticipation anxieuse des situations d'évaluation</li> <li>• Angoisse en situation scolaire et extra-scolaire</li> <li>• Paralysie en évaluation avec contre-performances</li> <li>• Trou noir en évaluation</li> </ul>

Figure 2.3. Troubles anxieux chez le TDA/H

cas de figure si l'enfant ne le fait pas exprès, ils entendent que leur enfant est un ange à l'école ou chez d'autres parents, mais très impulsif et difficile à gérer au domicile.

Les anxieux ont l'habitude d'élaborer des stratégies alternatives (évitement) et l'impulsivité cognitive est souvent compensée par divers stratagèmes, le patient explique qu'il s'interdit de commencer un exercice avant d'avoir lu plusieurs fois la consigne et/ou va se relire plusieurs fois pour corriger les erreurs d'étourderies.

Le désir de donner une bonne image, la crainte des conséquences négatives qu'ils anticipent mieux (ou plus négativement) et le besoin de contrôle ont des conséquences positives sur le comportement : ils prennent moins de risque et consomment moins de substances illicites.

Le développement de stratégies compensatoires permet souvent de compenser d'autres aspects du trouble attentionnel, l'anxieux qui a observé avec un œil aiguisé des « défauts » va élaborer des moyens de ne plus en être victime. Ainsi, il prend l'habitude de vérifier plusieurs fois qu'il a bien ses affaires, de noter les tâches à ne pas oublier, ou de se mettre spontanément des rappels sur le téléphone portable.

Le souci des performances scolaires pousse à travailler plus que celui qui a un TDA/H sans anxiété, il compense les difficultés d'attention, qui ont l'empêché de comprendre le cours en classe, par une « double dose » de travail à la maison. Il est souvent lent dans la

réalisation de cette tâche et l'impact de cette lenteur sur la vie sociale est visible : certains n'ont pas le temps de faire des activités extrascolaires ou de voir leurs amis parce qu'ils veulent « bien faire » leur travail.

Ainsi, l'association TDA/H et anxiété a un impact sur la présentation clinique du TDA/H et peut entraîner un retard diagnostic. Certains indices doivent nous mettre la puce à l'oreille devant un trouble anxieux, on suspecte un TDA/H quand : il y a des comportements impulsifs (même limités au domicile), des difficultés d'organisation, les difficultés attentionnelles sont apparues avant l'anxiété.

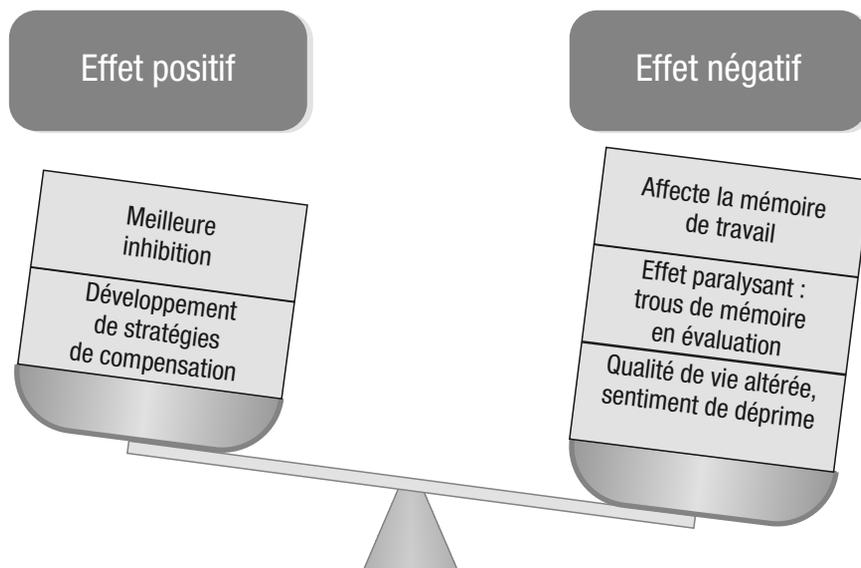


Figure 2.4. Effets de l'anxiété sur le TDA/H

## Conduite à tenir

Devant un TDA/H avec anxiété il faut avoir quelques notions importantes à l'esprit en déterminant la stratégie thérapeutique :

- Rechercher activement une dépression (deux facteurs de risque).
- Le traitement de l'anxiété ne fait pas « disparaître » le TDA/H.
- Le traitement du TDA/H peut avoir un effet apaisant .
- Le TDA/H anxieux a très fréquemment une mémoire de travail altérée.
- La présence d'un trouble anxieux n'interdit pas un traitement par méthylphénidate.
- Le méthylphénidate peut augmenter le stress et avoir un impact négatif sur l'anxiété.

La première étape de notre stratégie est de déterminer le degré de retentissement du trouble attentionnel afin de savoir si une prise en charge médicamenteuse pourrait être indiquée. Si le TDA/H est apparu en premier, chronologiquement, il sera la cible du traitement.

### *Un TDA/H anxieux suivi sur quelques années*

Léo, 9 ans, est amené par ses parents en consultation pour prise en charge d'un trouble dysfonctionnel de l'attention « avec quelques passages d'hyperactivité ».

Un diagnostic de TDA/H a été posé il y a un an, il présente également un trouble de la lecture et suit une rééducation orthophonique. Un traitement par méthylphénidate a été prescrit, mais il est mal toléré par Léo qui a des céphalées fréquentes et est d'humeur dépressive.

L'anamnèse parentale révèle : mère anxio-dépressive, sous antidépresseur prenant la grossesse, l'accouchement a été déclenché avant le terme pour une souffrance fœtale aiguë. Le développement psychomoteur s'est déroulé sans particularité. À l'âge de 3 ans ont été repérées des difficultés pour : les activités de découpage et collage, puis l'apprentissage des lacets, graphisme de mauvaise qualité, s'habille lentement le matin, car il a des difficultés pour fermer boutons et fermetures éclair. Le sommeil est difficile, les parents rapportent qu'il s'oppose, en fait il se relève plusieurs fois après avoir été mis au lit.

Dans les antécédents familiaux, on note : anxiété maternelle et syndrome des jambes sans repos chez la mère.

L'entretien avec Léo confirme le diagnostic de TDA/H et permet de noter : de grandes peines en résolution de problèmes mathématiques (penser à la mémoire de travail), se plaint d'être rejeté par ses pairs et n'a pas d'amis dans sa classe, difficultés à se repérer sur une feuille pour travailler, y compris quand il y a des lignes ou des carreaux, il reconnaît que son graphisme est de mauvaise qualité.

Il parle peu, regarde peu son interlocuteur dans les yeux, mais a de bonnes capacités de réciprocité émotionnelle et sourit aux plaisanteries, il confie être inquiet le soir quand il se couche et est préoccupé par mille choses.

Au total, plusieurs hypothèses sont à soulever :

- anxiété devant les facteurs de risque prénataux, antécédents familiaux, caractère inquiet et humeur dépressive sous méthylphénidate,
- trouble praxique,
- syndrome des jambes sans repos.

Les examens suivants ont été demandés : WISC IV, bilan psychomoteur, bilan orthoptique, ferritinémie.

Le traitement a été modifié de la façon suivante : changement de forme galénique de méthylphénidate pour une libération intermédiaire, prescription de mélatonine et Léo est adressé en psychothérapie TCC.

Léo est revu un mois plus tard, la WISC réalisée sous traitement apporte les éléments suivants : ICV 100, IRP 99, IMT 100, IVT 79, le compte-rendu est transmis sans détail. La psychologue, jointe par téléphone apporte les éléments suivants : Léo est pénalisé en vitesse de traitement par des vérifications multiples, l'indice de mémoire de travail ne reflète pas ses difficultés réelles, car il échoue à une épreuve sur deux (élément capital). Le changement de galénique a été

bénéfique, il tolère bien le nouveau traitement et s'endort rapidement avec la mélatonine. La ferritinémie est normale.

Il est alors décidé de lui prescrire une remédiation de la mémoire de travail et de poursuivre tel quel.

Trois mois plus tard, il se débrouille mieux en résolution de problèmes mathématiques (effet de la remédiation), il a entrepris une rééducation psychomotrice, son graphisme s'améliore. Le traitement est bien toléré et efficace.

À six mois, il est revu en entretien, sa mère a diminué le traitement, car Léo était stressé, mou, apathique, depuis la semaine suivant notre rendez-vous précédent (mère infirmière, éduquée sur la possibilité de diminuer la posologie en cas d'impact sur l'humeur), il va mieux, mais est toujours anxieux et n'arrive plus à soutenir son attention. Un traitement antidépresseur est instauré et la posologie de MPH réajustée.

Les rendez-vous de suivi à 1,3, 6 mois suivants n'ont rien révélé de particulier, il allait beaucoup mieux.

Six mois plus tard, fin de la thérapie, Léo va très bien, beaucoup moins anxieux, l'antidépresseur est maintenu (en « couverture »). Trois mois plus tard, il revient « en urgence », car c'est la catastrophe au niveau scolaire : il ne travaille plus et est insolent en classe. Léo n'est plus du tout inquiet de ses résultats et de l'image qu'il donne, « je me lâche » dit-il. Sa mère, intelligemment, dit « il n'est plus assez stressé ». Le traitement antidépresseur stoppé, tout est redevenu sous contrôle et depuis 3 ans il évolue très favorablement.

Ces cas sont relativement fréquents : sans anxiété ces patients ne sont parfois plus du tout assez stressés pour leurs performances et décident de se « détendre ».

Ce cas illustre une première règle de la prise en charge du patient anxieux quand un traitement médicamenteux est indiqué : il faut toujours leur prescrire une posologie plus faible qu'habituellement et les revoir régulièrement. Le risque lorsqu'il n'y a plus d'anxiété est de les voir arrêter de se préoccuper de leur réussite scolaire et/ou sociale.

Une autre illustration de ce cas clinique est que les patients TDA/H anxieux, s'ils compensent mieux que ceux non anxieux, ont fréquemment une mémoire de travail plus altérée et elle doit faire l'objet d'une investigation et si nécessaire d'une remédiation.

#### ***Atteinte de la mémoire de travail***

- « As-tu besoin de relire plusieurs fois un texte pour le comprendre ? »
- « As-tu des difficultés en résolution de problèmes mathématiques ? »
- « Lorsque tu résous un problème, as-tu souvent besoin de relire la consigne et tes réponses aux questions précédentes ? »
- « As-tu du mal à suivre une consigne en plusieurs étapes ? »
- « As-tu besoin de plus de temps que les autres pour compléter une tâche ? »
- « Ressens-tu des difficultés à te souvenir de choses que tu as apprises ? »
- « As-tu des difficultés à mémoriser tes leçons ? »

L'altération de la mémoire de travail n'est pas le seul impact cognitif de l'association de l'anxiété au TDA/H : ils sont plus lents et ont des difficultés à prendre des décisions ; la stratégie thérapeutique doit prendre ces éléments en compte.

L'approche recommandée lors de l'évaluation clinique est :

- diagnostic du trouble anxieux dont est atteint le patient ;
- évaluation de la mémoire de travail ;
- recherche active d'une dépression ;
- évaluation d'un impact sur le sommeil ;
- évaluation de l'estime de soi ;
- déterminer le trouble ayant l'impact le plus sévère et le traiter en premier.

La stratégie thérapeutique du TDA/H avec anxiété est complexe, la première règle est de traiter le trouble ayant le retentissement fonctionnel le plus important en premier ; cette évaluation est délicate et doit être menée par un spécialiste.

Lorsque le trouble anxieux doit être traité en premier, on le traite comme habituellement en prescrivant en sus une remédiation de la mémoire de travail si nécessaire et des stratégies alternatives pour le trouble attentionnel.

## TDA/H ET TROUBLES DU SOMMEIL

Qu'ils soient subjectifs ou objectivés par polysomnographie ou actimétrie, les troubles du sommeil et de la vigilance sont fréquemment associés au TDA/H, ils peuvent être aigus ou chroniques. Il existe un lien étroit entre mauvaise qualité de sommeil et difficultés d'attention, du fonctionnement exécutif, problèmes comportementaux et troubles de la vigilance diurne.

### Diagnostic différentiel

Un trouble du sommeil peut être diagnostic différentiel ou comorbidité du TDA/H, il est parfois difficile de distinguer l'un de l'autre. Les besoins de sommeil varient avec l'âge et diminuent entre l'enfance et l'adolescence, mais force est de constater que beaucoup de parents ignorent la quantité de sommeil dont ont besoin les enfants.

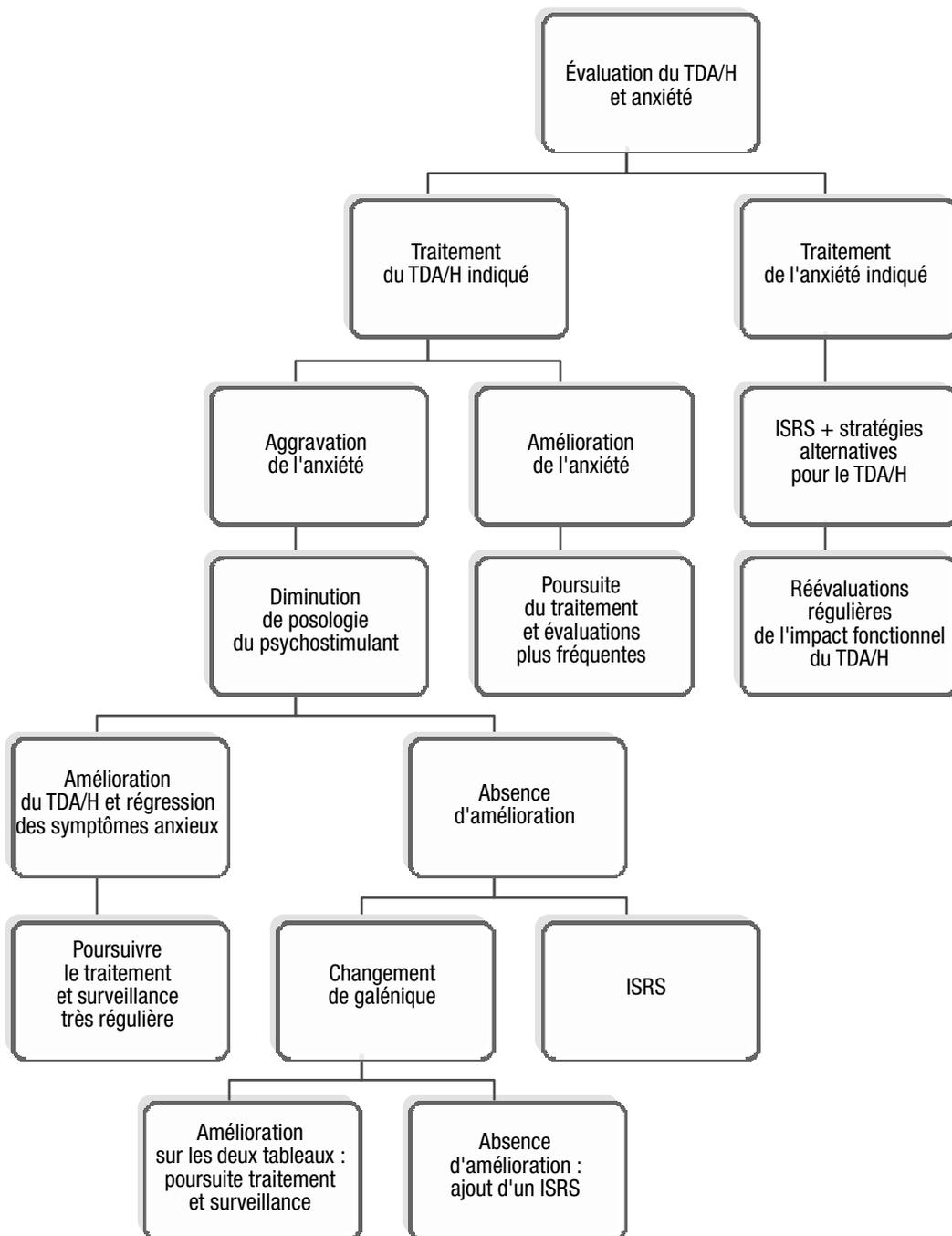


Figure 2.5. Arbre décisionnel du traitement du TDA/H avec anxiété

**Évolution des besoins de sommeil avec l'âge**

- nouveau-né : de 16 à 20 heures
- de 3 mois à 1 an : 14 heures
- de 3 à 5 ans : 11 à 13 heures
- de 5 à 12 ans : 10 à 11 heures
- de 12 à 18 ans : 8 à 10 heures
- adulte : 7,5 à 10 heures
- sujet âgé : 7 heures

Le principal diagnostic différentiel du TDA/H est **le syndrome de l'apnée obstructive du sommeil (SAOS)**. Ce syndrome touche à peu près 2 % de la population infantile. S'il est considéré comme un diagnostic différentiel, il faut savoir qu'il est parfois associé au TDA/H qu'il faudra alors traiter.

Le SAOS est caractérisé par des épisodes d'obstruction partielle ou complète des voies aériennes supérieures pendant le sommeil ; ces épisodes obstructifs sont responsables d'un défaut d'oxygénation cérébrale et d'une fragmentation du sommeil. Les séquelles de ce trouble du sommeil peuvent être : retard de croissance (tardif) en lien avec une diminution de la sécrétion nocturne d'hormone de croissance, fatigue chronique avec difficulté à maintenir son attention, obésité, irritabilité, hypertension.

**Signes évocateurs d'un syndrome de l'apnée obstructive du sommeil**

- Ronflements ou respiration nocturne bruyante.
- Pauses respiratoires durant le sommeil (la poitrine de l'enfant se soulève alors que l'on n'entend pas le bruit respiratoire puis il semble reprendre son souffle après avoir passé plusieurs secondes sans respirer).
- Changements répétés de position dans le lit.
- Fatigue dans la journée, même après une nuit complète de sommeil. Fatigue plus importante au réveil que le soir avant de se coucher.
- Céphalées au réveil.
- Énurésie nocturne.
- Difficultés scolaires et comportementales (irritabilité, agitation).

Les causes les plus fréquentes de SAOS sont l'hypertrophie des amygdales ou des végétations. Une mandibule trop courte, une mâchoire trop étroite et l'obésité sont des facteurs de risque connus. En présence de signes d'appel pour un syndrome d'apnée obstructive du sommeil, le patient doit être adressé vers un ORL et un spécialiste du sommeil pour programmer une polysomnographie et rechercher une cause curable.

**Le syndrome des jambes sans repos (SJSR)** touche environ 8 % de la population française, il est plus courant chez l'adulte que chez l'enfant, mais il faut y penser quand les parents signalent que l'enfant se relève plusieurs fois après le coucher. C'est un trouble sensori-moteur caractérisé par une envie irrésistible (impatiences) de bouger les jambes et/ou les bras ; les patients ressentent des paresthésies ou des douleurs qui sont soulagées par la mobilisation des membres. Ces symptômes suivent un rythme circadien, s'intensifiant en cours de soirée et durant la nuit, lorsqu'ils sont sévères ils peuvent affecter la qualité du sommeil.

#### Signes évocateurs d'un syndrome des jambes sans repos

- Sensation de picotement, fourmillement, démangeaison ou brûlure, elles sont bilatérales le plus souvent et touchent principalement les mollets ou les cuisses, plus rarement les avant-bras.
- Ces impériosités sont soulagées par la mobilisation des membres.
- L'enfant se relève souvent plusieurs fois, il a du mal à trouver le sommeil.
- Les mouvements périodiques du sommeil sont présents chez 80 % de ces patients : il s'agit de mouvements involontaires qui ne sont pas perçus par le patient. Ils s'accompagnent de micro-éveils.
- Histoire familiale de SJSR et/ou de mouvements périodiques du sommeil.

Le diagnostic de ce trouble du sommeil peut être délicat chez les enfants de moins de 6 ans, car il repose essentiellement sur l'interrogatoire avec la description des impériosités. En cas de doute on prescrit un bilan martial à la recherche d'une carence en fer (fréquente) et une polysomnographie à la recherche de mouvements périodiques du sommeil. Le traitement, chez l'enfant et l'adolescent, repose sur une supplémentation martiale, des règles hygiéno-diététiques (régularité des heures de sommeil, limitation des substances tabagiques, alcooliques, et caféine).

**Le retard de phase** est relativement fréquent chez les adolescents (7 % environ) qui décalent physiologiquement leur horaire de coucher, mais doivent continuer de se lever tôt pour se rendre en classe. Il entraîne alors une *dette de sommeil*. Il est primordial de rechercher une dette de sommeil chez un adolescent qui consulte pour des symptômes de TDA/H sans qu'il y ait d'antécédents évocateurs de trouble attentionnel. Bien entendu des jeunes ayant un trouble attentionnel isolé peuvent compenser pendant plusieurs années sans que les symptômes ne soient visibles, d'ailleurs les critères diagnostiques du DSM-V ont été élargis dans ce sens, mais en cas de dette du sommeil chez un adolescent ayant des signes de TDA/H on traitera en premier lieu le problème de sommeil.

### Signes évocateurs d'un retard de phase avec dette de sommeil

- Troubles de la vigilance diurne, compensée par des siestes dans la journée ou un sommeil excessif le week-end.
- Difficultés d'endormissement avec horaire de coucher tardif (après 1 heure du matin).
- Réveil difficile.
- Sommeil de qualité et de durée normale s'il n'y a pas d'obligation à se lever tôt le matin (le patient se lève généralement après 11 h).

SAOS	SJSR	Hypersomnie	Retard de phase
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transpiration nocturne</li> <li>• Céphalées matinales</li> <li>• Nycturie ou énurésie nocturne</li> <li>• Somnolence diurne</li> <li>• Ronflements</li> <li>• Sommeil non réparateur</li> <li>• Agitation de « lutte » pour rester éveillé</li> <li>• Endormissement rapide en journée quand inactif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paresthésies aux membres inférieurs et/ou supérieurs</li> <li>• Besoin de se relever plusieurs fois après s'être couché</li> <li>• Besoin de bouger dans le lit</li> <li>• Sommeil non réparateur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réveil difficile : ivresse du sommeil</li> <li>• Durée de sommeil longue</li> <li>• Qualité du sommeil bonne</li> <li>• Somnolence diurne excessive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coucher tardif : entre 1 et 4 heures</li> <li>• Réveil tardif entre 10 et 13 heures</li> <li>• Retards à l'école nombreux</li> <li>• Concerne 7 % des adolescents</li> </ul>

Figure 2.6. Troubles du sommeil

## Difficultés d'endormissement et éveils nocturnes

Il est commun lors de l'anamnèse parentale d'entendre des parents raconter les grandes difficultés dont leur enfant a précocement souffert pour trouver le sommeil. Certains ont été priés de reprendre leur enfant de 3-5 ans à midi, car il ne faisait pas la sieste et empêchait les autres de dormir, d'autres racontent les longues années écoulées à attendre que l'enfant fasse enfin des nuits complètes. On les entend souvent dire que leur enfant même épuisé ne parvenait pas à faire une sieste et qu'ils devaient alors composer avec la mauvaise humeur et les crises de nerfs de ce dernier.

Devant ces difficultés, il faut analyser les habitudes de sommeil et évaluer la part comportementale dans la difficulté à trouver le sommeil : opposition, absence de limites claires imposées par les parents, mauvaise hygiène de sommeil, incapacité à s'endormir ou se rendormir sans la présence de l'adulte. À l'adolescence, ces difficultés ont tendance à s'aggraver, car ils ont tendance à se décaler physiologiquement avec un pic de mélatonine plus tardif.

Les adolescents en retard de phase se sentent plus vifs en début de soirée et sont alors plus à même de réaliser diverses tâches et de faire leurs devoirs jusqu'à un horaire tardif. Ils décrivent parvenir à initier, maintenir l'effort et soutenir leur attention bien plus durablement que pendant la journée ; mais l'école ne s'adaptant au rythme des adolescents, le lever tardif associé peut être synonyme de retard scolaire ou d'une vigilance amoindrie en cours de journée.

### **Somnolence diurne excessive**

Les enfants TDA/H ont un trouble de la régulation de l'état de vigilance et sont plus sujets à des endormissements diurnes, d'ailleurs l'agitation motrice des enfants TDA/H correspond à des tentatives de stimuler cet éveil cérébral défaillant. Cette somnolence diurne excessive a été objectivée par des études de la vigilance diurne, elle ne semble pas corrélée avec les altérations des paramètres du sommeil (Vantalon, 2005).

Les difficultés d'éveil matinal peuvent être multifactorielles : coucher tardif, impact motivationnel (lever plus facile le week-end que les jours de classe), trouble de l'humeur comorbide. Certains parents sont désespérés de voir leur adolescent incapable de se réveiller le matin alors même que son réveil est en train de hurler près de ses oreilles et que le deuxième (le réveil de sécurité) se déclenche sans provoquer de réaction. Ils doivent alors déployer des efforts considérables pour réveiller leur adolescent et le tirer du lit alors même qu'ils ont pris toutes précautions nécessaires pour qu'il se couche tôt (confiscation du téléphone portable, coupure internet programmée).

De nombreux patients avec trouble attentionnel rapportent des difficultés à rester éveillé dans la journée lorsqu'ils ne sont pas engagés dans une activité stimulante physiquement ou intellectuellement. Assister à un cours, lire un livre, être assis dans les transports publics, préparer un examen peut les plonger dans un état de somnolence alors même qu'ils ont l'impression d'avoir passé une bonne nuit de sommeil. Ils sont obligés de bouger, faire des pauses ou changer d'activité très régulièrement pour ne pas se laisser aller à la somnolence.

La somnolence diurne excessive doit conduire à la recherche d'un trouble de l'humeur associé.

*Un cas d'école buissonnière*

Thomas, 16 ans, suivi depuis deux ans pour trouble dysfonctionnel de l'attention avec hyperactivité est accompagné par son père en entretien de suivi trimestriel. La tension est palpable en salle d'attente alors que nous allons chercher Thomas et que son père insiste pour être présent durant l'entretien.

Nous sommes à peine installés autour du bureau qu'une enveloppe est déposée sur celui-ci et tout porte à croire que la cause du conflit est scellée à l'intérieur. L'enveloppe contient le relevé des retards et absences de Thomas du premier trimestre de son année scolaire : 84 retards et 22 absences, « cette fois-ci c'est la pension ! » lance le père de Thomas, furibond.

Thomas est un jeune homme très intelligent, qui travaille le minimum possible afin qu'on le laisse tranquille, il prend un traitement depuis deux ans et reconnaît que cela l'a beaucoup aidé à réguler ses débordements impulsifs vis-à-vis de ses pairs et des adultes auxquels il a à faire. Son attention est meilleure et il a pu renouer des liens avec des amis qui l'avaient laissé tomber. Il souffre d'un grand manque d'estime de soi, mais a toujours refusé la prise en charge psychologique qui lui est recommandée régulièrement.

Ses parents sont séparés depuis qu'il a 12 ans, il vit chez sa mère et se rend chez son père 1 à 2 week-ends par mois. Son père est très présent, de ceux que l'on appelle aujourd'hui les parents hélicoptères, prêt à aider son fils dans tous les pétrins où son impulsivité le plonge. Mais cette fois, c'est celle de trop, alors que Thomas avait promis de faire des efforts pour réussir son bac à la fin de l'année, il ne se rend pas en cours et ses résultats scolaires sont médiocres.

Thomas a des difficultés d'endormissement, mais refuse de prendre la mélatonine que nous lui avons proposée, car « ça suffit avec les cachets, j'en prends déjà un tous les matins, je ne vais pas me droguer en plus le soir ». L'ironie du sort fait que Thomas fumait du cannabis pour s'endormir l'an dernier, il est sevré depuis six mois (contrôle urinaire parental à l'appui). Il se couche à 23 h et s'endort environ une heure plus tard, pour être à l'heure en classe le matin, il doit se lever à 6 h 30 afin de prendre son train, mais il n'entend pas son réveil sonner et se réveille vers 7 h 45 le matin, ratant ainsi deux heures de cours au moins 4 fois par semaine.

Le problème de Thomas c'est que sa mère qui se chargeait de le lever tous les matins (dont une fois avec un verre d'eau) a changé de travail et qu'elle en profite pour se lever plus tard depuis quelques mois.

Des mesures objectives du sommeil n'ont rien révélé, mais Thomas souffrait d'un état dépressif majeur et un traitement antidépresseur a été instauré, il a accepté le soutien psychologique proposé depuis longtemps. Sa mère se prive de grasse matinée pour le lever et il n'a plus raté de cours depuis. Il se plaint tout de même d'avoir envie de dormir en classe malgré ses efforts pour s'intéresser au sujet.

## Évaluation des troubles du sommeil

La recherche d'un trouble du sommeil est notre préoccupation première lorsque nous recevons un enfant ou adolescent pour une symptomatologie évocatrice de TDA/H, elle reste un souci majeur lors des entretiens de suivi régulier, car ces troubles peuvent êtres

transitoires. L'évaluation de ce trouble doit alors s'efforcer de préciser si le trouble du sommeil est une comorbidité ou la cause du trouble attentionnel.

L'évaluation à conduire devant un trouble du sommeil consiste à rechercher des symptômes en faveur d'un trouble du sommeil qui puisse être cause du trouble attentionnel comme le syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

Les comportements liés au sommeil sont explorés à la recherche d'indices :

#### Comportements liés au sommeil

- Horaires de lever et de coucher, régularité de ces horaires.
- Grasse matinée le week-end.
- Difficultés d'endormissement, levers multiples après le coucher.
- Réveils nocturnes, capacité à se rendormir seul.
- Difficulté d'éveil, à sortir du lit.
- Troubles de la vigilance signalés dans la journée.

Les parents sont également interrogés et les mêmes questions leur sont posées, on pèse ensuite les réponses de chacun dans la balance diagnostique. On peut leur demander de remplir un agenda du sommeil, sur une période de quelques semaines, précisant les horaires de coucher, de lever, la présence d'éveils nocturnes, la qualité de l'éveil matinal.

L'impact familial et scolaire est également soulevé, nous permettant de dresser un tableau complet de la problématique que pose le trouble du sommeil.

L'hygiène de sommeil et les routines instaurées avant le coucher font l'objet d'une évaluation rigoureuse à la recherche d'éventuelles interventions simples.

#### **Exemples de questions pour évaluer le sommeil**

- « À quelle heure te rends-tu au lit ? Cet horaire est-il régulier ? »
- « Attends-tu le dernier moment, celui où tu es épuisé pour aller te coucher ? »
- « As-tu des difficultés à t'endormir ? »
- « Sais-tu environ combien de temps il te faut pour trouver le sommeil ? »
- « Combien d'heures dors-tu en moyenne ? »
- « Arrive-t-il que tu te réveilles en pleine nuit ? Si oui, as-tu du mal à te rendormir ? »
- « Te reproche-t-on de ronfler la nuit ? »
- « As-tu du mal à te réveiller le matin ? Si oui, combien de temps te faut-il pour être bien éveillé ? »
- « As-tu tendance à t'endormir dans la journée ? »

## Prise en charge des troubles du sommeil

En cas de comorbidité, plusieurs interventions peuvent être envisagées : comportementale, éducative, médicamenteuse. L'objectif est de ne pas laisser évoluer un trouble du sommeil qui agit comme facteur d'aggravation de la symptomatologie du TDA/H.

Chez l'enfant, la première intervention est d'établir une routine de sommeil lui permettant de trouver seul le sommeil et de se rendormir seul en cas d'éveil nocturne :

### Routine du coucher

- Repas léger le soir, au moins deux heures avant de se coucher.
- Prendre un bain et se brosser les dents.
- Mettre le pyjama.
- Lire une histoire, proscrire les écrans et activités excitantes 1 heure avant le coucher.
- Coucher l'enfant, l'embrasser et quitter la pièce..

Il est indispensable d'établir une routine simple, qui soit limitée dans le temps, elle doit permettre à l'enfant de se détendre avant l'heure du coucher et les activités doivent progressivement diminuer en intensité, les écrans doivent être éteints 1 heure avant le coucher et l'éclairage ambiant est diminué parallèlement. L'enfant doit être couché et levé à des horaires réguliers, le repas doit précéder le coucher d'au moins deux heures et les produits contenant de la caféine sont interdits au moins 6 heures avant le coucher.

Les adolescents doivent être éduqués à une bonne hygiène de sommeil et développer, eux aussi, une routine avant d'aller se coucher. Le téléphone portable, la tablette électronique, l'ordinateur portable, le téléviseur doivent être éteints au moins une heure avant le coucher et remplacés par la lecture d'un livre ou d'un magazine, de la musique calme, une séance de méditation, une douche ou un bain. L'éducation thérapeutique doit soulever le problème des grosses matinées le week-end, les horaires doivent être réguliers et le fait de se lever plus tard certains jours risque de décaler leur cycle veille sommeil. Les parents aussi doivent être éduqués à ce problème, car ils disent tous la même chose « le pauvre n'a pas assez de sommeil dans la semaine, nous n'avons pas le courage de le réveiller le dimanche matin ».

En cas de difficultés d'endormissement, l'environnement doit être ajusté afin de maximiser le sommeil : la température doit être contrôlée, aux alentours de 19 degrés Celsius, il ne doit pas y avoir trop de bruit, la chambre doit être placée dans la pénombre. Une machine ou une application produisant un bruit blanc peuvent aider l'individu à se détendre et d'atténuer l'environnement sonore. Le même bruit blanc peut d'ailleurs être utilisé dans la journée pour limiter la distractibilité environnementale.

En cas d'échec de ces mesures, un traitement médicamenteux peut être envisagé, la *mélatonine en préparation magistrale* est souvent utilisée chez l'enfant et l'adolescent, à la posologie initiale de 2 mg (jusqu'à 6 mg) à prendre 3 heures avant le coucher, elle n'exclut pas toutes les règles usuelles d'hygiène de sommeil.

## TDA/H ET TROUBLES DU COMPORTEMENT

Les troubles du comportement sont fréquemment présents chez les jeunes ayant un trouble attentionnel, le **trouble oppositionnel avec provocation** (TOP) et le **trouble des conduites** sont retrouvés chez 25 à 40 % d'entre eux.

Il est normal dans le développement d'un enfant de manifester des comportements d'opposition, mais il existe un fossé entre ces comportements en lien avec un désir d'indépendance et le TOP.

Ce trouble se développe généralement avant 8 ans, toujours avant l'âge de 10 ans, le début est progressif avec aggravation des symptômes au cours du temps. Associés aux comportements d'opposition on observe des provocations vis-à-vis des figures d'autorité. Ce qui frappe les parents c'est que parfois le comportement est bon à l'école et chez les amis et on les félicite d'avoir un enfant si bien élevé alors qu'eux ont à faire à un enfant extrêmement difficile à élever. Les punitions, les récompenses ont parfois un effet positif sur les comportements d'opposition et de provocation, mais sur des temps courts.

Les parents ont beau tout essayer, les améliorations sont de courte durée et rien ne semble venir à bout de ces comportements ; le couple parental est parfois au bord de l'éclatement.

La vulnérabilité parentale entraîne une insécurité chez l'enfant qui y répond par un besoin de contrôle et une confrontation active avec les figures d'autorité qu'il perçoit comme trop fragile.

Pour parvenir à une amélioration, les parents doivent être à l'unisson et changer leur comportement de manière durable : il faut rétablir les frontières entre les générations et utiliser le renforcement positif. Il est important qu'ils comprennent que c'est un travail de longue haleine pour lequel il n'y a pas de solution miracle.

### Trouble oppositionnel avec provocation

- Enfant se mettant souvent en colère.
- Enfant contestant fréquemment ce que disent les adultes.
- Enfant s'opposant activement ou refusant de se plier aux demandes ou règles des adultes.
- Enfant ennuyant souvent délibérément les autres.
- Enfant rejetant la faute sur les autres.
- Enfant souvent susceptible ou agacé par les autres.
- Souvent fâché et plein de ressentiment.
- Souvent méchant ou vindicatif

Le trouble oppositionnel avec provocation n'est pas toujours associé à un TDA/H, on le retrouve également associé à la dépression ou aux troubles anxieux. Il ne conduit pas toujours à un trouble des conduites (moins de 50 % des cas), mais ce dernier est quasiment toujours précédé d'un trouble oppositionnel.

La prise en charge de ce trouble repose sur l'entraînement parental systématique, la thérapie individuelle pour l'enfant ou l'adolescent et un traitement médicamenteux la plupart du temps.

#### **Facteurs de risque du Trouble Oppositionnel avec Provocation**

- Éducation parentale perturbée : isolement maternel, famille recomposée hostile, criminalité, pauvreté, conflit ou divorce des parents
- Difficultés parentales : TDA/H parental, trouble de l'humeur ou dépression parentale, chômage, abus de substances, pathologies psychiatriques
- Chez l'enfant : trouble de l'humeur, trouble de la régulation des émotions, tempérament négatif, composante agitée et impulsive du TDA/H

Le TDA/H avec **trouble des conduites** est particulièrement grave et doit donc faire l'objet d'un dépistage précoce pour une prise en charge rapide. Dans le trouble des conduites, les normes sociales ne sont pas respectées, agressions, mensonges, vols et autres comportements délinquants vont en ponctuer l'histoire. Les jeunes présentant ce trouble déclenchent des réactions d'hostilité en agissant de manière agressive ; ils manifestent peu d'empathie. Ce trouble est souvent précurseur de conduites antisociales et il existe un risque élevé de consommation et abus de substances. Le trouble des conduites, associé ou non au TDA/H, est l'un des troubles les plus difficiles à traiter.

### Trouble des conduites

- Agressions envers des personnes (menaces, bagarres, utilisation d'armes) ou des animaux.
- Destruction de biens matériels.
- Fraudes (mensonges, tricheries dans les jeux ou à l'école).
- Vols (objets des camarades, vols à l'étalage).
- Violations graves et répétées des normes sociales (fugues, vols avec agression, vandalisme, école buissonnière).
- Exclusions scolaires temporaires ou définitives.
- Mauvaise estime de soi et dépression fréquentes.

## TDA/H ET TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE

### Épidémiologie

On constate fréquemment que les jeunes ayant un TDA/H présentent des symptômes des troubles du spectre de l'autisme et vice-versa. La dernière version du DSM reconnaît officiellement le lien fort qui existe entre ces deux troubles. Le trouble du spectre autistique (TSA) regroupe l'autisme, le syndrome d'Asperger et les troubles envahissants du développement non spécifié.

Les études épidémiologiques montrent que 30 à 80 % des patients ayant un TSA répondent aux critères diagnostiques de TDA/H et 20 à 50 % des patients souffrant de TDA/H répondent aux critères diagnostiques de TSA. Alors que la classification internationale des maladies (CIM-10) exclut la possibilité d'avoir à la fois un trouble du spectre autistique et un trouble attentionnel, le DSM-V rompt avec cette vision et atteste bien du recouvrement nosologique entre ces deux troubles.

### Critères diagnostiques

Le diagnostic d'un trouble du spectre autistique est le fruit du travail d'une équipe multidisciplinaire, il nécessite des sources variées d'informations, il faut retracer l'histoire développementale, faire une anamnèse clinique avec les parents et avec l'enfant (lorsque cela est possible).

### Critères diagnostiques d'un trouble du spectre de l'autisme selon le DSM-V

#### Difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales (présentes ou à l'histoire) (3 de 3 symptômes)

- **Réciprocité socioémotionnelle** (initiative et réponse sociale, conversation, partage d'intérêt et d'émotions).
- **Déficit dans la communication non verbale** (coordination des moyens de communication verbaux et non verbaux ; intégration des moyens verbaux et non- verbaux au contexte ; utilisation et compréhension du contact visuel, des gestuelles, de la posture, des expressions faciales).
- **Difficulté à développer, maintenir et comprendre des relations sociales** appropriées pour l'âge ; difficulté à adapter son comportement à différents **contextes sociaux**, difficulté à partager le jeu symbolique et imaginaire avec autrui, absence manifeste d'intérêt pour autrui.

#### Comportements stéréotypés et intérêts restreints (présent ou à l'histoire) (2 de 4 symptômes)

- Utilisation de **mouvements répétitifs/stéréotypés**, **utilisation particulière du langage** (écholalie différée, phrases idiosyncrasiques, propos stéréotypés) et des **objets** (p.ex. alignement d'objets, rotation d'objets).
- Insistance sur la similitude, aux  **routines** et  **rituels verbaux ou non verbaux** (p.ex. détresse importante face aux moindres changements, difficultés avec les transitions, pensées rigides, rituels de salutation figés, nécessité des mêmes itinéraires, manger la même nourriture, etc.).
- **Intérêts restreints, limités** ou **atypiques** quant à l'intensité et au type d'intérêt (p.ex. attachement excessif à un objet inhabituel, ou intérêts trop limités à certains sujets ou prenant une place très importante).
- **Hyper** ou **hypo réactivité à des stimuli sensoriels** ou **intérêt inhabituel** envers des éléments sensoriels de l'environnement (p.ex. Indifférence à la douleur/température, réponse négative à certains sons ou textures, fascination pour les lumières ou objets qui tournent).

#### Autres symptômes

- Fréquentes difficultés motrices (maladresses, retard...).
- Troubles du comportement.
- Comportements d'automutilation.
- Anxiété et dépression.
- Catatonie.
- Éléments associés au pronostic : développement langagier, intellectuel et la présence de comorbidités.

Une distinction importante doit être faite entre le jeune qui présente un TDA/H avec un trouble du spectre autistique et celui qui est maladroit socialement du fait de facteurs inhérents à son trouble attentionnel et/ou à son impulsivité.

Le jeune ayant un TDA/H a une grande appétence pour les relations sociales et est capable de réciprocité émotionnelle, mais le trouble des fonctions exécutif entraîne des difficultés dans les interactions sociales. Il ne présente pas d'atteinte de la théorie de l'esprit et est capable d'analyser rétrospectivement les erreurs qu'il a pu commettre en situation d'interaction avec ses pairs.

### Atteinte des interactions sociales chez le TDA/H simple

- Manque d'attention aux détails relatifs à l'échange avec d'autres individus.
- Incapacité à se concentrer sur l'échange sans être distrait par d'autres stimuli.
- Manque d'habileté à réorienter son attention pour s'adapter à la dynamique de la conversation.
- Incapacité à garder en mémoire ce qui est dit et fait durant l'échange.
- Manque d'habileté à se souvenir et utiliser le souvenir d'expériences liées à des situations similaires.
- Incapacité à inhiber des réponses automatiques excessives.
- Incapacité à moduler ses émotions de manière adéquate

## Diagnostic clinique de TDA/H et TSA

Le diagnostic de TDA/H associé à un Trouble du spectre autistique repose sur l'évaluation systématique de la qualité des interactions sociales chez un jeune ayant un trouble attentionnel et réciproquement la recherche de symptômes de TDA/H chez un jeune souffrant de TSA.

Les jeunes présentant un trouble du spectre autistique ont des difficultés d'interactions sociales en lien avec une perturbation des cognitions sociales (perception, mémorisation, raisonnement, émotions). On parle d'une atteinte de la théorie de l'esprit. La *théorie de l'esprit* est la capacité que nous avons d'attribuer des états mentaux à notre propre personne et à autrui et à interpréter le comportement d'autrui en terme d'états mentaux. Elle est le fondement des capacités d'empathie et permet de donner un sens aux comportements sociaux et de les prévoir, de comprendre les intentions de l'autre, de donner un sens à la communication. Ils présentent également une atteinte des fonctions exécutives : flexibilité mentale surtout, planification et inhibition.

### ***Théorie de l'esprit***

- Capacité à s'attribuer à soi-même et à autrui des états mentaux
- Capacité à interpréter le comportement d'autrui en termes d'états mentaux
- Sous-tend les capacités d'empathie
- Permet de donner un sens aux comportements sociaux
- Permet de prévoir les comportements sociaux
- Permet de comprendre l'intentionnalité chez l'autre

Les jeunes ayant un trouble du spectre autistique associé à un TDA/H ont un dysfonctionnement exécutif plus massif et des difficultés à s'adapter plus importantes. Ils présentent souvent des problèmes comportementaux plus importants que les enfants ayant uniquement un trouble autistique. Il est important d'y penser devant un jeune ayant un TDA/H avec une impulsivité qui paraît explosive. Les problèmes comportementaux liés à l'impulsivité sont alors aggravés par l'incompréhension des situations sociales dans lesquelles l'enfant est plongé.

### ***Identifier un dysfonctionnement social chez l'adolescent TDA/H et TSA***

- Contact particulier
- Contact oculaire inadapté : évitement du contact ou regard fixe, vide
- Visage inexpressif
- Ton monocorde
- Naïveté sociale et difficulté à distinguer qui est un ami ou non
- Difficulté à reconnaître les émotions chez l'autre avec finesse
- Difficulté d'accès à l'humour et notamment au second degré
- Difficulté à exprimer et partager ses émotions
- Salue de manière rigide
- Difficulté à s'adapter au contexte social
- Interprétation rigide des règles

Lors de l'évaluation d'un patient présentant un TDA/H, il est fortement recommandé d'évaluer la qualité des interactions sociales, l'objectif est de rechercher des indices de mauvaise estime de soi (peur du regard de l'autre), d'anxiété sociale (évitement des situations sociales), d'impact social du TDA/H ou de trouble du spectre autistique associé. Cette évaluation est donc fondamentale pour cerner les difficultés de fonctionnement social qui peuvent se poser à notre patient et doivent conduire à une prise en charge spécifique.

En cas de doute diagnostique, le patient peut être adressé à un(e) orthophoniste pour un bilan de la pragmatique du langage et à une psychologue pour une évaluation de la théorie de l'esprit.

La pragmatique du langage évalue l'interprétation et l'utilisation appropriée du langage en relation avec le contexte dans lequel il apparaît.

#### Bilan pragmatique du langage

- Recense les comportements de communication et apprécie leur utilisation fonctionnelle.
- Analyse des comportements non verbaux : gestes, regards, intonations.
- Régulation comportementale : demande d'objets, demande d'action, protestations.
- Interaction sociale : comportement pour attirer l'autre, demande de permission, reconnaissance de l'autre.
- Attention conjointe : demande d'information, commentaire pour autrui.
- Adaptation du langage au contexte communicatif.
- Gestion de l'implicite.

Les épreuves de théorie de l'esprit permettent de mieux comprendre le fonctionnement de l'enfant dans le domaine de la socialisation. Elles se centrent principalement sur le savoir-faire mis en place par l'enfant (à différents niveaux de développement) dans des situations simples de la vie quotidienne. Ces codes sociaux nécessitent une compréhension des phénomènes psychologiques chez soi-même et autrui.

#### Épreuves de théorie de l'esprit

- Croyance du premier ordre : capacité à comprendre les pensées et les croyances d'autrui.
- Épreuves du 1<sup>er</sup> ordre : capacité à prêter aux gens une pensée à propos d'un événement objectif.
- Épreuves du second ordre : capacité de décentration ou à prêter aux gens une pensée à propos de la pensée d'autres personnes concernant un événement objectif ou pour raisonner à propos de la manière dont l'autre agira.
- Reconnaissance des émotions.

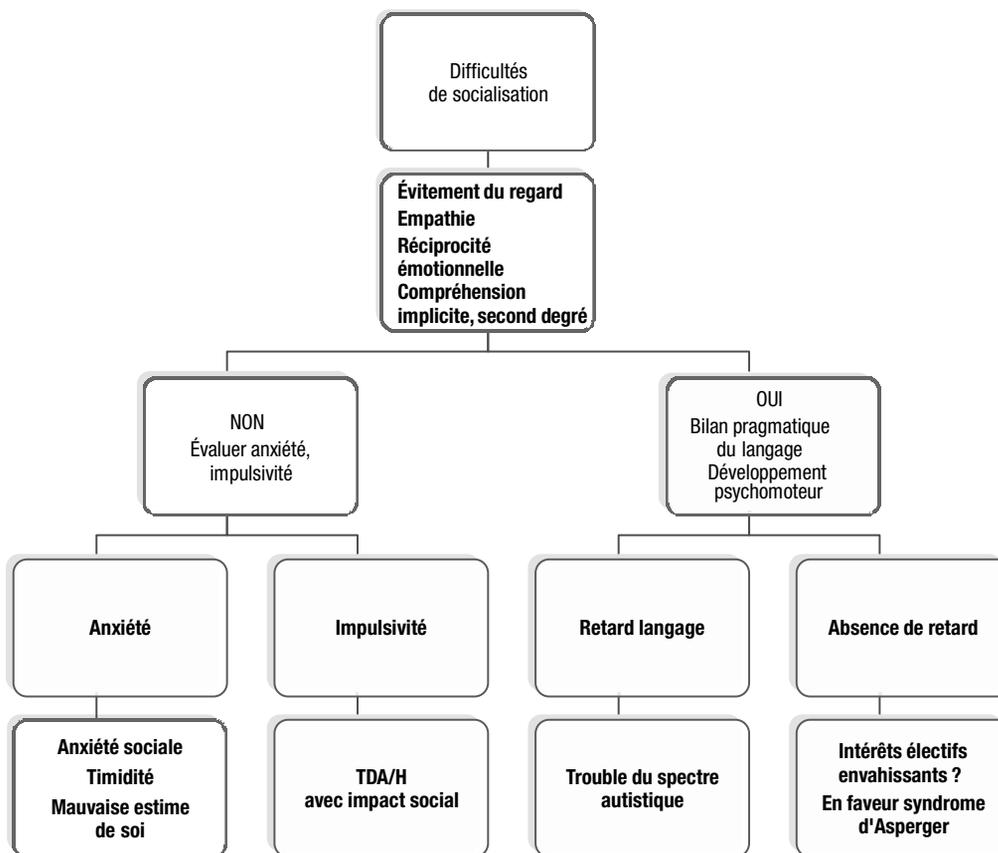


Figure 2.7. Évaluer les difficultés de socialisation du TDA/H

## Traitement

La prise en charge du TDA/H avec TSA repose sur le traitement de chacun des troubles de manière spécifique.

En pratique clinique, les jeunes présentant un trouble du spectre autistique sont plus sensibles aux traitements psychostimulants et le tolèrent moins bien que les TDA/H isolés, en particulier au niveau de l'humeur. Le traitement par psychostimulant n'est pas responsable de plus de stéréotypies et les effets indésirables habituels sont retrouvés. En cas de traitement par méthylphénidate, l'introduction du médicament sera plus progressive.

La prise en charge du TSA repose sur un entraînement aux habiletés sociales en groupe, de préférence mené par un binôme orthophoniste et psychologue, et une rééducation orthophonique de la pragmatique du langage.

## TROUBLES SPÉCIFIQUES DES APPRENTISSAGES

Les troubles spécifiques des apprentissages peuvent être comorbidités ou diagnostic différentiel du TDA/H.

### Troubles spécifiques des apprentissages

- Dysphasie : trouble grave du langage oral.
- Dyslexie : trouble d'apprentissage du langage écrit (lecture et écriture).
- Dyspraxie : trouble de la planification et de l'automatisation des gestes volontaires.
- Dyscalculie : trouble des outils de logique et des mathématiques.

Les troubles spécifiques des apprentissages (autrement appelés troubles « dys ») sont spécifiques à une fonction cognitive et peuvent concerner les apprentissages précoces ou plus spécifiquement les apprentissages scolaires. Il s'agit de troubles développementaux, durables et persistants chez un enfant ne présentant pas de retard mental, de trouble sensoriel, de trouble moteur ou de trouble psychologique grave.

Les troubles spécifiques des apprentissages ont un taux de prévalence bien plus élevé chez les enfants TDA/H que dans la population infantile générale : 46 % chez les TDA/H contre 5 % de prévalence habituellement.

L'enfant ou adolescent ayant un TDA/H peut, par le biais de l'inattention, de l'impulsivité ou de l'agitation, avoir un impact sur les étapes nécessaires aux apprentissages sans qu'il s'agisse forcément d'un trouble spécifique des apprentissages. Le traitement du TDA/H a,

dans ces cas de figure, un impact positif sur les difficultés d'apprentissage ; il n'en a pas sur un trouble spécifique des apprentissages. Entre 25 et 40 % des enfants ayant un trouble attentionnel ont un trouble de la lecture ou de l'écriture.

Une dyslexie développementale est fréquemment associée au TDA/H, les deux troubles partagent une atteinte des fonctions exécutives et une origine multifactorielle. La présence d'une dyslexie aggrave le retentissement fonctionnel du TDA/H. Une dyslexie isolée peut, du fait de l'atteinte de la compréhension du discours écrit, de l'encodage, des capacités à épeler et à écrire, entraîner des difficultés d'attention dans certains cours.

La dyscalculie apparaît comme plus fréquemment associée aux TDA/H inattentifs, elle est rarement isolée. Bien qu'elle soit souvent diagnostiquée précocement, il faut rechercher des éléments de difficultés en logique mathématique, car un certain nombre de jeunes ayant un trouble multi-dys et/ou un TDA/H ont certaines difficultés sans répondre à tous les critères de dyscalculie.

L'enfant qui présente un trouble spécifique des apprentissages peut avoir des symptômes d'inattention lorsqu'il est confronté à sa difficulté propre, mais il n'en a pas en dehors de ces situations et n'a pas de symptômes d'agitation ni d'impulsivité.

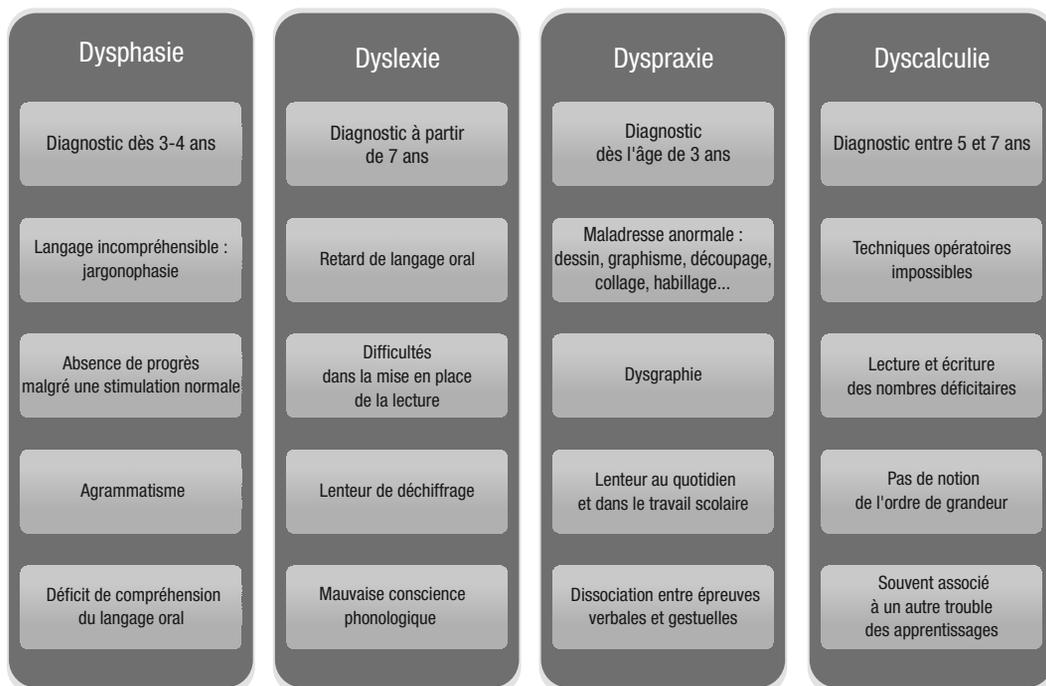


Figure 2.8. Troubles spécifiques des apprentissages

## TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS ET TICS

Les enfants et adolescents souffrant de **trouble obsessionnel compulsif** (TOC) présentent des signes de difficulté attentionnelle dans environ 30 % des cas. On estime que la prévalence du TOC chez les enfants ayant un TDA/H se situe entre 8 et 11 %. Ces enfants-là présentent fréquemment une symptomatologie obsessionnelle compulsive (SOC) plus qu'un véritable TOC. On les distingue au niveau cognitif sur le fait qu'il y a peu de pensée magique associée aux épisodes de ritualisation.

Souvent, les SOC se sont développés après les difficultés d'attention et on retrouve beaucoup de rituels de vérification chez ces jeunes-là, comme si, intuitivement, ils essayaient de compenser l'inattention.

En examinant ces patients, on a parfois l'impression que le TOC est venu se « greffer » sur le TDA/H pour l'aider à en compenser certaines difficultés. Ils ont souvent des rituels de vérification, sont méticuleux et ont le souci de bien faire ; les vérifications multiples paraissent avoir pour fonction d'éviter les oublis.

Les tics et la maladie de **Gilles de la Tourette** sont souvent présents chez les jeunes ayant un TDA/H (47 % des cas). Un tic est un mouvement ou une vocalisation soudain, bref et rapide, partiellement contrôlable par la volonté, imprévisible et involontaire, souvent précédé d'un besoin ou sensation prémonitoire.

Il faut distinguer le jeune ayant une maladie de Tourette et celui qui a des tics passagers, le premier est chronique et la résultante d'un trouble neurologique avec des comorbidités psychiatriques, le deuxième est souvent associé à de l'anxiété et spontanément résolutif. Les tics de l'anxieux sont transitoires et éventuellement récidivants, ils n'évoluent jamais sur une période supérieure à un an sans périodes de rémission.

Le syndrome de Gilles de la Tourette est fréquemment associé à un TOC, les symptômes peuvent débuter précocement dans la petite enfance et il n'y a pas de période de rémission supérieure à trois mois. Il associe des tics moteurs et vocaux multiples qui sont parfois associés, mais pas toujours, le symptôme le plus connu (la coprolalie) n'est présent que chez 20 % de ces patients.

L'évolution chronique et l'impact fonctionnel majeur permettent de le distinguer des tics transitoires. Classiquement le début est progressif, les tics moteurs apparaissent en premier puis apparaissent les tics vocaux.

La prise en charge des tics transitoires est relativement simple : éduquer patient et famille, ne pas renforcer le tic en en faisant tout un cas quand il survient, éventuellement traiter le trouble anxieux sous-jacent.

Le traitement du Gilles de la Tourette repose sur la thérapie comportementale et cognitive, éventuellement certains traitements médicamenteux quand résistants à la thérapie : antipsychotique comme l'Aripiprazole (préparation magistrale de 1 mg à posologie progressivement croissante de milligramme en milligramme), alpha2-adrénergique (clonidine).

Le méthylphénidate est réputé augmenter les tics chez les enfants ayant un syndrome de Gilles de la Tourette, mais des études récentes montrent que la médication peut avoir un effet positif sur les tics. Il est difficile de dégager une ligne de conduite claire lorsque TDA/H et Gilles de la Tourette sont associés.

En cas de doute, la conduite à tenir est de traiter en premier lieu la maladie des tics ; empiriquement en cas de certitude diagnostique sur une association des deux troubles un traitement par méthylphénidate n'est pas une erreur.

### Gilles de la Tourette

Début progressif dans l'enfance

Tics moteurs simples :  
clignement des yeux, haussement d'épaules,  
secousse de la tête

Tics moteurs complexes :  
mouvements symétriques des membres,  
sentir ou toucher des objets, gestes obscènes

Tics vocaux simples :  
reniflement, grognement, raclements de gorge,  
cris, rires

Tics vocaux complexes :  
répétition de mots ou syllabes prononcés  
par le patient ou une autre personne, coprolalie

Association de tics moteurs et vocaux possible

Présence quasi quotidienne sur plus d'un an

Débute parfois avant 6 ans

### Tics transitoires

Tics moteurs ou vocaux

Tics moteurs et vocaux ne sont jamais associés

Évolution inférieure à 1 an ou périodes  
de rémission supérieures à 3 mois

Début entre 7 et 18 ans

Figure 2.9. Maladies des tics

***Un cas de maladie de Gilles de la Tourette et de TDA/H***

Éric, 6 ans, est adressé par une psychologue pour prise en charge d'un TDA/H. Une évaluation du quotient intellectuel et un test attentionnel ont été réalisés après que la maîtresse de cours préparatoire ait alerté les parents sur un problème d'agitation et de difficulté à soutenir son attention. L'anamnèse parentale révèle les éléments suivants : grossesse et accouchement sans histoire, bon développement psychomoteur, cadre familial stable et équilibré. Au niveau scolaire l'agitation est problématique depuis l'âge de 3 ans, des difficultés au niveau social, car très bagarreur, depuis 4 mois sont signalées des difficultés à soutenir son attention en classe. Son comportement à domicile est marqué par une agitation depuis toujours, un enfant ne tenant pas en place, impulsif il répond à ses parents et ne peut s'empêcher d'ennuyer sa sœur en permanence. L'exploration des éventuelles comorbidités révèle l'apparition de tics à l'âge de 4 ans et demi : sens les livres, la nourriture, ses mains, cligne des yeux, hausse les épaules.

L'entretien avec Éric confirme les difficultés d'attention : « je suis dans la lune en classe », « j'oublie de noter les devoirs à faire, je ne vois pas quand la maîtresse les note au tableau et après elle les efface trop vite », « je suis souvent puni parce que je me balance sur ma chaise », « quand la maîtresse a le dos tourné je me lève, je n'arrive pas à rester assis ». Le contact est bon, il se montre agité en entretien glissant en permanence du siège sur lequel il est assis et se levant à plusieurs reprises sans raison.

Les évaluations réalisées sont en faveur d'un TDA/H avec des difficultés à soutenir son attention sur les épreuves attentionnelles, une dissociation entre les capacités verbales et les autres indices.

Ces cas peuvent faire hésiter le praticien, mais l'élément suivant a emporté la décision : difficultés attentionnelles signalées depuis moins de six mois, l'adaptation entre la maternelle et l'école primaire invite à la prudence. Un traitement par antipsychotique à posologie progressivement croissante a été instauré. Le comportement s'est nettement amélioré dans les semaines suivantes, l'agitation a fortement diminué et les capacités d'attention se sont nettement améliorées également. Le suivi trimestriel pendant les 3 années qui ont suivi a montré une évolution positive jusqu'à ce que les difficultés attentionnelles ressurgissent associées à des difficultés organisationnelles plus importantes. Un traitement par méthylphénidate a été instauré par la suite.

Un traitement par méthylphénidate aurait pu être discuté en première intention si les difficultés attentionnelles (noyau central du trouble) avaient été plus anciennes et des difficultés d'organisation plus évidentes. En cas de doute, le dysfonctionnement exécutif peut aider à orienter vers un TDA/H.

**TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE**

L'association entre troubles du comportement alimentaire est assez peu documentée dans la littérature, c'est pourtant une question qui interroge fréquemment le clinicien devant le nombre de patients consultant pour un TDA/H et ayant un problème de surpoids ou dont les parents décrivent une hyperphagie sans retentissement sur le poids.

Des données récentes mettent en évidence un lien entre trouble attentionnel et obésité chez l'enfant (Cortese, 2012), ainsi les échantillons cliniques de patients traités pour obésité présentent un taux plus élevé de TDA/H que la population générale (de 10 à 58 %). À ce jour, nous n'avons pas de données concluantes sur les raisons de cette association : prise de poids favorisée par le trouble attentionnel, obésité comme facteur de risque de TDA/H ou expressions d'un trouble neurobiologique et psychopathologique co-occurentes.

Une revue de la littérature récente (Reinert, 2013) plaide pour un lien entre déficit inhibiteur et obésité, une exploration de cette fonction exécutive chez enfants et adolescents obèses montrant un mauvais contrôle inhibiteur chez plus de 70 % d'entre eux. C'est ce qu'intuitivement nous appelons l'impulsivité alimentaire en pratique clinique.

Les études récentes ont mis en évidence un lien entre difficulté à perdre du poids en suivant un régime et dysfonctionnement exécutif, l'impulsivité et les difficultés de planification pourraient être impliquées. D'autres études sont à mener afin de confirmer et mieux appréhender les liens identifiés entre dysfonctionnements exécutifs, TDA/H et troubles du comportement alimentaire.

#### ***Un cas de boulimie et TDA/H***

La mère de Virginie, 16 ans, est reçue en entretien anamnestique après que sa fille l'ait adressée d'elle-même pour un traitement par psychostimulant.

La mère de Virginie la présente comme une jeune fille déterminée, elle a fait des recherches sur internet, car elle souffre de crises de boulimie avec ou sans vomissements depuis environ 4 ans, elle se plaint également de difficultés d'attention depuis quelques mois. En se documentant, elle a lu que le méthylphénidate pourrait aider certaines filles boulimiques et améliorer leur attention également. Elle est suivie en thérapie comportementale et cognitive, un traitement antidépresseur lui a été proposé, mais elle l'a refusé.

Ses parents sont séparés depuis 3 ans, Virginie vit chez sa mère et voit son père régulièrement, l'entente parentale est restée amicale. La grossesse s'est déroulée sans événement notable, l'accouchement et le post-partum également. Le développement psychomoteur est sans particularité. Elle n'a pas eu de difficultés scolaires jusqu'il y a 9 mois, à son entrée au Lycée, les résultats sont devenus irréguliers, mais restent assez bons. Elle est sociable et s'accorde une soirée le week-end pour sortir avec ses amis. Sa mère, comme toute mère anxieuse classique, a remarqué des signes d'anxiété chez sa fille depuis « qu'elle est petite ».

Virginie est une jeune fille de bon contact, intelligente, travailleuse et avec une très mauvaise estime de soi. Son histoire a débuté il y a 4 ans avec une prise de poids, elle dévorait en rentrant du collège « pour me calmer », elle a pris plusieurs kilos et en a été très complexée. Elle a ensuite commencé à se faire vomir de manière irrégulière puis de plus en plus après chaque crise. Elle est inquiète de tout, en permanence, de ses résultats scolaires, de ses relations sociales, elle veut « bien faire ». Elle se plaint de difficultés à se concentrer sur son travail depuis plusieurs mois, en fait depuis qu'elle a dû se mettre au travail « pour de vrai », elle se plaint également d'avoir du mal à s'organiser.

Sur les bulletins scolaires sont régulièrement retrouvés, depuis les petites classes : « attention à bien lire les consignes », « peut mieux faire », « l'attention est irrégulière », « bavardages ». Devant cette symptomatologie anxieuse, il est convenu de revoir Virginie afin d'évaluer son fonctionnement exécutif de manière plus approfondie, mais la condition est qu'elle accepte un traitement antidépresseur tout en poursuivant sa thérapie.

Six semaines plus tard, l'amélioration des symptômes anxieux est notable sous ISRS, elle est plus détendue et fait moins de crises de boulimie. L'interrogatoire rapporte des difficultés d'initiation (en évaluation, il lui faut plus de 20 minutes pour se lancer dans la tâche) et procrastine, elle a des difficultés à soutenir son attention plus de 15 minutes, elle est distractible, fait beaucoup d'erreurs d'étourderies, ses cours sont difficiles à rassembler, car beaucoup sont sur des feuilles volantes et sans date. Sa chambre est toujours en désordre et lorsqu'il faut la ranger au risque d'être privée de sortie, elle met tout en boule dans les tiroirs et sous le matelas. Elle est toujours en retard à ses rendez-vous et oublie beaucoup ses affaires. Ce qui met la puce à l'oreille c'est l'intensité du dysfonctionnement exécutif chez une anxieuse.

Le traitement par ISRS est augmenté et il est convenu de se revoir deux mois plus tard (on gagne du temps) pour refaire le point avec un test attentionnel. Virginie, lors de l'entretien suivant, est apaisée, elle fait encore des crises, mais elles sont moins fréquentes, le test attentionnel est en faveur d'un trouble attentionnel. Un traitement par psychostimulant est alors instauré et à un mois, l'amélioration est spectaculaire.

### CE QU'IL FAUT RETENIR

- Le diagnostic de TDA/H doit toujours faire rechercher un trouble comorbide.
- Les troubles anxieux sont la comorbidité la plus fréquente du TDA/H.
- Les comorbidités contribuent souvent à modifier l'expression clinique du TDA/H.
- Un trouble anxieux sans trouble attentionnel n'a pas de difficultés d'organisation.
- Les comorbidités peuvent être un facteur aggravant des difficultés liées au TDA/H.
- Elles peuvent entraîner un retard diagnostique.
- Leur prise en charge doit faire l'objet d'un traitement spécifique.
- La stratégie thérapeutique doit tenir compte des comorbidités.
- Une humeur dépressive sous méthylphénidate doit toujours faire évoquer un trouble anxieux.

## BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1993). *Classification Internationale des maladies. 10<sup>e</sup> édition (CIM 10)*, Paris : Masson ; 1993.

CORTESE S., VINCENZI B. (2012). Obesity and ADHD: Clinical and Neurobiological Implications. *Curr Top Behav Neurosci* 2012, 9:199–218.

REINERT K.R., PO'E E.K., BARKIN S.L. (2013). The relationship between executive function and obesity in children and adolescents: a systematic literature review. *J Obes* 2013, 2013:820956.

VANTALON V. (2005). *L'hyperactivité de l'enfant*. John Libbey Eurotext, Paris, p.57.

VERA L. (2014). « Clinique de l'anxiété associée au TDA/H ». In : *Cycle de formation expert : TDA/H et anxiété*, Châteauform Saint Dominique, 15 novembre.



# Chapitre 3

## Investigations complémentaires

## SOMMAIRE

Hétéro et auto-questionnaires.....	<b>90</b>
Questionnaire d'évaluation.....	90
Échelle de Conners.....	95
Questionnaire SNAP IV 26 .....	96
La BRIEF .....	97
Questionnaire destiné aux enseignants.....	97
Les outils psychométriques.....	<b>99</b>
La WISC-IV .....	99
Le TEA-ch test.....	104
La NEPSY II.....	105
Le Test of Everyday Attention (TOVA) .....	106
Examens complémentaires.....	<b>107</b>
Mesure objective du sommeil.....	107
Examen somatique.....	110
Bilan orthophonique.....	111
Bilan orthoptique.....	112
Bilan psychomoteur .....	113
Vignettes cliniques .....	<b>114</b>
Haut potentiel et TDA/H.....	114
Anxiété et TDA/H.....	119

### OBJECTIFS

- Apprendre à connaître les outils standardisés utilisés en pratique
- Approfondir ses connaissances sur leur maniement
- Savoir comment les interpréter

## HÉTÉRO ET AUTO-QUESTIONNAIRES

En pratique clinique, nous utilisons divers questionnaires pour nous aider dans la démarche diagnostique d'un enfant ou adolescent chez qui est suspecté un trouble attentionnel. Ces questionnaires sont destinés à recueillir des informations démographiques et médicales auprès des parents et des enseignants en contact avec l'enfant ou l'adolescent.

### Questionnaire d'évaluation

Un questionnaire peut être adressé aux parents préalablement à la première consultation avec le médecin, son utilité est triple : recueil des éléments biographiques, démographiques et des antécédents médicaux (Annexe 1).

Les éléments démographiques personnels et familiaux que nous demandons aux parents de renseigner ont pour but d'évaluer la présence de facteurs de risque connus du TDA/H, mais aussi de facteurs pouvant orienter vers un TDA/H psychoaffectif, c'est-à-dire non neuro-développemental.

Les **éléments démographiques personnels** sont ceux que l'on recueille dans toute consultation classique de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, mais ils seront examinés avec un certain regard.

- *L'âge du consultant* est un élément important à plusieurs titres même s'il n'a pas de valeur diagnostique :
  - Une consultation à l'âge préscolaire fait surgir immédiatement la question d'un trouble psychomoteur et d'un trouble du sommeil.
  - Une consultation en maternelle oriente vers un trouble attentionnel avec atteinte sévère des fonctions exécutives ayant un rôle inhibiteur des comportements impulsifs.
  - Une consultation en classe primaire impose obligatoirement de rechercher une atteinte importante des fonctions exécutives de contrôle, mais également d'un trouble

spécifique des apprentissages associé. Comme nous l'avons vu, la co-occurrence d'un TDA/H avec ce type de trouble entraîne une aggravation des symptômes. À partir de l'école primaire, l'enfant ne peut plus échapper aux tâches qui lui posent problème, qu'elles soient d'ordre cognitives ou sociales.

- Une consultation à l'adolescence, lorsque les enseignants et les parents attendent certaines capacités d'organisation montre que notre patient a certaines capacités de contrôle au niveau comportemental, n'ayant pas été diagnostiqué plus tôt. Elle est également en faveur d'un bon fonctionnement intellectuel ayant permis de compenser plus longtemps le trouble.
- *Le sexe du consultant* n'a pas non plus de valeur diagnostique, mais c'est un élément essentiel bien entendu. Les études épidémiologiques reconnaissent une prévalence plus importante du TDA/H chez les garçons (60 à 70 %) par rapport aux filles (30 à 40 %). La description classique du petit garçon agité n'a heureusement plus de validité maintenant que l'on reconnaît l'existence du trouble attentionnel sans hyperactivité et de la validité de ce diagnostic chez l'adulte. Classiquement, on sait que les filles sont moins agitées que les garçons, ce qui pose la question du retard diagnostique chez elles.
- *Le niveau scolaire* du consultant est également un élément important de ce premier questionnaire. Un décalage entre l'âge et le niveau scolaire doit être pris en considération avec une importance particulière, que l'enfant soit en avance ou en retard.

**Les éléments démographiques familiaux** demandés sont là aussi assez classiques, le regard du psychiatre se posera sur ces éléments d'une certaine manière lorsque l'on consulte pour une problématique d'attention.

- *La profession des parents* nous donne des éléments sur le niveau socio-économique de la famille du patient. Nous avons vu dans le premier chapitre que les enfants issus de familles de faible niveau socio-économique avaient plus de difficultés que leurs pairs issus de catégories socioprofessionnelles plus élevées. Le niveau d'éducation atteint est également un élément nous permettant de suspecter des difficultés d'apprentissage dans la famille ou, parfois, un investissement moins important des études.
- *L'état civil des parents* et le mode de garde en cas de divorce ; la présence d'un beau-père ou d'une belle-mère. Les études épidémiologiques ne montrent pas une plus forte prévalence de TDA/H chez les enfants issus de couples divorcés, mais une forte mésentente des parents lorsqu'ils sont séparés (ou non d'ailleurs) est souvent responsable de préoccupations chez l'enfant qui peuvent perturber son attention. La présence, dans les familles divorcées, d'un conjoint est un élément important dans la prise en charge. Les parents seuls ont plus de difficultés à gérer les troubles du comportement lorsqu'ils sont présents.

- *La ou les langue(s) parlée(s)* à la maison sont un élément à prendre en considération dans notre évaluation. Le développement du langage peut se faire plus difficilement chez un enfant ayant un TDA/H quand la langue parlée au domicile n'est pas la même qu'à l'école.
- *Les éléments démographiques de la fratrie* : âge et des sexes de la fratrie, présence de difficultés scolaires, de trouble spécifique des apprentissages ou de TDA/H diagnostiqué, voire traité, dans la fratrie. Le rôle du pédopsychiatre lorsqu'il diagnostique ce trouble est de faire de la prévention en informant les parents sur la forte agrégation familiale du trouble.

Des éléments sur le **motif de la consultation** sont demandés dans ce questionnaire de débrouillage. Il est source de plusieurs types d'information qui ont leur importance dans cette première évaluation.

- *La personne ayant motivé la consultation* :
  - L'enseignant(e) peut être à l'origine de la demande, les parents ont divers types de réactions dans ce cas de figure allant de la surprise à la négation totale, en passant par le cas de figure où ils se doutaient des difficultés, mais préféraient faire l'autruche le plus longtemps possible ;
  - Le médecin ou le psychologue scolaire a été alerté par l'enseignant et adresse les parents chez le pédopsychiatre ;
  - Parfois, c'est l'adolescent lui-même qui ayant des difficultés chroniques à se concentrer est à l'origine de la consultation ;
  - La demande émane le plus souvent des parents qui s'inquiètent de difficultés comportementales ou scolaires.
- *Le problème principal à l'origine de la consultation*. Le TDA/H est un trouble fréquent en population infanto-juvénile, les raisons amenant des parents à consulter sont variées :
  - L'agitation est un motif relativement fréquent de consultation, lorsque les parents consultant pour ce motif c'est soit qu'ils ont été alertés par l'école sur l'instabilité motrice de leur enfant soit qu'eux-mêmes s'en sont inquiétés, ils décrivent alors leur enfant comme une « pile électrique ».
  - Les problèmes scolaires sont un motif très fréquent de consultation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
  - L'inattention est un motif de consultation plus fréquent chez l'adolescent.
  - L'impulsivité peut être un motif d'entrée de deux manières différentes : soit que les enseignants s'en plaignent par l'intermédiaire de croix de comportement sur le carnet de correspondance parce que l'enfant ou l'adolescent perturbe la classe, soit qu'il y ait des problèmes de bagarres dans la cour de l'école, soit c'est les parents qui se

- plaignent d'avoir un enfant qui répond, qui dit tout le temps non, qui ne respecte pas l'autorité ou qui est insolent.
- L'anxiété est un motif de consultation, souvent sous la forme d'une anxiété de performance, plus rarement sous la forme d'un refus scolaire anxieux devant lequel il faut toujours évoquer un trouble des apprentissages spécifique ou non, associé à un TDA/H ou non.
  - Un trouble de l'humeur sous la forme d'une dépression peut être le motif de consultation amenant à diagnostiquer un trouble attentionnel par la suite.
  - La désorganisation ou la procrastination sont des motifs de consultation qui concernent plus l'adolescent que l'enfant, au moment où l'on attend qu'il soit autonome et organisé, après l'avoir aidé dans les petites classes, on réalise qu'il n'arrive pas à s'organiser et à travailler seul.
  - La consommation de substances (cannabis, tabac, cocaïne ou autres) est un motif de consultation chez les adolescents qui est loin d'être rare.
  - *L'histoire de la maladie* est examinée brièvement dans notre questionnaire d'évaluation, notamment l'âge d'apparition des symptômes, leur évolution dans le temps, les stratégies d'adaptation développées par l'enfant avec ou sans l'aide de ses parents.

Les **antécédents médicaux** personnels et familiaux font partie intégrante du questionnaire d'évaluation.

- La présence d'*allergies* est renseignée dans le questionnaire, une faible proportion (environ 5 %) de la population atteinte de TDA/H est améliorée par la prise en charge des maladies atopiques (évitement des allergènes, éventuellement désensibilisation).
- Les *antécédents cardiovasculaires* sont également renseignés par les parents, cette information peut être utile dans la suite de la prise en charge de notre patient si l'on envisage un traitement par psychostimulant.

Certains antécédents médicaux sont recherchés en priorité :

- Exposition in utero à de la nicotine, alcool ou drogues ;
- Les éventuelles complications périnatales, une hypoxie fœtale est un facteur de risque pour de multiples troubles des apprentissages, y compris le TDA/H ;
- La présence d'un retard de développement psychomoteur ;
- La présence de troubles du sommeil, qu'ils soient diagnostiqués ou suspectés par les parents ;
- La présence d'un retard de croissance ;
- Les antécédents d'épilepsie, une comitialité chronique peut avoir un retentissement sur les fonctions attentionnelles ;

- Les antécédents d'énurésie, elle peut être un symptôme évocateur d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil. Elle est fréquemment associée au TDA/H ;
- Les antécédents de tics et leur âge d'apparition, leur évolution.
- Les antécédents de *prescription médicamenteuse*, qu'il s'agisse de traitement psychostimulant ou d'autres médicaments. Les traitements actuels sont également renseignés.

Ce premier questionnaire que l'on peut adresser aux parents préalablement à la première consultation est une source riche de renseignements qui seront précieux dans l'évaluation diagnostique de notre patient. Il est possible de demander aux parents de remplir un questionnaire sécurisé sur internet, ce qui permet d'intégrer les réponses dans le dossier médical informatisé très rapidement. Cela leur permet également d'avoir en tête certains éléments qu'ils auraient pu omettre de signaler lors du premier rendez-vous.

### ***Un extrait de questionnaire : motif de consultation***

Cet extrait d'un questionnaire préalable a été renseigné par le père de Richard, 10 ans. Les descriptions parentales ont parfois une acuité impressionnante.

**Motif de consultation :** *troubles de la concentration avec répercussion sur scolarité et troubles du comportement dans une moindre mesure.*

#### **Comportement**

- Depuis bébé, Richard n'a jamais supporté les consignes.
- Il fait preuve d'un comportement irrespectueux vis-à-vis des adultes, essentiellement à l'école.
- Quelques comportements violents en cours de récréation et certaines propensions à se mettre en danger – traverser devant une voiture (octobre 2014).
- Joue les gros bras, mais se révèle influençable et suiveur plus que leader.
- Cherche souvent des noises à son frère de 5 ans son aîné.

#### **Psycho**

- 4 séances effectuées avec une psychologue (classe de CP) - avec les conclusions suivantes : « Richard voudrait déjà être un adulte avec tous les attributs que cela comporte. »
- 1 *test cognitif* réalisé en octobre 2014 dont la conclusion est la suivante : problème de concentration, certaine *lenteur dans l'exécution des tâches*, réceptivité à l'utilisation d'un matériel visuel.

#### **Traduction scolaire**

- Déclare en permanence ne pas vouloir poursuivre l'école.
- Des *résultats médiocres et en baisse* issus de retards d'apprentissage liés : à un défaut de concentration, à un intérêt plus porté sur les copains, à une conflictualité avec les enseignants et surveillants.
- Un *accompagnement permanent et chronophage* par les 2 parents (8 à 12 h/semaine).
- Illustration : *une leçon peut, selon son humeur et sa volonté de se concentrer, être digérée en 3 minutes ou en 3 quarts d'heure.*

**Points d'accroche**

- Apprécie les activités manuelles, le bricolage. Aime particulièrement démonter les objets électroniques, pour comprendre leur fonctionnement et les réutiliser à d'autres fins.
- Très à l'aise avec les nouvelles technologies.

**Analyse parentale et école**

- À probablement une mauvaise image/estime de lui-même et doit être remis en confiance en s'appuyant sur ses domaines de prédilection.
- Probablement une volonté d'appeler à l'aide, mais à propos de quoi ?
- A, dans l'école, une réputation à défendre ou une réputation qui lui colle à la peau : comment en sortir ?
- Ne se construit-il pas par opposition à son frère autonome dans ses études, ultra organisé et bon élève ?

**Questionnements**

Le traitement des seules questions de concentration suffira-t-il, car nous butons également sur des questions de comportement et de motivation, même si, selon la psychologue, bien de ses réactions sont explicables par le problème de concentration.

## Échelle de Conners

Le questionnaire de Conners est très largement répandu, il est disponible dans plusieurs versions : le questionnaire destiné aux parents, le questionnaire destiné aux enseignants et celui destiné à l'enfant.

*Le questionnaire de Conners pour les parents* contient 110 questions sur la symptomatologie qu'a présentée l'enfant durant le dernier mois. Elle est si répandue que les parents se présentent assez fréquemment en consultation avec les questionnaires de Conners (parent et enseignant) complétés, de leur propre initiative ou parce qu'un psychologue leur a demandé de la remplir.

L'échelle de Conners pour les parents comprend des questions sur :

- Les symptômes d'agitation : « bouge tout le temps ou semble motorisé, est agité ou très actif ».
- Les symptômes d'impulsivité : « colérique ou rancunier, discute les propos des adultes, facilement excitable et impulsif », mais également les comportements à risques liés au caractère impulsif.
- Les symptômes d'inattention : « de la misère à se concentrer à l'école ne cesse de vérifier ses affaires, est inattentif ou se laisse distraire facilement ».
- Les symptômes de stress ou d'anxiété : « maux d'estomac, timide ou vite effrayé, souffre de certains rituels qu'il se doit d'accomplir, se dévalorise par rapport aux autres ».

- Les symptômes de trouble des apprentissages spécifiques ou non : « des difficultés en mathématiques, faibles en orthographe ».
- Des signes d'hyperémotivité : « change d'humeur de manière rapide et radicale, éclate vite en sanglots ».
- Des signes de dysfonction exécutive sont apparus dans la dernière version : « de la difficulté à organiser des tâches ou des activités », « apprend les informations de manière séparée, ne saisit pas la vue d'ensemble », « est désordonné ».

La dernière version a le mérite d'apporter des éléments de dysfonction exécutive et la rend nettement plus intéressante. Cette échelle, comme toutes les autres, ne permet pas de poser un diagnostic, elle a le mérite d'exister. Une remarque cependant : de nombreux psychologues utilisent encore la version précédente qui n'a aucun intérêt.

Un des problèmes que nous rencontrons avec les questionnaires qui comportent autant de questions est que les réponses sont de moins en moins fiables après en avoir atteint un certain nombre.

*Le questionnaire de Conners pour l'enseignant* explore les mêmes symptômes que la version destinée aux parents, mais avec 115 questions cette fois-ci, nous courrons donc le même risque qu'avec le remplissage de la version parent. Certaines questions sont communes aux deux versions, d'autres ne le sont pas. Le questionnaire de Conners peut être intégré dans un questionnaire plus large destiné aux enseignants que nous demandons systématiquement.

## Questionnaire SNAP IV 26

Le questionnaire SNAP-IV 26 est disponible dans une version française, non validée, destinées aux parents et aux enseignants. Elle est courte, mais on peut lui faire le reproche de ne pas évaluer la présence de dysfonctionnement exécutif.

La SNAP-IV se décompose ainsi :

- Symptômes d'inattention dans les questions de 1 à 9.
- Symptômes d'hyperactivité, impulsivité dans les questions de 10 à 18.
- Symptômes de trouble oppositionnel avec provocation dans les questions de 19 à 26.

Ce questionnaire reprend mot pour mot les symptômes du DSM-IV et intègre la symptomatologie du trouble oppositionnel avec provocation sur le principe qu'il est fréquemment associé au TDA/H.

## La BRIEF

L'inventaire pour l'évaluation du comportement de la fonction exécutive (BRIEF) est probablement le plus intéressant et le plus complet en ce qui concerne l'évaluation de nos patients.

La BRIEF est disponible en version parents et en version enseignants, elle est constituée pour ces deux versions de 86 questions dont les réponses sont cotées simplement de jamais (J), parfois (P) à souvent (S).

La version de la *BRIEF destinée aux parents* explore les aspects suivants :

- Difficultés de régulation du comportement : crises de colère, perd le contrôle sur son comportement plus facilement que ses amis, impulsivité.
- Difficultés d'organisation : chambre en désordre, ne trouve pas ses affaires.
- Inattention : difficulté à rester concentré sur une tâche ou les devoirs, distractibilité environnementale, erreurs d'inattention.
- Impact sur la mémoire de travail : oublis d'une partie des consignes, oublie ce qu'il est en train de faire.
- Difficultés de régulation émotionnelle : pleure facilement, changements d'humeur fréquents.
- Manque de flexibilité : du mal à passer d'une activité à une autre, difficulté à sortir d'un sujet ou d'une activité, du mal à s'habituer à une nouvelle situation.
- Difficulté à initier une action.

Une remarque paraît essentielle : il n'y a qu'une question sur l'agitation (question 81 : a la bougeotte), ce qui correspond plutôt bien à la pratique clinique.

La version de la *BRIEF destinée aux enseignants* explore les mêmes aspects avec des questions identiques ou différentes, dans cette version également il n'y a qu'une question sur l'agitation (question 81 : s'agite nerveusement).

Par la présence d'une évaluation plus globale du fonctionnement exécutif, la BRIEF est le questionnaire le plus intéressant actuellement dans le cadre d'une évaluation du TDA/H. Elle ne reprend pas les classiques symptômes du DSM-V, mais peut être combinée à la SNAP-IV pour ce faire.

## Questionnaire destiné aux enseignants

Il est capital de recueillir des informations auprès des enseignants, soit au travers d'un contact téléphonique direct, soit par l'intermédiaire d'un questionnaire complet (Annexe 2).

À cet effet, il peut être utile de joindre un courrier au questionnaire pour en expliquer l'utilité et la nécessaire articulation entre corps enseignant et corps médical.

- *Les performances scolaires* de l'enfant font l'objet de questions spécifiques en demandant la présence ou l'absence de difficultés et une quantification des difficultés existantes en comparaison aux enfants de la même classe d'âge :
  - *Les difficultés en lecture* : fluence, compréhension des textes lus ;
  - *Les difficultés en écriture* : graphisme, orthographe, syntaxe et composition lorsque ces signes sont applicables ;
  - *Les difficultés en mathématiques* : calcul mental, raisonnement mathématique, maîtrise des opérations simples et complexes.
- *Le comportement* de l'enfant fait également l'objet de questions spécifiques :
  - *Le travail en classe* : capacité à suivre les consignes, à terminer son travail dans les temps, à organiser son travail ;
  - *Le comportement* : en classe, avec l'enseignant, avec ses pairs, au sein de la classe et dans la cour de récréation.

Des questions à réponse ouverte sont posées à l'enseignant :

- Description des forces de l'élève ;
- Présence d'un plan d'aménagement pour l'enfant (PAI ou PPS en France, Plan d'intervention au Canada) avec ses caractéristiques et les interventions efficaces ;
- Description des capacités d'attention de l'enfant : capacité à rester concentré sur le cours, pendant combien de temps, nécessité de le recentrer sur la tâche fréquemment, capacité à terminer son travail dans les temps ;
- Capacité à suivre des consignes données à l'ensemble de la classe, à s'y conformer et à ne pas déranger les autres élèves pendant les phases de travail ;
- Gestion des phases de transition : capacité de l'enfant à passer d'une activité à une autre, à gérer le passage de la récréation aux phases de travail ;
- Entente avec ses pairs : qualité des interactions sociales, isolement ;
- Présence de problèmes de comportement : conflits verbaux ou physiques que l'enfant en soit auteur ou victime ;
- Description des difficultés scolaires de l'enfant : performances en comparaison aux autres élèves, présence de signes évocateurs d'un trouble spécifique des apprentissages ;
- Motricité fine et globale : capacités de l'enfant dans les activités de collage, découpage, graphisme, difficultés en éducation physique et sportive ;
- Expression écrite : capacité à retranscrire ses connaissances à l'écrit, nécessité de l'interroger à l'oral, car l'écrit ne reflète pas son niveau de compétence ;

- Principal sujet de préoccupations pour l'enseignant : réponse libre sur les difficultés prégnantes ;
- Collaboration avec les parents : une bonne communication entre enseignant et parents est indispensable à la prise en charge de nos patients.

Il est difficile, de faire remplir ce questionnaire par l'ensemble du corps enseignant pour les adolescents qui ont affaire à plusieurs enseignants, on demande alors au professeur principal de s'en charger en interrogeant les autres enseignants.

## LES OUTILS PSYCHOMÉTRIQUES

Les outils psychométriques n'ont aucune valeur diagnostique et ne doivent pas être utilisés à cette fin, nous lisons encore trop souvent dans les comptes-rendus de ces évaluations que tel ou tel patient présente ou non un trouble dysfonctionnel de l'attention. Il est utile de rappeler que près de 30 % des patients présentant un TDA/H ont des résultats dits « normaux » aux évaluations psychométriques. L'expérience nous montre qu'aucun outil psychométrique n'est parfait et que la meilleure façon de tester les fonctions exécutives est de le faire par l'observation in vivo. Au final, c'est la clinique qui prime, donnant tout son sens à une anamnèse parentale poussée et au recueil d'informations par des tiers en plus de l'entretien avec l'enfant ou l'adolescent.

Dans notre pratique clinique quotidienne, nous demandons systématiquement une WISC doublée d'une évaluation attentionnelle pour les enfants. Lorsque l'entretien clinique est fiable, que l'anamnèse n'est pas en faveur d'un trouble des apprentissages associé, on peut se contenter d'un test attentionnel chez l'adolescent quand le diagnostic clinique est affirmé.

Ces considérations sont importantes, au vu du coût que peuvent représenter ces tests qui ne font que rarement l'objet d'un remboursement par les mutuelles privées et non de la part du système de soins national. En plus du coût se pose la question de la disponibilité des professionnels de santé qui peuvent faire passer ces évaluations.

### La WISC-IV

Le fameux test de QI, celui dont les parents attendent les résultats avec angoisse par crainte qu'on leur révèle que leur enfant est moins intelligent que la moyenne, ou qu'au contraire, ils réclament pour objectiver une intelligence supérieure. Il est d'une importance capitale d'en expliquer l'utilité et les renseignements attendus aux parents et à l'enfant avant la passation.

La WISC (Weschler Intelligence Scale for Children) est une batterie d'évaluation de l'efficiences intellectuelle pour les enfants âgés de 6 à 16 ans, les normes datent de 2004, il faut noter qu'à l'heure où nous écrivons ces lignes, la 5<sup>e</sup> version est parue en langue anglaise. Les conditions de passation sont standardisées, elle doit être passée en une fois (une session de 1 h 30 ou 2 h) ; les résultats d'une WISC dont la passation s'est faite en plusieurs fois ne peuvent être considérés comme valides.

L'enfant doit avoir compris, avant de passer ce test que l'existence d'un trouble attentionnel n'a pas de lien avec un défaut d'intelligence, que ce trouble concerne les enfants, adultes et adolescents, quelle que soit leur intelligence. Il faut éduquer l'enfant et sa famille sur le fait que les chiffres ne sont pas à prendre au pied de la lettre comme une sanction ou un diplôme, en fonction des résultats. Les anxieux, et les autres également doivent le passer en sachant qu'ils ne pourront répondre à toutes les questions, afin de ne pas se décourager en cours de passation.

La passation peut être délicate lorsque l'enfant présente un authentique trouble oppositionnel avec provocation, il faudra s'assurer d'une bonne alliance thérapeutique avant de commencer.

Comme nous le disions plus haut, ce n'est pas le quotient intellectuel qui nous intéresse, mais toutes les données que peut nous apporter un compte-rendu détaillé. Il ne faut pas hésiter lorsque l'on reçoit un compte-rendu de WISC-IV avec pour seule donnée le calcul du QI, à rappeler la personne l'ayant fait passer pour obtenir des détails sur le comportement de l'enfant durant la passation, la grille de score détaillée et toutes informations importantes.

#### Les indices qui composent la WISC IV

- L'indice de compréhension verbale (ICV) correspond à ce que l'on appelle l'intelligence cristallisée ou fixée, c'est-à-dire la somme des connaissances acquises à un moment donné du développement de l'enfant.
- L'indice de raisonnement perceptif (IRP) nous donne des informations sur le mode de raisonnement de l'enfant, ses stratégies de résolution de problèmes.
- L'indice de mémoire de travail (IMT) nous renseigne sur le fonctionnement de la mémoire de travail de l'enfant, cette information est capitale pour envisager une rééducation spécifique de cette fonction.
- L'indice de vitesse de traitement (IVT) nous renseigne sur les capacités graphiques et attentionnelles de l'enfant.

Les profils classiques de TDA/H sur la WISC IV sont :

- Un écart important entre l'indice de compréhension verbale et le raisonnement perceptif/la vitesse de traitement.
- Un écart important entre l'indice de compréhension verbale/l'indice de raisonnement perceptif et la vitesse de traitement.
- Un profil moyen sans écart important entre les différents indices, mais avec des écarts importants intrascolaires, c'est-à-dire au sein même des échelles.

La WISC IV se compose de 15 subtests dont 10 sont obligatoires et 5 sont optionnels.

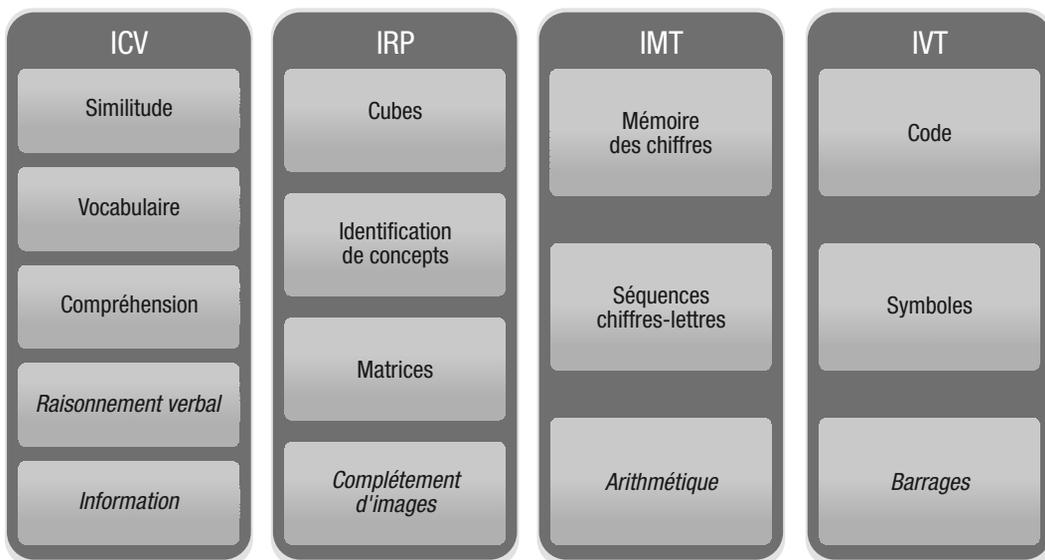


Figure 3.1. Composantes de la WISC

Les scores normalisés pour les subtests vont de 0 à 19, la moyenne est de 10, l'écart-type de 3 (correspondant à l'écart toléré pour considérer que les résultats d'une échelle sont homogènes).

Regardons plus en détail les subtests qui constituent la WISC IV et les éléments qu'ils peuvent nous apporter dans le cadre de notre évaluation :

**L'indice de compréhension verbale** se compose de 5 subtests dont 2 sont optionnels :

- *Similitudes* : évalue la qualité du langage oral de l'enfant, ses capacités d'abstraction et de raisonnement verbal.
- *Vocabulaire* : évalue l'étendue du stock lexical de l'enfant, mais aussi sa capacité à synthétiser sa pensée.

- *Compréhension* : évalue la compréhension des règles et normes sociales et la capacité d'adaptation aux situations problématiques du quotidien.
- *Raisonnement verbal* : l'enfant doit se concentrer sur des consignes longues ou complexes et de synthétiser les informations.
- *Information* : connaissances générales acquises en lien avec les apprentissages scolaires, mais également avec les apports familiaux et culturels.

**L'indice de raisonnement perceptif** se compose de 4 subtests dont 1 est optionnel :

- *Cubes* : évalue les capacités visuo-constructives et d'analyse visuo-spatiale et les stratégies de résolution de problème. L'enfant doit planifier sa production, l'analyser et s'autocorriger.
- *Identification des concepts* : capacités de raisonnement catégorielles non verbales.
- *Matrices* : évaluation du raisonnement visuo-perceptif.
- *Complètement d'images* : évalue les capacités d'observation et d'attention sélective.

**L'indice de mémoire de travail** se compose de 3 subtests dont 1 est optionnel :

- *Mémoire des chiffres* : elle évalue la mémoire auditive à court terme (empan endroit) et mémoire de travail (empan envers).
- *Séquences chiffres-lettres* : évalue la mémoire de travail.
- *Arithmétique* : évalue la capacité à encoder les énoncés en mémoire immédiate et effectuer des opérations mathématiques simples (mémoire de travail et logico-mathématique).

**L'indice de vitesse de traitement** se compose de 3 subtests, dont 1 optionnel :

- *Codes* : évalue la vitesse d'exécution du geste graphique ainsi que l'attention et la discrimination visuelle fine.
- *Symboles* : évalue la vitesse de traitement des informations visuelles, les capacités d'analyse et d'attention visuelle.

Les résultats de la WISC sont analysés sur le plan quantitatif (scores homogènes ou non) et sur le plan qualitatif. L'analyse qualitative, le comportement de l'enfant durant la passation, de la WISC est tout aussi importante que l'analyse quantitative.

**Analyse qualitative de la WISC IV**

- Qualité du contact avec l'enfant.
- Présence de comportements d'opposition.
- Agitation ou impulsivité durant la passation.
- Erreurs attentionnelles, oublis de consignes, distractibilité, fatigabilité marquée.
- Ruptures attentionnelles.
- Difficultés d'évocation.
- Abandons en cours d'épreuve.
- Anxiété.
- Inhibition.
- Manque d'initiation.

Ces indices sont précieux pour comprendre les résultats de la WISC, ils ne peuvent et ne doivent pas être interprétés sans les prendre en compte.

Tableau 3.1. Indices de la WISC

	Éléments de l'observation	Éléments chiffrés
<b>Inattention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ruptures de l'attention</li> <li>– Difficultés d'évocation</li> <li>– Oublis de consignes</li> <li>– Fatigabilité au fil des épreuves</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– IVT faible</li> <li>– Score faible à l'épreuve de Codes : en l'absence de dysgraphie</li> <li>– Score faible à l'épreuve de Symboles en l'absence de trouble oculomoteur</li> <li>– Score faible à l'épreuve de Barrage, en l'absence de trouble oculomoteur</li> <li>– IMT faible</li> </ul>
<b>Impulsivité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Précipitation à répondre</li> <li>– Raisonnement impulsif ne prenant pas en compte tous les éléments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Score faible à Identification de Concepts : prends en compte une partie des éléments.</li> <li>– Score faible à Cubes, en l'absence de trouble praxique et/ou oculomoteur.</li> </ul>
<b>Agitation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Se lève pendant la passation des tests</li> <li>– S'agite sur sa chaise</li> <li>– Tape des pieds</li> </ul>	
<b>Dysfonctionnement exécutif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Difficulté à accéder aux informations stockées dans sa mémoire</li> <li>– Difficulté à changer de stratégie de résolution de problème</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Score faible à l'épreuve informations</li> <li>– IMT faible : atteinte de la mémoire de travail associée</li> </ul>

## Le TEA-ch test

Le TEA-ch test (Test of Everyday Attention) est une batterie d'évaluation de l'attention et de quelques fonctions exécutives. Il est très utilisé en complément de la WISC IV, car il permet une évaluation du contrôle attentionnel sous ses différentes modalités : focalisée (auditive et visuelle), soutenue et divisée. En outre, elle nous donne des informations sur les capacités de flexibilité mentale et d'inhibition du sujet ; nous avons donc entre la WISC et ce test attentionnel quelques informations sur les fonctions exécutives.

Les capacités d'**attention sélective visuo-spatiales** sont évaluées à l'aide des tests suivants :

- *Recherche dans le ciel*, où l'enfant doit trouver le plus possible de vaisseaux spatiaux « cibles » sur une planche remplie de vaisseaux spatiaux distracteurs.
- *Carte géographique*, où l'enfant doit trouver sur une carte géographique en une minute le plus de symboles possible correspondant au modèle présenté.

Les capacités d'**attention soutenue** sont évaluées à l'aide des tests suivants :

- *Coups de fusil*, où l'enfant doit compter le nombre de coups de fusil (espacés de 500 à 1500 millièmes de seconde) qu'il entend à partir d'une source audio.
- *Transmission de codes*, où l'enfant doit maintenir son attention sur des séries de chiffres entendues et lorsqu'il entend deux 5 qui se suivent, il doit donner le chiffre qui venait juste avant le doublon.

Les capacités d'*attention divisée* ou partagée sont évaluées à l'aide des tests suivants :

- *Faire deux choses à la fois*, où l'enfant doit en même temps réaliser les subtests recherche dans le ciel et coup de fusil ; la tâche est à la fois visuelle et auditive.
- *Écouter deux choses à la fois*, où l'enfant doit repérer le nom d'un animal lors d'un message entendu tout en dénombrant le nombre de coups de fusil entendus durant ce message. Il s'agit d'une double tâche auditive.

Les **fonctions exécutives** sont évaluées à l'aide des tests suivants :

- *Les petits hommes verts*, où l'enfant doit à plusieurs reprises passer d'un comptage à l'endroit à un comptage à rebours. Il doit compter sur un support visuel les petits hommes verts avec de temps à autre des flèches indiquant qu'il doit changer le sens du comptage.
- *Les mondes contraires*, où deux conditions se succèdent : dans le monde à l'endroit, l'enfant nomme normalement les chiffres « 1 » et « 2 » tel qu'ils se succèdent dans un parcours présenté sur un support visuel. Dans le monde à l'envers, il doit dire « 1 » quand apparaît le chiffre « 2 » et « 2 » quand apparaît « 1 ».

- *Marche arrête*, où l'enfant doit avancer d'un pas sur une planche sur laquelle sont représentés des pas à l'aide d'un crayon s'il entend un stimulus sonore, mais arrêter si celui-ci est immédiatement suivi (moins de 200 millièmes de seconde) d'un bruit d'explosion.

Le TEA-ch test est beaucoup utilisé pour les 6-12 ans (il existe des normes jusqu'à 16 ans inclus), il est utile à deux titres : complément d'information sur les fonctions exécutives et appréciation de la modalité attentionnelle la plus touchée. Cela peut avoir des conséquences sur les conseils d'aménagement à donner aux parents et aux enseignants (privilégier les informations visuelles ou auditives).

Les limites de ce type de test sont évidentes : une passation après une journée de classe ou après une mauvaise nuit, par exemple, peut produire des faux positifs. Il faut être conscient de ces limites et ne pas attendre de ce test qu'il ait une visée diagnostique quelconque, les résultats sont un complément d'information qui peut être utile.

Cet outil peut avoir une valeur éducative pour les parents, car lorsqu'ils assistent à la passation du TEA-CH test par leur enfant, ils peuvent observer directement les erreurs attentionnelles qu'il commet.

Certains, au contraire, ressortent de cette observation en disant avoir eu autant de difficultés que leur enfant et réalisent ainsi être probablement atteints de trouble attentionnel.

## La NEPSY II

La NEPSY II est une batterie d'évaluation neuropsychologique toute récente puisqu'elle date de 2012. Elle constitue une avancée importante en comparaison à la première version puisqu'elle est enrichie d'un domaine qui nous intéresse particulièrement dans l'évaluation de nos patients TDA/H : la perception sociale.

Ces subtests sont la reconnaissance d'affect et la théorie de l'esprit ; comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, la théorie de l'esprit peut être affectée comme d'autres fonctions exécutives, un trouble du spectre autistique peut également être associé au TDA/H.

Cette batterie de tests, flexible, permet d'évaluer 6 domaines différents à travers 32 subtests en fonction des difficultés spécifiques de l'enfant ou adolescent de 3 à 16 ans. Le neuropsychologue a le choix de faire un bilan neuropsychologique complet ou d'investiguer une difficulté spécifique.

### Les domaines évalués par la NEPSY II

- Attention et fonctions exécutives : initiation, inhibition, attention sélective et soutenue, flexibilité, utilisation efficiente de la mémoire de travail.
- Langage : traitement phonologique, dénomination, compréhension, production langagière. Cette batterie permet d'explorer les qualités du langage expressif et réceptif.
- Mémoire et apprentissages : mémoire immédiate et différée, encodage et récupération des informations.
- Fonctions sensori-motrices et coordination motrice : coordination visuomotrice, imitation de la position des mains.
- Perception sociale : compréhension de situations sociales, interprétation de la communication non verbale, reconnaissance des affects sur le visage, utilisation du contexte pour faire des inférences sur autrui et leur comportement.
- Traitements visuospatiaux : perception visuelle, représentation spatiale, habiletés visuoconstructives.

La NEPSY II peut remplacer le TEA-ch test en complément de la WISC IV, notamment lorsque l'on souhaite une évaluation des habiletés sociales. Le domaine perception sociale permet, alors, d'orienter vers un problème de théorie de l'esprit ou de reconnaissance des affects chez l'autre. Un autre point intéressant est la présence de quelques subttests évaluant l'attention en dessous de l'âge de 6 ans, ce qui n'est pas le cas dans le TEA-ch test.

## Le Test of Everyday Attention (TOVA)

Le TOVA est un test neuropsychologique de performance continue normé pour les individus de 4 à 80 ans, il permet d'évaluer les capacités d'attention et de contrôle de l'impulsivité. Il se présente sous forme de jeux sur l'ordinateur et ne fait pas entrer en compte les éléments de langage ou culturels.

Lors du test visuel une forme cible et une forme distraction sont présentées de manière aléatoire, le test auditif fait varier son aigu (cible) et son grave (distraction) ; l'individu doit appuyer sur un bouton dès qu'il aperçoit ou entend la cible et s'empêcher d'appuyer s'il s'agit de la distraction.

Ces deux tests durent un peu moins de 22 minutes. Les paramètres enregistrés par le programme sont : erreurs de commissions, erreurs d'omissions, temps de réaction, constance. Le programme calcule ensuite le D', mesure de la sensibilité perceptuelle, qui est la capacité à différencier entre la forme cible et la forme distraction, cette sensibilité étant altérée chez les individus TDA/H.

Le test se décompose en deux parties : la première examine la vigilance de l'individu (formes ou sons cibles rares), la deuxième partie examine la distractibilité et l'impulsivité (formes ou sons cibles fréquents).

Les données les plus importantes dans l'analyse des résultats sont :

- Données de l'observation : distractibilité, assoupissement, ruptures attentionnelles, agitation, impatience
- Constance : représentée par la variabilité du temps de réaction
- Sensibilité perceptuelle
- Erreurs de commissions
- Erreurs d'omissions

Ce test assez simple à réaliser peut être proposé aux patients âgés de plus de 12 ans pour lesquels le TEA-ch test n'est plus valide, en l'absence des normes australiennes chez de nombreux psychologues le proposant. Il peut également être proposé aux moins de 12 ans puisqu'il est normé à partir de 4 ans. Les fonctions exécutives ne sont pas évaluées par ce test, mais la meilleure évaluation de ces fonctions est écologique.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Certains examens peuvent être demandés par le médecin spécialiste chargé de l'évaluation diagnostique du trouble. Ils peuvent nous aider à diagnostiquer un diagnostic différentiel ou une comorbidité. En cas de doute diagnostique il ne faut pas hésiter à y avoir recours.

### Mesure objective du sommeil

Devant une plainte d'insomnie (difficulté d'endormissement, réveils nocturnes, réveils précoces, sommeil non réparateur) chronique chez le patient adressé pour suspicion de TDA/H, une mesure objective du sommeil peut être demandée. Les causes des troubles du sommeil sont souvent multifactorielles et il est difficile d'en incriminer une a priori ; une polysomnographie sera demandée si l'on suspecte un syndrome d'apnées du sommeil, un syndrome des jambes sans repos, des mouvements périodiques des jambes. Si les éléments cliniques sont en faveur d'un syndrome de retard de phase, on demandera un agenda du sommeil doublé d'une actimétrie.

Si l'évaluation du sommeil (détaillée dans le Chapitre 2) n'est pas en faveur d'une pathologie primaire du sommeil, on peut prescrire un traitement par mélatonine en première intention puis demander un enregistrement du sommeil en cas d'échec.

### Polysomnographie

- Examen complet du sommeil indique si suspicion de trouble primaire du sommeil : syndrome d'apnées obstructives du sommeil, syndrome des jambes sans repos et mouvements périodiques des jambes.
- Ambulatoire ou en hospitalisation éventuellement couplée à un enregistrement vidéo.
- Enregistrement de : l'électroencéphalogramme, l'électromyogramme, l'électrooculogramme, l'électrocardiogramme, saturation en oxygène, rythme respiratoire.
- Résultats : temps de sommeil, décomposition du sommeil en cycles et en stades, latence d'endormissement, efficacité du sommeil (temps de sommeil/temps passé au lit), anomalies respiratoires, cardiaques ou neurologiques survenant pendant le sommeil.

L'actimétrie est particulièrement indiquée pour les adolescents chez qui un retard de phase est suspecté, le procédé d'enregistrement est simple, à l'aide d'une montre portée au poignet non dominant pendant une période de deux à trois semaines ; elle permet d'apprécier les rythmes d'éveil et de sommeil. Elle peut cependant poser deux problèmes en pratique : le risque de perdre la montre par un individu TDA/H est assez élevé (matériel très coûteux) et la nécessité de le coupler à un enregistrement du sommeil chez un adolescent qui risque de ne pas le renseigner de manière adéquate. Un dernier frein à son utilisation plus répandue en France est le fait que, à ce jour, cet enregistrement n'est pas pris en charge par le système de soins.

### Actimétrie

- Examen simple, précis, ambulatoire des rythmes d'éveil et de sommeil.
- La montre enregistre le nombre et l'intensité des mouvements et stocke ces informations dans une puce en fonction du jour et de l'heure.
- Permet d'apprécier : horaires de lever et de coucher, décalage entre jours de semaine et week-end, temps d'endormissement, temps de sommeil total par 24 heures, horloge biologique (du soir ou du matin).

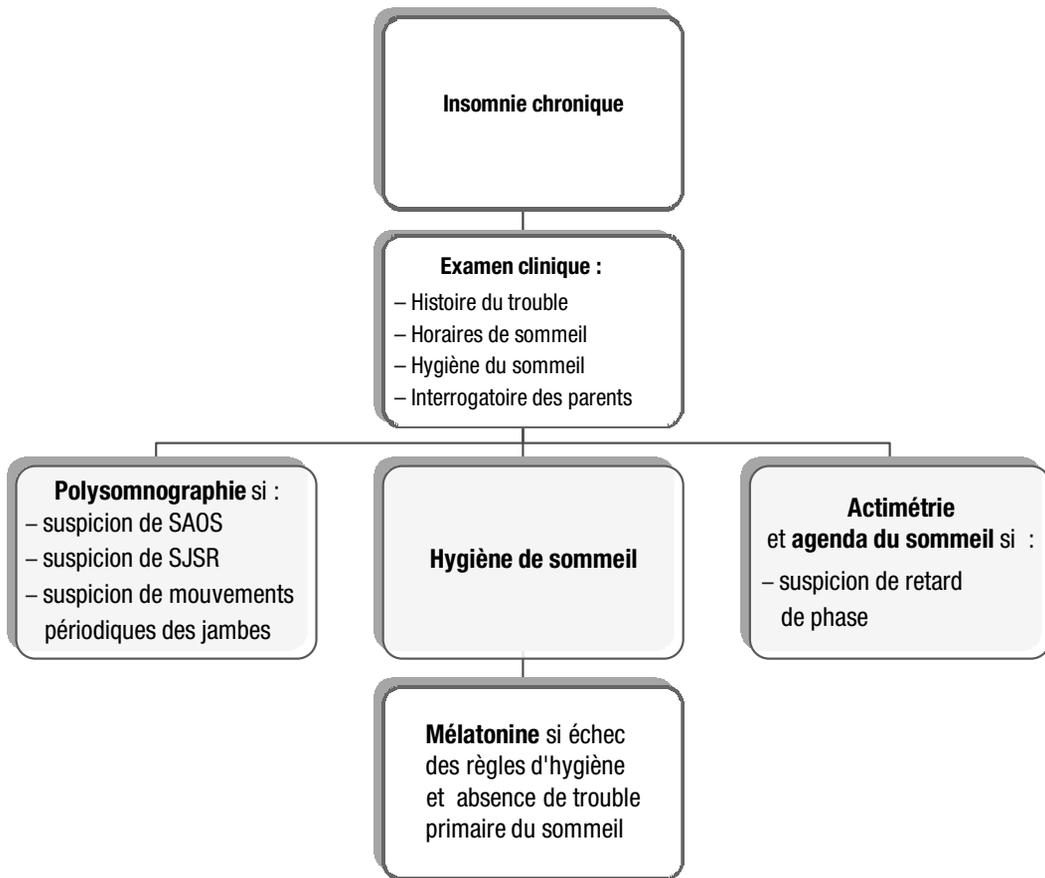


Figure 3.2. Investigations du sommeil

## Examen somatique

L'examen physique du patient adressé pour une évaluation diagnostique de TDA/H a pour objectif d'éliminer certains diagnostics différentiels ou d'éventuelles séquelles du trouble. Les premières évaluations physiques chez un enfant en âge préscolaire sont sensorielles, lorsque l'enfant n'écoute pas on se pose la question d'une atteinte de l'ouïe, quand il a du mal à recopier du tableau ou à lire on l'adresse chez l'ophtalmologue. Lorsqu'ils viennent consulter un spécialiste, ces évaluations ont été faites la plupart du temps, on demande ces examens complémentaires s'ils n'ont pas été réalisés. L'observation oriente parfois vers une cause génétique en cas de dysmorphie faciale ou de périmètre crânien anormal ; les données de l'observation sont également susceptibles de formaliser un diagnostic en faveur d'une atteinte fœtale (alcoolisme fœtal).

L'examen et l'interrogatoire aideront à éliminer les autres diagnostics différentiels, mais également de rechercher des séquelles physiques de TDA/H. Certains agités ont un « abonnement aux urgences » à force de prises de risque mal contrôlées ; parfois ce sont les parents qui craquent et réprimandent physiquement les écarts.

Un examen respiratoire et ORL recherche des signes en faveur d'apnées du sommeil, examine la respiration nasale.

L'examen cutané recherche des taches café au lait, évocatrices d'une neurofibromatose, on explore alors la peau à la recherche de taches lenticulaires, de tumeurs cutanées (neurofibromes) qui apparaissent à l'adolescence, une macrocéphalie est assez fréquente. La prise de pression artérielle recherche alors une hypertension.

### Éliminer les causes organiques de difficulté attentionnelle

- Évaluation auditive et visuelle.
- Neurofibromatose (taches café au lait).
- Syndromes génétiques et dysmorphies faciales.
- Trouble thyroïdien.
- Syndrome d'alcoolisme fœtal : retard de croissance, petit périmètre crânien, ouverture plus petite des yeux, pommettes aplaties et philtrum indistinct (espace sous-développé entre le nez et la lèvre supérieure).
- Abus physique : fractures non guéries, marques de brûlure, blessures inexplicables.
- Troubles du sommeil : hypertrophie des adénoïdes ou des amygdales, difficulté à respirer, apnée du sommeil.
- Épilepsie.
- Diabète instable.
- Traumatisme crânien.

## Bilan orthophonique

Le *bilan orthophonique du langage oral et du langage écrit* doit être considéré comme obligatoire chez l'enfant afin de dépister un trouble du langage, d'obtenir des éléments en faveur d'un trouble attentionnel. Il permet de faire la distinction entre retard d'acquisition et trouble spécifique, il donne parfois des éléments en faveur d'un trouble attentionnel. Les éléments de l'observation en faveur d'un TDA/H sont une agitation, de l'impulsivité, des ruptures attentionnelles, une fatigabilité psychique avec dégradation des réponses au fur et à mesure des épreuves.

Le bilan orthophonique explore les prérequis au langage oral et écrit, la communication verbale et non verbale, discrimination auditivo verbale et visuelle, le graphisme, la mémoire et les gnosies. Il peut permettre de poser un diagnostic orthophonique et d'orienter vers des examens complémentaires (auditifs, visuels, orthoptiques, psychomotricité). Au cours du suivi le renouvellement du bilan objective les progrès accomplis durant la rééducation. Ainsi, le bilan orthophonique permet d'orienter la prise en charge afin qu'elle soit adaptée au(x) trouble(s) repéré(s).

En cas de difficultés orientant vers un trouble logico-mathématique on demande un *bilan orthophonique logico-mathématique* qui permettra éventuellement de l'objectiver et de poser l'indication à une rééducation.

### Indications au bilan orthophonique logico-mathématique

- Difficulté dans le dénombrement (évaluation immédiate d'une quantité allant de 1 à 4 sans avoir à énumérer).
- Difficulté à évaluer de petites quantités d'objets placés devant soi.
- Difficulté d'écriture des chiffres et de reconnaissance des nombres.
- Difficulté à lire une suite de nombres.
- Difficulté à mémoriser les tables de multiplication.
- Difficulté à réaliser des calculs arithmétiques simples.
- Difficulté à comprendre les ordres de grandeur, les mesures.
- Confusions de symboles (+, x, -).
- Difficulté à apprendre à lire l'heure.

En cas de suspicion de trouble spécifique de la communication, un bilan orthophonique de la *pragmatique du langage* permet de confirmer cette hypothèse. Ce bilan évalue la capacité à adapter le langage au contexte communicatif.

### Indications au bilan orthophonique de pragmatique du langage

- Difficultés d'interactions sociales non liées à l'impulsivité, l'agitation, le manque d'attention ou à une anxiété sociale.
- Enfant exclu, décrit comme bizarre par les autres, ayant du mal à imaginer les raisons de son exclusion.
- Difficulté de réciprocité émotionnelle, à s'adapter au contexte.
- Pauvreté de la palette émotionnelle exprimée verbalement ou non.
- Contact oculaire évitant ou fixe et inexpressif.
- Manque d'empathie.
- Prosodie monocorde, langage maniéré.
- Intérêts électifs envahissants.
- Stéréotypies, atypies comportementales.

## Bilan orthoptique

Un bilan orthoptique est très fréquemment demandé chez les patients TDA/H, en effet un trouble visuel perceptif ou perceptivo moteur peut être impliqué dans des difficultés d'apprentissage.

Les 3 grands types de gestes oculomoteurs sont :

*Fixation* : orientation fine du regard pour saisir une cible visuelle fixe.

*Poursuite* : fixation et suivi d'une cible mobile.

*Saccades* : exploration d'une scène visuelle.

La lecture nécessite l'organisation linéaire de gauche à droite de saccades parfaitement calibrées en fonction de la longueur des mots et des retours à la ligne. Lire et comprendre un texte nécessite une attention visuo-spatiale soutenue, une gestion fine de la motricité oculaire et un traitement gnosisque intègre. L'enfant qui présente un trouble attentionnel visuo-spatial et/ou un trouble de la lecture doit faire l'objet d'une exploration oculomotrice à la recherche d'un facteur aggravant.

La WISC peut orienter vers la réalisation d'un bilan orthoptique lorsque les épreuves suivantes sont échouées : Cubes, Symboles, Barrage

### **Exemples de questions pour dépister un problème oculomoteur**

« Votre enfant saute-t-il des lignes ou des mots en lisant ? »

« Votre enfant a-t-il de la difficulté à retenir les choses qu'il voit ou qu'il lit ? »

« Votre enfant a-t-il tendance à se perdre quand il travaille sur une feuille ? Des difficultés à se repérer dans les lignes, les quadrillages, les schémas ? »

- « Votre enfant a-t-il de la difficulté à trouver un objet dans une pièce bien remplie ? »
- « Votre enfant fait-il des confusions de lettres ? Sa lecture est-elle lente ? »
- « Votre enfant fait-il souvent des erreurs en copiant du tableau sur son cahier ? Est-il lent pour recopier ? »
- « Votre enfant a-t-il de la difficulté à trouver ses erreurs alors qu'il les connaît ? »
- « Votre enfant a-t-il un graphisme de mauvaise qualité ? Des difficultés en géométrie ? »
- « Votre enfant se plaint-il de maux de tête en fin de journée ? »

## Bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur, à travers divers jeux, tests et activité motrice, étudie la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui.

### Éléments du bilan psychomoteur

- Acquisition des postures et des habiletés manuelles, qualité du mouvement.
- Graphomotricité.
- Connaissance et conscience que l'enfant a de son corps.
- Latéralité.
- Perception sensorielle.
- Orientation dans l'espace et dans le temps.
- Communication non verbale et verbale, relation à l'autre et gestion des émotions.
- Degré d'autonomie pour les gestes du quotidien.

Le bilan psychomoteur est systématiquement demandé pour les enfants en âge préscolaire présentant une symptomatologie évocatrice de trouble dysfonctionnel de l'attention avec hyperactivité. Il est fréquemment demandé chez l'enfant TDA/H à la recherche de trouble du tonus (hypertonie de fond), trouble praxique, trouble spatio-temporel, trouble de la latéralité et trouble de l'image corporelle.

Un suivi en psychomotricité peut aider l'enfant TDA/H à améliorer sa maîtrise gestuelle en travaillant sur le tonus, l'aisance gestuelle et l'expression corporelle. Le travail psychomoteur peut permettre de travailler sur l'impulsivité, la perception du temps...

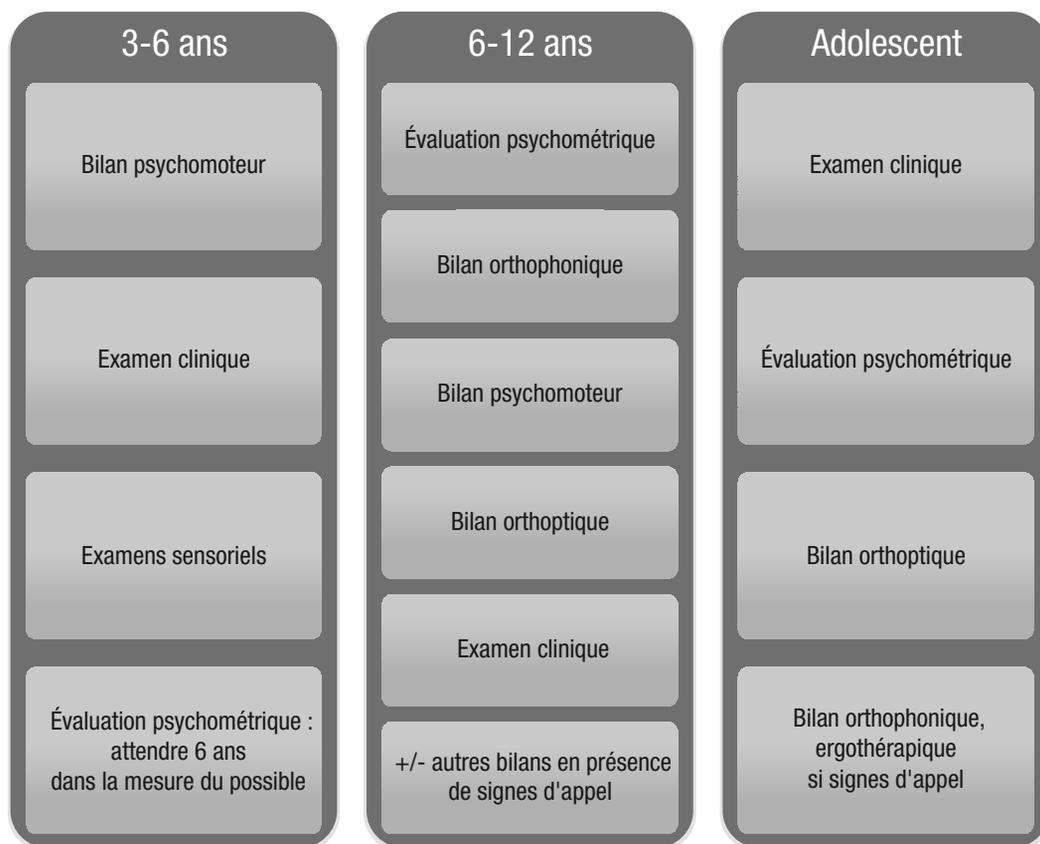


Figure 3.3. Examens complémentaires

## VIGNETTES CLINIQUES

### Haut potentiel et TDA/H

#### ■ Anamnèse parentale

- Le *motif de consultation* est le suivant : « problèmes d'attention et de concentration, agitation persistante, hypersensibilité et réactions disproportionnées aux émotions ». Les parents consultent après avoir été alertés par l'enseignante.
- Les *données démographiques* renseignées sur le questionnaire sont : Pierre est âgé de 7 ans, ses parents sont mariés, ils ont cinq autres enfants plus âgés. Les parents ont

- un niveau d'éducation équivalent à 3 années d'études supérieures, catégorie socio-professionnelle de cadre supérieur. Le français est la seule langue parlée à la maison.
- Dans les *antécédents familiaux*, on note la présence d'un oncle atteint de schizophrénie du côté paternel.
  - *Les antécédents médicaux personnels* de Pierre se résument à quelques rhinopharyngites saisonnières.
  - *La recherche de facteurs de risque* relève que la grossesse s'est déroulée sans problème médical ou émotionnel ni anxiété maternelle, il n'y a pas eu de prise médicamenteuse ou de consommation de toxiques. L'accouchement a été déclenché en urgence 10 jours avant le terme pour souffrance fœtale.
  - *Le développement psychomoteur* s'est déroulé sans difficulté apparente, il était un peu en avance au niveau du langage par rapport à ses frères et sœurs. Sa mère rapporte que sa fratrie s'en est beaucoup occupée et qu'ils lui ont appris à lire à 5 ans parce qu'ils n'en pouvaient plus de lui lire des histoires. Il est décrit comme intelligent, s'intéresse beaucoup à la mythologie et est avide de stimulations intellectuelles, quand un sujet le passionne il peut y passer des heures.
  - *Au niveau comportemental*, Pierre est décrit comme n'étant jamais serein, il est agité en permanence « depuis toujours », aussi bien extérieurement qu'intérieurement disent les parents, il mange ses stylos, crayons, gommes, cols de chemises. Il est « tellement agité que les repas prennent un temps fou », car il fait tout à fait autre chose que manger. Il est impulsif : « enquiquine ses frères en permanence » et coupe la parole à tout bout de champ, il a du mal à supporter la frustration ; en classe il répond sans avoir été interrogé.
  - Les parents se sont décidés à consulter après que la maîtresse de CP leur a signifié un *manque d'attention*, ce manque d'attention avait déjà été repéré l'année précédente avec de *l'agitation*. Depuis son entrée en maternelle, à l'âge de 3 ans, l'agitation avait été remarquée par l'ensemble des enseignantes.  
Les parents ont remarqué les difficultés attentionnelles au domicile, en l'absence de supervision, Pierre est incapable de travailler, il s'éparpille. Le travail scolaire à domicile est relativement vite fait « à condition que nous restions à côté de lui et qu'il soit de bonne volonté, sinon cela peut prendre des heures ».
  - *Les interactions sociales* sont assez pauvres, il est peu invité chez ses camarades. Il est à l'aise dans les relations duelles, mais a du mal à se trouver des amis, en vacances il ne se fait pas d'amis au « club Mickey ».
  - Dans les *suivis antérieurs*, on note une prise en charge en psychothérapie pour des « crises de colère » à l'âge de 5 ans.
  - *Les résultats scolaires* sont globalement bons, mais ils peuvent varier, « il est capable du meilleur comme du pire ».

## ■ Entretien patient

- Les éléments de *l'observation* sont les suivants : Pierre est un enfant sympathique, de bon contact, son vocabulaire est assez développé pour un enfant de son âge. Il se trémousse sur sa chaise pendant toute la durée de l'entretien et explore continuellement la pièce du regard tout en répondant à mes questions.
- Son principal *loisir* est la lecture : il aime beaucoup lire, des livres de toutes sortes et peut y passer des heures, mais il avoue se perdre un peu parfois et devoir relire quelques passages « pour ne rater aucun détail ».
- Au niveau *social* : il dit avoir de bons camarades dans sa classe qu'il apprécie d'inviter et est invité en retour. Il a tout de même une préférence pour la lecture qu'il trouve plus intéressante que les jeux de ballons de ses camarades.
- Son *comportement*, en classe, est bon, mais « je bouge beaucoup trop sur ma chaise » dit-il tout en continuant de prendre le fauteuil sur lequel il est assis pour une balançoire. En classe, il dit avoir du mal à « écouter la maîtresse » et se trouve parfois « perdu dans mes pensées », d'ailleurs il se retourne au moindre bruit et n'arrive pas toujours à terminer son travail, car « je me déconcentre et je regarde trop ailleurs ».
- Les *difficultés d'attention* sont retrouvées au domicile où il a bien du mal à travailler seul, « mes parents m'aident, sinon je me retrouve en train de jouer toutes les 10 minutes ». On remarque la contradiction dans les éléments apportés par les parents et l'enfant, le constat de deux enseignantes différentes va dans le sens de Pierre.
- Le *comportement* de Pierre au domicile est source de conflit avec ses frères et sœurs, « je vais les voir dans leurs chambres quand je ne sais pas quoi faire, mais cela les ennuie ».

## ■ Recueil de données

L'enseignante de Pierre s'est prêtée au jeu du questionnaire et nous avons obtenu les éléments suivants :

- Pierre est scolarisé en classe de cours élémentaire 1<sup>re</sup> année avec des résultats moyens. C'est un élève motivé et bien socialisé, qui lit bien, est bon en maths et a une très bonne mémoire, mais est très agité sur sa chaise et rencontre des difficultés lors du passage à l'écrit, même s'il a fait des progrès en écriture. Dans son bulletin, ses points faibles sont l'écriture, la copie de textes, le soin et le rythme de travail (il est très lent).
- Le questionnaire de symptômes est en faveur d'un TDA/H de type mixte avec 6/9 symptômes de manque d'attention et 6/9 symptômes d'agitation et impulsivité.

L'enseignante ajoute qu'il est en progrès depuis le début de l'année et par rapport à l'année précédente (renseignements obtenus auprès de la maîtresse avec qui il était l'an dernier).

## ■ Bilans complémentaires

L'âge de Pierre plaide pour la réalisation des examens complémentaires usuels pour évaluer la stratégie thérapeutique : évaluation psychométrique, bilan orthophonique, bilan orthoptique et psychomoteur sont demandés. Les éléments significatifs de l'évaluation psychométrique sont les suivants :

- L'Indice de Compréhension Verbale est très supérieur (ICV = 138), mais les performances sont hétérogènes à cause d'un manque de repères temporels.
- L'Indice de Raisonnement Perceptif est supérieur/très supérieur (IRP = 124/130) et les performances sont homogènes si on aide Pierre à canaliser son impulsivité.
- L'Indice de Mémoire de Travail est moyen (IMT = 106) et les performances sont homogènes.
- L'Indice de Vitesse de Traitement est très supérieur (IVT = 137), mais les performances sont hétérogènes.
- La mémoire de travail est bien inférieure aux autres résultats obtenus, dans le cadre de résultats homogènes elle ne poserait pas question, mais dans le cas présent elle est significative de difficultés. Dans le détail Pierre se trompe une fois sur deux dans les tâches évaluant la mémoire de travail, ce qui ne ressort pas dans la note globale.
- L'analyse des fonctions attentionnelles faite à l'aide du TEA-CH met en évidence de légers troubles de l'attention sélective, des troubles modérés à sévères des capacités d'attention soutenue et des troubles sévères des capacités d'attention divisée.
- Au niveau exécutif, on relève des difficultés d'inhibition et de flexibilité mentale et une organisation qui n'est pas encore optimale. Pierre est encore jeune et cela peut évoluer.

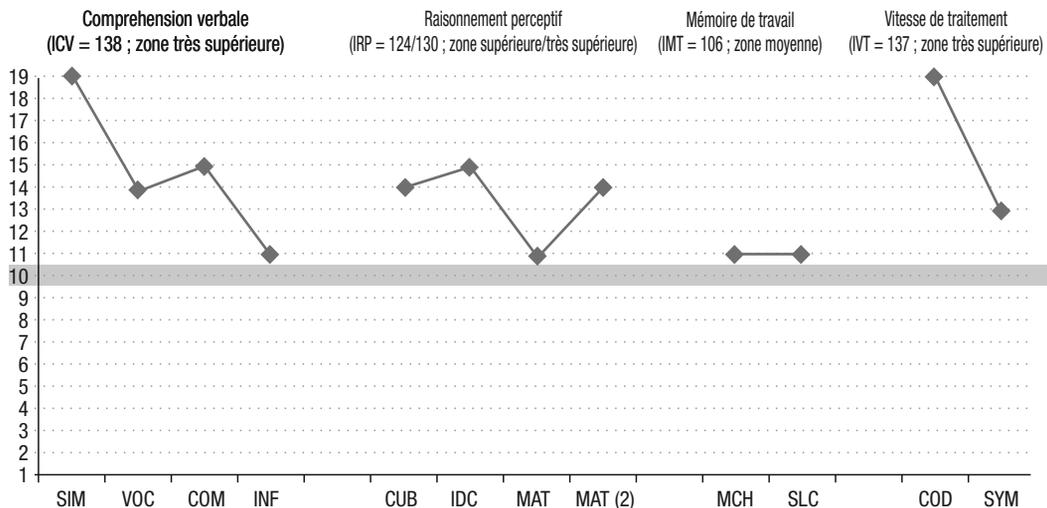


Figure 3.4. Évaluation psychométrique de Pierre

Le bilan orthophonique du langage oral et du langage écrit n'a rapporté aucune difficulté spécifique dans les apprentissages, Pierre commet souvent des erreurs d'étourderies.

Le bilan orthoptique est normal. Le bilan psychomoteur met en évidence :

- Une instabilité psychomotrice manifeste et importante (activités accompagnées et spontanées) qui entrave la qualité et le rythme de sa motricité fine et qui peut également fragiliser la qualité de ses interactions (adultes et pairs) ;
- Pierre est un enfant coopérant, volontaire, désireux de bien faire, poli et obéissant. C'est un partenaire très agréable de l'interaction. L'instabilité psychomotrice, dont il souffre, peut entraver le bon développement de ses compétences psychomotrices et de son excellent potentiel cognitif. Cette instabilité psychomotrice peut également le pénaliser, à tort, scolairement.

### ■ Traitement

En l'absence de critères de sévérité de l'impact fonctionnel, une prise en charge en remédiation cognitive (mémoire de travail) et en psychomotricité a été décidée. Cette prise en charge a été accompagnée d'une éducation thérapeutique des parents avec l'enfant. Des aménagements scolaires ont été demandés. Les objectifs de la prise en charge en psychomotricité étant :

- Une valorisation de ses compétences psychomotrices ;
- Un travail de préparation de son projet moteur (motricité fine et motricité globale, équilibres statique, dynamique et postural) ;
- Une mobilisation et un maintien de son attention sur une plus longue durée : activités planifiées et quantifiées raisonnablement (2 à 3 maximum), réduction des distracteurs (visuel, auditif dont le verbal, corporel dont les déplacements), pauses de détente corporelle et relaxation psychomotrice.

Pierre a été revu 6 mois plus tard, il était plus calme, ses résultats scolaires améliorés, les parents continuaient de travailler avec lui sur les devoirs auxquels il se prêtait de bonne grâce.

Il a été suivi au rythme d'un entretien tous les 4 mois, la prise en charge en psychomotricité maintenue pendant 18 mois. Deux ans après le diagnostic, Pierre a commencé à manifester des signes d'angoisse de performance et de manque d'estime de soi, il doutait de plus en plus de ses capacités à bien faire. Un traitement par méthylphénidate a été instauré avec un accompagnement en thérapie comportementale et cognitive. L'évolution à 5 ans est très favorable.

## Anxiété et TDA/H

### ■ Anamnèse parentale

- *Le motif de consultation* est le suivant : « Diagnostiqué TDA/H, Marc a des difficultés scolaires (écrire, restituer les leçons apprises et sues lors des interrogations, écrire l'intégralité des leçons et des devoirs...). Marc souffre également d'un sévère manque d'estime de soi. Il a parfois des difficultés relationnelles avec ses camarades ».
- *Les données démographiques* renseignées sur le questionnaire : les parents de Marc sont mariés, le père est militaire, la mère a un niveau bac +5. Le français est la seule langue parlée à la maison. Marc a un grand frère âgé de 14 ans, ce dernier n'a pas de difficultés particulières comportementales ou scolaires.
- *Dans les antécédents familiaux*, on note une anxiété maternelle : « comme ma mère ».
- *Les antécédents personnels* de Marc ne sont pas très fournis.
- Il n'y a pas de facteurs de risque retrouvés à l'interrogatoire. La grossesse s'est déroulée sans problème médical ou émotionnel, il n'y a pas eu de prise médicamenteuse ou de consommation de toxiques. La mère signale qu'elle a perdu son père pendant la grossesse de Marc.
- *Le développement psychomoteur* a été marqué par un développement du langage comparable à celui de son frère aîné, mais des difficultés au niveau de la motricité fine : difficulté pour l'apprentissage des lacets, lenteur à l'habillage et graphisme peu soigné.
- *Le comportement en classe* est marqué par de l'agitation, elle a fait l'objet de remarques de la part des enseignants depuis qu'il est âgé de 5 ans. Dans le cadre non structuré de la cour de récréation, Marc a du mal à canaliser son énergie. Il était souvent dans la provocation et bagarreur, impulsif, ayant du mal à attendre son tour, parlait fort et dans les jeux de groupe voulait toujours être meneur. Il s'est beaucoup calmé depuis deux ans, signalent les parents, son comportement est surtout marqué par des difficultés à soutenir son attention en classe. Il souffre d'un certain isolement social que les parents décrivent comme séquentaire à ses difficultés comportementales antérieures.

Le temps des devoirs est long, il faut rester avec lui pour qu'il ne se laisse pas distraire par son environnement. Il est volontaire et demande l'aide de ses parents.

Les parents ont noté un changement deux ans auparavant, Marc a commencé à « stresser avant ses évaluations et lorsque nous sortions à dîner chez des amis ».

Il a été suivi en psychomotricité et en orthophonie pendant 1 an et demi, suivi interrompu depuis trois ans.

## ■ Entretien patient

Marc est un jeune adolescent agréable, de bon contact, assez sympathique, il s'exprime avec aisance et souri lorsque nous plaisantons.

Il évoque des difficultés à soutenir son attention évoluant depuis « au moins quelques années », elles lui posent difficulté à l'école et au domicile, mais il a développé des stratégies de compensation assez efficaces :

- Il apprend son emploi du temps par cœur afin de minimiser les oublis ;
- Il apprend également son cahier de textes par cœur au cas où il le perdrait ;
- Il vérifie son cartable deux fois avant de se rendre au collège ;
- Chaque soir, il refait les exercices de la journée, prépare les leçons du lendemain en relisant ses cours précédents ;
- Il travaille parfois jusque deux heures le soir, quand il n'a rien à faire il revoit toutes ses leçons et refait ses exercices ;
- Il se relit à la fin des évaluations afin de minimiser le risque de fautes d'étourderie ;
- Sa chambre est bien ordonnée, ses affaires de classe bien rangées et classées par matière.

Ainsi, Marc a parfaitement noté les difficultés qui se posaient à lui antérieurement et a développé d'excellentes stratégies compensatoires.

Ses résultats scolaires le satisfont, il évolue dans le premier tiers de sa classe. Il dit ne plus stresser en évaluation, comme avant, car il est toujours bien préparé. En évaluation, il ne panique pas et n'a pas de difficultés à restituer ses connaissances.

Il se reproche d'être impulsif, mais essaye de se contrôler afin que cela ne retentisse pas sur les relations avec ses camarades comme cela a pu être le cas auparavant.

Son sommeil est de bonne qualité, il se lève sans difficulté le matin.

Ce qui le questionne, ce sont ses relations sociales qui sont assez restreintes, il se plaint d'un manque de savoir-faire quand il faut s'intégrer dans un groupe et discuter avec ses camarades.

## ■ Recueil de données

En classe, son institutrice rapporte que Matthieu semble souvent inattentif (même s'il suit quand même et obtient des résultats corrects). Il a du mal à se mobiliser pour le travail et a tendance à traîner, ce qui fait qu'il doit souvent terminer le travail de classe à la maison, en particulier pour le travail d'écriture, Matthieu étant très réfractaire face à ce type de tâches.

Actuellement, aucun problème comportemental ne se pose au sein de la classe ou dans la cour de récréation.

## ■ Bilans complémentaires

Une évaluation psychométrique réalisée préalablement à l'entretien avait permis de mettre en évidence :

- L'Indice de Compréhension Verbale est dans la moyenne haute (ICV = 114), ses réponses sont fluides, mais il est noté qu'il a besoin parfois que la consigne lui soit répétée.
- L'Indice de Raisonnement Perceptif est très supérieur (IRP = 124) et ses performances sont homogènes.
- L'Indice de Mémoire de Travail est inférieur à celui attendu (IMT = 88), sa mémoire de travail apparaît vite saturable.
- L'Indice de Vitesse de Traitement est inférieur à celui attendu (IVT = 88), il ne commet aucune erreur attentionnelle, mais au coût d'une vitesse de traitement lente.
- Le comportement est stable pendant la passation, il ne s'agite pas et ne répond pas de manière impulsive.

Au final, ce bilan est exactement ce qui est attendu chez un TDA/H avec anxiété : mémoire de travail altérée, absence d'impulsivité, mais le traitement des tâches complexes subi un ralentissement important.

## ■ Traitement

Le tableau de TDA/H avec anxiété est assez classique de l'expérience clinique, il évoque une anxiété de performance sans anticipation négative ni stress paralysant en situation de performance (bien qu'il subisse un ralentissement pour le traitement des données). Les stratégies mises en place permettent de compenser les risques inhérents au dysfonctionnement attentionnel.

Il ne présente pas de dysfonctionnement exécutif autre que l'atteinte de la mémoire de travail, il sait s'organiser et paraît très motivé.

La chronologie est claire avec apparition du trouble anxieux après la symptomatologie de TDA/H.

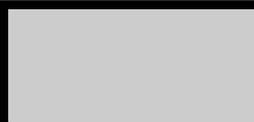
La recommandation est de traiter le TDA/H puis de réévaluer le trouble anxieux, mais ce n'est pas la ligne de conduite que nous avons définie avec le patient et sa famille. Après leur avoir expliqué les recommandations et les avoir éduqués sur ce qu'il était raisonnable d'attendre du traitement, la nécessité de procéder à une remédiation cognitive pour sa mémoire de travail. Nous leur avons proposé de procéder par étapes en procédant à une remédiation cognitive et en l'adressant en thérapie comportementale dans un groupe d'habiletés sociales. La nécessité d'un traitement médicamenteux étant à réévaluer par la suite.

Cette ligne de conduite a été adoptée, car le trouble anxieux est stable, il n'est pas envahi de ruminations anxieuses, son sommeil n'est pas altéré ; par ailleurs, les résultats scolaires sont relativement bons et surtout l'impact fonctionnel est modéré.

### CE QU'IL FAUT RETENIR

- Un questionnaire adressé aux parents au préalable à la consultation permet de recueillir de nombreux éléments.
- Le questionnaire adressé aux enseignants a une valeur importante également.
- L'évaluation psychométrique peut être strictement « normale » dans 30 % des cas, elle n'a pas de valeur diagnostique positive ou négative.
- Un compte-rendu détaillé de WISC ou de NEPSY est riche d'informations.
- Les bilans demandés ont pour valeur de mieux définir « les contours » du patient et d'orienter la prise en charge ou la recherche de comorbidités.
- Certains examens sont obligatoires chez l'enfant TDA/H, d'autres sont orientés par la clinique.





# Chapitre 4

## Le recueil de données

L'évaluation diagnostique .....	<b>126</b>
Procédure diagnostique .....	126
Enjeux de l'anamnèse parentale .....	127
Les biais du premier entretien .....	128
Évaluation générale .....	<b>129</b>
Motif de consultation .....	129
Environnement et facteurs de risque de TDA/H .....	130
Habitudes de sommeil .....	132
Fonctionnement à domicile .....	132
Fonctionnement scolaire .....	134
Fonctionnement social .....	134
Recherche de symptômes de TDA/H .....	<b>135</b>
Les symptômes d'inattention .....	135
Les symptômes d'agitation .....	137
Les symptômes d'impulsivité .....	138
Difficultés d'organisation .....	141
Évaluation de l'impact fonctionnel .....	<b>142</b>
Impact scolaire .....	143
Impact social .....	144
Impact familial .....	145
Évaluation d'un trouble du comportement .....	145
Analyse des données de tiers .....	<b>147</b>
Bulletins scolaires .....	147
Observation du corps enseignant .....	148

### OBJECTIFS

- Savoir quels éléments rechercher lors de l'anamnèse parentale
- Maîtriser les biais du recueil de données
- Maîtriser l'entretien avec les parents étape par étape
- Le recueil de données auprès de tiers

## L'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE

### Procédure diagnostique

Ce chapitre retrace les étapes préalables à l'entretien avec l'enfant ou adolescent qui est adressé pour suspicion de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

En premier lieu : *l'entretien anamnestique* avec les parents permet de recueillir le motif de consultation, il est le plus souvent lié à des difficultés scolaires, des problèmes comportementaux, parfois c'est pour un dépistage systématique suite à la découverte d'un TDA/H chez un enfant de la fratrie.

En deuxième lieu : *le recueil des données auprès de tiers*. Pour des raisons pratiques il est présenté dans ce chapitre, les parents se présentent au premier entretien avec l'ensemble des bulletins scolaires qui leur ont été demandés (quel que soit l'âge du patient) et repartent avec un questionnaire à faire remplir par le corps enseignant.

En troisième lieu : *l'entretien avec l'enfant* qui fait l'objet du chapitre suivant. Lors de l'entretien parental, nous avons déjà obtenu de nombreux indices et formulé des hypothèses diagnostiques. L'entretien avec l'enfant ou l'adolescent va permettre d'étayer nos soupçons, nous allons prendre le temps d'interroger le patient sur ses points forts avant de passer en revue ses difficultés.

Dans ce chapitre est présenté le premier entretien clinique à visée diagnostique en cas de suspicion de TDA/H chez un enfant ou un adolescent. Ce premier entretien est mené avec les parents seuls, ils sont ainsi à l'aise pour évoquer les problèmes qui se posent, le mode éducatif, le couple parental, les éventuels secrets de famille qui sont toujours très mal gardés.

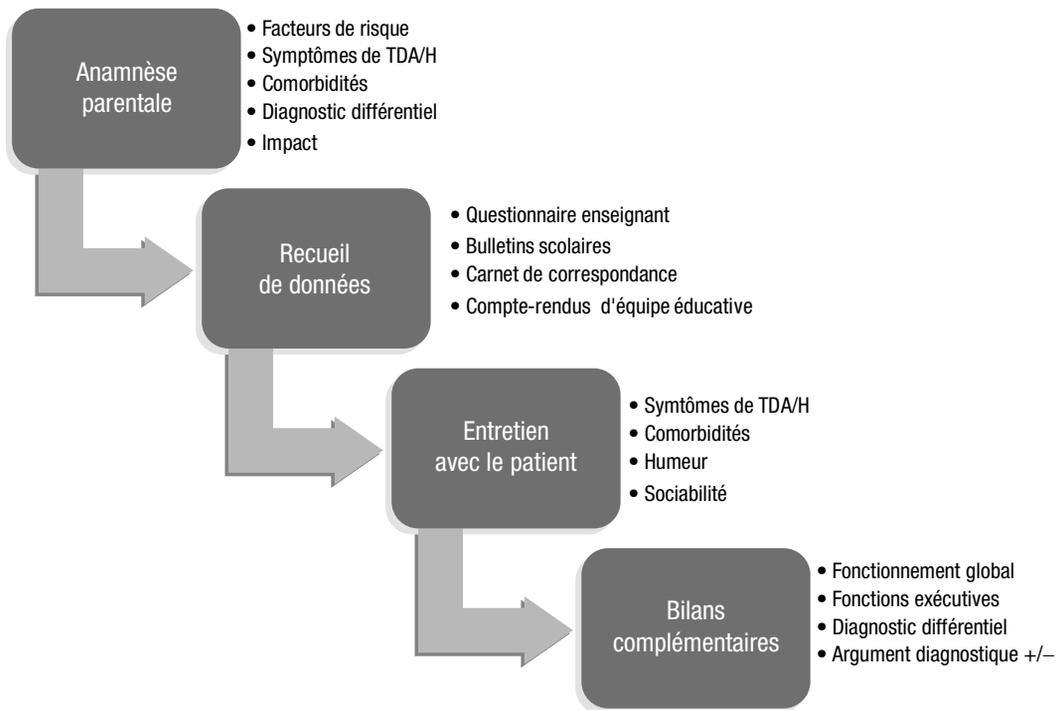


Figure 4.1. Procédure diagnostique

## Enjeux de l'anamnèse parentale

L'anamnèse avec les parents de l'enfant ou de l'adolescent est un moment clé dans l'évaluation diagnostique chez le patient chez qui est suspecté un trouble attentionnel.

Dans le TDA/H, les parents sont meilleurs informateurs que l'enfant, ils ont souvent passé de nombreuses heures à faire travailler leurs enfants, puis adolescents et savent bien décrire les pertes d'attention.

Les motifs de consultation qui mènent au premier entretien sont variables. La difficulté scolaire est le premier motif chez les adolescents, chez l'enfant, les troubles du comportement quand ils sont présents entraînent des consultations précoces.

### La première partie de l'évaluation diagnostique a plusieurs objectifs

- Rechercher les facteurs de risque de TDA/H
- Rechercher des éléments en faveur d'un diagnostic différentiel
- Rechercher des éléments en faveur d'un ou plusieurs troubles comorbides
- Evaluer la présence de symptômes positifs du trouble attentionnel
- Evaluer l'impact fonctionnel du trouble au niveau familial, social et scolaire

Il faut prendre le temps de recueillir ces nombreux éléments de l'anamnèse afin de poursuivre l'évaluation diagnostique dans les meilleures conditions possible. Les parents doivent avoir été entendus, être rassurés, et nous devons avoir formulé quelques hypothèses diagnostiques à l'issue de ce premier entretien.

## Les biais du premier entretien

Cet entretien, comme tous les entretiens avec les proches d'un patient, est soumis à la subjectivité des parents de notre futur patient, certains biais peuvent intervenir et risque de fausser notre recueil de données.

### Biais du premier entretien

- Exagération ou minimisation des symptômes
- Désir des parents d'influencer la décision du médecin
- Souhait des parents d'obtenir un certificat médical conférant à leur enfant certains droits
- Conflit parental latent
- Oublis

Le risque d'exagération ou de minimisation des symptômes dépend de plusieurs éléments dont les parents ne sont pas toujours conscients. Il est important de ressentir le degré d'entente parentale et d'évaluer leur vision respective en terme d'éducation. Une mésentente parentale ou des visions foncièrement différentes des modèles éducatifs peuvent influencer de façon importante leur discours.

Nous ne pouvons ignorer que dans nos sociétés développées où l'éducation prend une place considérable, la découverte d'un trouble à l'origine de difficultés scolaires peut interroger sérieusement le narcissisme parental.

Un parent se reconnaissant dans la description du TDA/H peut exagérer ou minimiser les symptômes ou leur impact fonctionnel.

À l'ère où on trouve tout type d'informations sur internet et où les sites médicaux grand public pullulent sur la toile, on voit des parents s'adresser eux-mêmes en consultation avec un diagnostic et des orientations thérapeutiques en tête. L'attente du médicament miracle peut fortement biaiser certaines évaluations, tout comme le refus absolu de l'envisager. Il faut remettre à plus tard les discussions sur la prise en charge thérapeutique en expliquant qu'elle n'a pas lieu d'être tant qu'un diagnostic n'a pas été affirmé ou récusé.

L'attente d'un certificat du médecin demandant certains aménagements scolaires, d'un certificat attestant que l'enfant a besoin d'un soutien parental important (dans l'attente d'une réduction du temps de travail par exemple), d'une aide financière, ou tout simplement d'une reconnaissance du handicap dont souffre l'enfant sont des situations risquant de biaiser notre premier entretien.

Les situations les plus à risque sont probablement celles où l'enfant se trouve au centre d'un conflit parental, lorsque l'un et l'autre prennent sa condition en otage pour prendre le dessus, avoir raison de l'autre.

## ÉVALUATION GÉNÉRALE

### Motif de consultation

Le motif de consultation nous renseigne sur les difficultés principales (comportementales et/ou scolaires), les circonstances ayant poussé à prendre rendez-vous peuvent faire suspecter un impact familial (épuiement parental), scolaire (épuiement du corps enseignant).

On se renseigne sur le parcours de soins ayant précédé la consultation de dépistage, professionnels de santé impliqués auparavant, résultats des consultations et/ou prises en charge précédentes.

Les parents sont-ils adressés par l'école, un professionnel de santé, des amis, sont-ils conscients des difficultés de l'enfant ou sont-ils dans l'expectative ?

#### **Questions sur le motif de consultation**

- « Quelle problématique vous amène à consulter aujourd'hui ? »
- « Avez-vous été adressé par quelqu'un ? »
- « Des consultations ont-elles déjà eu lieu pour les mêmes difficultés ? »
- « Des rééducations, des suivis sont-ils en cours ? En a-t-il bénéficié dans le passé ? »

## Environnement et facteurs de risque de TDA/H

Le **mode de vie du patient** : état matrimonial des parents, niveaux d'étude respectifs, professions, la fratrie, une éventuelle adoption, un placement social. Les données épidémiologiques suggèrent une plus grande fréquence de TDA/H parmi les catégories socioprofessionnelles défavorisées.

Les familles monoparentales sont également, plus à risque d'avoir un enfant ayant des troubles du comportement, voire un TDA/H. Lorsque les parents sont séparés, il faut être prudent à plusieurs titres : prudence dans le décryptage des symptômes, car les oublis de matériel scolaire peuvent être plus fréquents en cas de garde alternée, prudence dans la compréhension des symptômes si le mode éducatif n'est pas le même, prudence également dans les conflits qui peuvent se jouer à notre insu.

La *fratrie* est décrite par les parents, on les interroge sur des difficultés éventuelles au niveau scolaire ou comportemental chez les frères et sœurs. Il est important de jouer un rôle préventif en informant les parents que la fratrie est plus fréquemment touchée par le TDA/H si un diagnostic est confirmé chez notre patient.

Les parents sont interrogés sur les *antécédents médicaux familiaux*, notamment au niveau psychiatrique, comme les troubles de l'humeur ou les troubles anxieux. Bien entendu, on leur pose la question de symptômes de TDA/H chez eux-mêmes du fait de la forte agrégation familiale.

La question des *antécédents médicaux personnels* de notre patient est posée, à la recherche des diagnostics différentiels : trouble sensoriel auditif ou visuel, épilepsie, neurofibromatose, tics, traumatisme crânien, dysthyroïdie, traitement par antiépileptique ou corticoïdes.

On interroge la mère sur une *pathologie de la grossesse* : infection maternelle durant la grossesse (toxoplasmose, rubéole, cytomégalo virus, herpès virus), exposition aux toxiques (alcool, tabac, cocaïne, cannabis), une souffrance fœtale ou néo-natale, une prématurité ou une naissance tardive.

Le *développement psychomoteur* est exploré dans le détail. On s'enquiert d'un retard de parole, de motricité globale, de motricité fine, dans l'acquisition de la propreté. Un retard de langage ou un retard dans le développement moteur doit faire l'objet d'explorations si cela n'a pas déjà été le cas.

### Questions sur l'environnement

« Êtes-vous les parents biologiques de l'enfant ? »

« Quel est votre statut matrimonial actuel ? »

« A-t-il des frères et sœurs, si oui, ont-ils des difficultés dans les apprentissages ? »

« Comment s'est déroulée la grossesse ? Y a-t-il eu des événements marquants, des prises de médicaments, d'alcool ou de drogues ? »

- « Comment s'est déroulé l'accouchement ? »
- « Y a-t-il des maladies particulières dans la famille, dépression, anxiété, TDA/H ? »
- « Votre enfant a-t-il eu beaucoup d'otites, l'audition et la vision ont-elles été explorées ? »
- « Prend-il des médicaments ? »
- « Quels ont été : l'âge de la marche, des premiers mots, phrases, a-t-il été en retard au niveau moteur ou du langage par rapport aux jeunes du même âge ? »

### *Importance de l'environnement*

Victor, 9 ans, est amené en consultation par sa mère pour des symptômes évocateurs de TDA/H. Elle se présente sans le père de Victor, dont elle est divorcée depuis trois ans, et le présente comme refusant d'admettre les difficultés de son fils qu'il ne suivrait pas scolairement. Victor ferait ses devoirs avec sa mère et n'en fait pas ou oublie son matériel quand il va chez son père deux week-ends par mois. La mère serait seule face aux difficultés scolaires de Victor, le père ne le faisant pas travailler lors des week-ends où ils sont ensemble.

Ce qui frappe d'emblée lors de cet entretien est le fait que la mère évoque la nécessité d'un traitement médicamenteux et l'opposition farouche du père à ce traitement. Lorsque Victor est reçu en entretien, il confirme avoir du mal à soutenir son attention en classe et sur le travail scolaire qu'il a à faire le soir après la classe. Il présente des ruptures attentionnelles quand il travaille, a des difficultés à comprendre les consignes, du mal à comprendre ses lectures, car il se retrouve à divaguer dans son esprit. Il oublie régulièrement ses affaires de classe. Il est agité en classe et à la maison où il a du mal à rester à table sans se lever. Il coupe régulièrement la parole à son entourage. Il se décourage facilement face à la difficulté et a du mal à s'endormir le soir, il est assez secret sur son ressenti.

Son père est reçu, séparément, en entretien et confirme les difficultés attentionnelles de son fils ainsi que l'agitation qui est fréquemment mentionnée dans les bulletins scolaires avec les ruptures attentionnelles.

Les bilans réalisés pour Victor sont en faveur d'un trouble attentionnel.

Lors de l'entretien de restitution qui s'est fait en présence des deux parents et en l'absence de Victor, sa mère a beaucoup insisté sur son désir d'introduire une médication rapidement, les difficultés évoluant depuis son arrivée en cours préparatoire. Le père s'oppose à une médication étant donné que rien d'autre n'a été fait pour aider Victor dans ses difficultés, il évoque notamment le fait que Victor lui parle régulièrement de difficultés relationnelles avec sa jeune demi-sœur, difficultés dont il n'oserait pas parler devant sa mère. La proposition thérapeutique faite est la suivante : aménagements scolaires, information à l'enseignante, soutien psychologique et thérapie comportementale et cognitive.

Victor a intégré un groupe de TCC pour enfant avec TDA/H, il a été suivi en parallèle en individuel par une psychologue avec qui il a pu évoquer ses préoccupations. À chaque fois que sa mère l'accompagnait à une séance de TCC de groupe, elle ne manquait pas de nous interpeller dans le couloir pour parler de médication.

Six mois plus tard, lors d'un entretien de suivi avec les parents, il apparut que Victor avait fait énormément de progrès au niveau scolaire, il avait moins de difficultés à soutenir son attention. Il fut alors décidé, au grand dam de sa mère, de le revoir dans six mois.

Ce cas de figure n'est pas rare et illustre bien les difficultés auxquelles nous pouvons être confrontés en présence de parents séparés.

## Habitudes de sommeil

On s'enquiert des habitudes de sommeil de notre patient et dans l'idéal on fait remplir un *agenda du sommeil* aux parents entre cet entretien initial et l'entretien prévu avec l'enfant, cela nous permettra d'avoir des informations objectives.

On questionne les parents sur le *comportement* de l'enfant au moment du coucher : opposition et résistance au coucher, agitation vespérale, anxiété exprimée ou agit (demande de présence parentale jusqu'à l'endormissement).

On les interroge sur la *latence d'endormissement* et sur la présence de levers multiples au moment du coucher (ils peuvent nous orienter vers un syndrome des jambes sans repos). Si les parents ne savent répondre à ces interrogations, l'agenda du sommeil permettra d'avoir une idée objective de la situation. Il est souvent nécessaire lorsque le discours des parents et celui de l'enfant diffèrent. En général les parents d'adolescents savent bien dire qu'ils se couchent tard, car ils font du bruit. Lorsque les enfants s'endorment tard les parents n'en sont pas toujours conscients, certains rusent et lisent avec une veilleuse ou jouent avec une console de jeu portable.

On s'enquiert de la *qualité du sommeil* : motricité excessive au cours du sommeil, réveils nocturnes, parasomnies (sommambulisme, terreurs nocturnes, éveils confus), présence d'apnées pendant le sommeil.

Enfin, on s'enquiert de l'*inertie du sommeil* : l'enfant est-il facilement éveillable le matin, quelle est la qualité de l'éveil matinal.

### Questions sur le sommeil

- « Votre enfant a-t-il une routine de sommeil bien établie ? »
- « Quels sont les horaires de lever et de coucher de votre enfant ? Sont-ils réguliers ? »
- « Quel est son comportement au moment du coucher ? »
- « A-t-il besoin de beaucoup de temps pour s'endormir ? »
- « Son sommeil est-il de bonne qualité ? A-t-il des ronflements ? Avez-vous noté la présence de pauses respiratoires ? »
- « Le matin, se réveille-t-il spontanément ? Faut-il le réveiller ? Est-il difficile à réveiller ? »
- « Est-il bien éveillé une fois sorti du lit ou a-t-il besoin de temps pour émerger ? »

## Fonctionnement à domicile

Le fonctionnement à domicile passé et présent fait l'objet des interrogations suivantes auprès des parents.

On interroge les parents sur les *activités habituelles* de l'enfant ou de l'adolescent : lecture, jeux, écrans, jeux de construction, activités sportives, capacité à jouer seul chez l'enfant.

Les *habitudes alimentaires* sont explorées. On est parfois surpris de découvrir une sélectivité alimentaire extrême chez certains enfants qui ne mangent que certains aliments, certaines formes ou certaines couleurs d'aliments. Une sélectivité alimentaire importante doit amener des interrogations sur le fonctionnement social et faire évoquer un trouble du spectre autistique. Certains anxieux peuvent présenter des phobies alimentaires à des âges précoces de la vie, on ne retrouve pas de difficultés dans la sociabilité et d'autres éléments de la lignée anxieuse.

La quantité et le type d'*exercice physique* pratiqué font l'objet de questionnements. Certains parents décrivent leur enfant TDA/H comme ayant besoin de se dépenser énormément pendant la semaine, d'autres rapportent un meilleur comportement ou un endormissement plus facile quand l'enfant a fait du sport dans la journée. Les impulsifs et les rêveurs ont souvent des difficultés pour les activités sportives en groupe (l'impulsif se croit seul sur le terrain, le rêveur laisse passer le ballon à deux centimètres de ses pieds sans réagir).

Les relations interpersonnelles avec la fratrie et les parents sont analysées.

#### **Illustration clinique**

Pierre, 12 ans, est amené en consultation par ses parents pour évaluation diagnostique d'un trouble anxieux. Ses parents sont séparés depuis qu'il a 6 ans, il vit chez sa mère et va chez son père un week-end sur deux et pendant la moitié des vacances scolaires. Il a un grand frère âgé de 15 mois de plus que lui avec qui l'entente est bonne.

Ses habitudes alimentaires sont très particulières avec une sélectivité alimentaire depuis qu'il est âgé de 18 mois. Il mange toujours les mêmes aliments depuis cet âge : pâtes (coquillettes ou alphabet uniquement), purée, frites, chips, pommes noisette, saucisson, petits-suisseurs et céréales. Les pâtes ne doivent pas être mélangées à de la sauce ni à du beurre sinon il ne les touche pas. Les aliments qui mangent doivent être de la même marque. Pour la mère et le psychologue qu'il a vu à quelques reprises à l'âge de 3 ans il présente une anxiété importante responsable de cette sélectivité alimentaire.

Un autre élément que la mère rapporte comme étant lié à la lignée anxieuse est l'énurésie nocturne qu'il présente par périodes. En effet certains enfants anxieux peuvent présenter des périodes d'énurésie de résolution spontanée, mais récidivante, cependant ce qui frappe c'est que Pierre ne se lave pas lorsqu'il a eu un accident nocturne et n'est pas préoccupé de se rendre au collège en ne sentant pas bon.

Ces deux éléments faisant suspecter un trouble du spectre autistique ont orienté la suite du premier entretien : Pierre était très peu invité par ses camarades dès l'école primaire, il n'avait qu'un seul ami, mais qui se moquait de lui et « abusait de sa naïveté » selon la mère de Pierre, encore aujourd'hui on se moque de lui à l'école, il est chahuté et on lui aurait dérobé sa trousse la semaine dernière comme cela lui arrive souvent. Le développement psychomoteur est marqué par un retard de langage, il avait des jeux « structurés à l'extrême » dans son enfance (alignement de petites voitures). La mère de Pierre rapporte qu'il évite le contact oculaire, n'a aucun sens de l'humour et ne comprend pas l'implicite, il est « brut de décoffrage » rapporte-t-elle.

L'entretien avec Pierre confirma nos soupçons et le diagnostic posé fut celui de trouble envahissant du développement « NOS » (actuellement trouble du spectre autistique), évidemment il était anxieux, il présentait en outre un trouble attentionnel sans hyperactivité.

#### **Questions sur le fonctionnement à domicile**

- « Comment se comporte-t-il à la maison ? »
- « Comment s'occupe-t-il dans les moments de loisir ? »
- « Peut-il jouer seul ou réclame-t-il la présence de l'adulte ? »
- « A-t-il des problèmes alimentaires ? »
- « Pratique-t-il une activité sportive régulière ? »

## **Fonctionnement scolaire**

Le fonctionnement à l'école passé et présent fait l'objet des questions qui sont ensuite posées aux parents.

La *qualité globale des apprentissages* est évaluée : qualité de l'écriture, qualité de l'expression orale et écrite, la participation en classe. On interroge les parents sur la présence d'un trouble spécifique des apprentissages déjà diagnostiqué.

*L'autonomie en classe* est interrogée : est-il capable de travailler seul, va-t-il au bout de ses tâches sans qu'il y ait nécessité de le stimuler régulièrement, le cahier de textes est-il bien rempli et rapporte-t-il à la maison les affaires nécessaires à son travail ?

On demande aux parents de rapporter les *bulletins scolaires* de l'enfant et on les analyse en détail.

La question est posée du comportement de l'enfant ou de l'adolescent en classe, le comportement global, mais également son entente avec les jeunes du même âge, les adultes en général et le ou les enseignants.

#### **Questions sur le fonctionnement scolaire**

- « Votre enfant a-t-il des difficultés scolaires ? Des problèmes d'apprentissage ? »
- « Un trouble tel que dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dyspraxie, a-t-il été diagnostiqué ? »
- « Est-il autonome dans son travail en classe ? »
- « A-t-il de bonnes relations avec ses camarades de classe ? Avec les enseignants ? »

## **Fonctionnement social**

Ce chapitre est d'une **importance majeure** : il s'agit de ne pas méconnaître un impact sur les relations sociales, un manque d'habiletés sociales, un trouble du spectre autistique

léger, une anxiété sociale. Il n'est pas rare lorsque l'on reçoit un enfant ou adolescent en deuxième intention de découvrir qu'un trouble du spectre autistique léger n'a pas été diagnostiqué et continue d'évoluer.

Après s'être informé de la pratique d'activité extrascolaire en groupe et du bon déroulement de ces activités, on s'enquiert de savoir si notre futur patient a des amis de son âge, et de son comportement social en général : est-il invité chez des amis, a-t-il toujours les mêmes amis depuis des années, change-t-il souvent d'amis (un turn-over rapide est en faveur d'une impulsivité), montre-t-il de l'intérêt à inviter des amis chez lui.

On questionne les parents sur la qualité de ses interactions sociales avec les adultes, pas uniquement le corps enseignant.

Enfin, on demande aux parents comment l'enfant ou l'adolescent réagit quand on le taquine : compréhension des taquineries, réaction négative disproportionnée (mauvaise estime de soi).

#### **Questions sur les relations sociales**

- « Votre enfant est-il sociable ? »
- « Pratique-t-il des activités de loisir en groupe : sport, scoutisme ? Des problèmes se sont-ils posés ? »
- « Est-il invité aux fêtes d'anniversaire de ses camarades ? Par ses amis ? »
- « Demande-t-il à inviter des amis à la maison ? »
- « A-t-il un groupe d'amis solide ? Garde-t-il ses amitiés longtemps ? »
- « Présente-t-il des difficultés dans les rapports avec les jeunes de son âge ou avec les adultes ? »
- « Comment réagit-il quand on le taquine ? »

## RECHERCHE DE SYMPTÔMES DE TDA/H

### Les symptômes d'inattention

Ces symptômes représentent le **noyau dur du TDA/H**, le trouble peut être pur, c'est-à-dire sans impulsivité ni agitation. La difficulté à soutenir son attention doit être constatée en dehors du travail scolaire.

**Difficulté à prêter attention aux détails.** On demande s'il fait des erreurs d'étourderies dans son travail scolaire, certains répondent non puis disent que leur enfant est nul en dictée alors qu'il connaît les règles de conjugaison sur le bout des doigts et les applique à la lettre dans un autre contexte. On précisera donc en demandant s'il fait des fautes « bêtes » de calcul, si un chiffre en devient un autre sur la ligne suivante, si un signe

passer du positif au négatif sans explication. On recherche ces signes en dehors du contexte scolaire en demandant s'il arrive à assimiler les règles de jeux de société par exemple.

**Difficulté à soutenir son attention au travail ou dans les jeux.** En d'autres termes, pendant combien de temps reste-t-il concentré avant de se laisser distraire ou de partir dans ses pensées quand il travaille. On demande également aux parents si le travail scolaire fait à la maison prend beaucoup plus de temps qu'il ne faudrait, paradoxalement ces enfants que l'on appelle hyperactifs sont lents dans les tâches qui nécessitent de l'attention. L'enfant ou adolescent qui a un trouble attentionnel a également du mal à suivre un jeu en cours, car il se laisse distraire par son environnement ou part dans des rêveries.

**Est ailleurs quand on lui parle.** Certains parents ont constaté que leur enfant pouvait être ailleurs pendant une conversation, d'autres rapportent que leur enfant n'écoute pas uniquement quand ça ne l'intéresse pas. On peut également demander si l'enfant intervient dans les conversations que les adultes ont dans une autre pièce alors qu'il semble occupé. Certains, en effet divisent parfaitement leur attention entre un jeu vidéo auquel ils sont rodés et les conversations des autres membres de la famille dans lesquelles ils interviennent à loisir.

**Difficulté à suivre les consignes, à mener les tâches jusqu'au bout.** À l'école, l'enfant peut présenter différentes difficultés dans le cadre d'un trouble attentionnel : difficulté à comprendre la consigne, car il est ailleurs en la lisant, à initier ou à aller au bout d'une tâche. Dans le cadre familial, on retrouve les mêmes difficultés au moment de faire le travail scolaire, mais également pour les tâches domestiques. Les parents rapportent que l'enfant n'écoute pas quand on l'appelle pour le repas, qu'il oublie de rapporter la moitié des choses qu'on lui demande, d'acheter le pain à la boulangerie en sortant de l'école, qu'il s'arrête après avoir débarrassé la moitié du lave-vaisselle. Il ne s'agit pas de mauvaise foi : il a du mal à prioriser les tâches et se laisse distraire.

**Évitement du travail scolaire.** L'enfant TDA/H a tendance à s'opposer aux devoirs, il les retarde au maximum. Les parents ne comprennent pas que l'enfant qui a le travail scolaire en aversion ne s'en « débarrasse pas » en le faisant dès son retour de l'école. L'adolescent que l'on souhaite plus autonome *procrastine* et attend la dernière minute ; quelques-uns travaillent tard le soir ou au contraire tôt le matin, car ils arrivent mieux à soutenir leur attention à ces horaires. Certains font leur travail scolaire en salle de permanence entre deux cours, éventuellement en recopiant sur les devoirs des camarades.

**Perte d'affaires.** Certains enfants ne perdent jamais leurs affaires, d'autres perdent 3 ou 4 paires de gants, bonnets, manteaux ou cahiers de textes par an, les trousseaux doivent être réassortis plusieurs fois par an. Certains adolescents ont réussi à s'adapter progressivement et vérifient plusieurs fois leurs affaires afin de ne plus oublier, alors que d'autres continuent d'oublier tout au long de leur scolarité, voire de leur vie. Ne pas hésiter à poser cette question au passé si les parents répondent par la négative.

**Distractibilité interne ou externe.** Il faut souvent préciser ce que l'on entend par la distractibilité et leur faire comprendre que l'enfant peut se laisser distraire par son environnement sonore, visuel ou par ses propres pensées. Les parents ont tendance à répondre que l'enfant touche tout ce qu'il y a autour de lui quand il doit se concentrer. Il peut alors être difficile de distinguer la distractibilité d'une petite activité motrice qui lui permet de stimuler son attention.

**Oublis fréquents dans la vie quotidienne.** Les oublis sont divers : faire signer des papiers de l'école, une mauvaise note (mauvaise foi s'interrogent les parents ?), acheter la baguette à la boulangerie en rentrant de l'école, argent pour acheter son déjeuner, clés, affaires pour les devoirs.

**Attention en classe.** Les enfants TDA/H ne se souviennent pas de ce qui a été vu en classe ou n'ont pas compris la leçon, il faut alors tout reprendre le soir. Parfois ils ne l'ont même pas copié, ou n'ont pas noté les devoirs à faire.

**Ancienneté des symptômes.** Pour diagnostiquer ce trouble, il faut que les symptômes soient chroniques, c'est-à-dire évoluent depuis au moins six mois.

#### ***Exemples de questions pour dépister le défaut de contrôle attentionnel***

- « Quelles observations de votre enfant vous font supposer qu'il a des difficultés d'attention ? »
- « Ces difficultés d'attention que vous constatez aujourd'hui sont-elles récentes ou anciennes ? »
- « Avez-vous fait l'expérience vous-même de difficultés similaires dans votre enfance, adolescence ou plus récemment ? »
- « Votre enfant oublie-t-il souvent ses affaires de classe ou personnelles ? »
- « Avez-vous parfois l'impression qu'il décroche, qu'il part dans les nuages alors que vous lui parlez ? »
- « Est-il facilement distrait ? »
- « A-t-il du mal à rester concentré sur son travail scolaire ? »
- « A-t-il souvent du mal à rester concentré sur d'autres activités que le travail scolaire ? »
- « Quel est le comportement de votre enfant face aux devoirs scolaires ? »
- « Votre enfant oublie-t-il souvent son matériel scolaire ou de noter les devoirs ? »
- « Fait-il souvent des étourderies ? »

## **Les symptômes d'agitation**

Le terme d'hyperactivité est désuet, il faut parler d'agitation et amener les parents à prendre conscience que l'agitation peut être variable d'un individu à un autre, qu'elle est parfois psychique et pas uniquement physique, que le trouble attentionnel peut exister sans agitation.

**Difficulté à rester sans bouger.** L'enfant TDA/H est remuant, il balance ses pieds, joue avec ses mains, attrape tout ce qu'il y a autour de lui et joue avec, fait tomber ses affaires, il se trémousse sur son siège.

**Tendance à rester assis.** Il se lève en classe et perturbe les autres élèves, fait tomber ses objets pour aller les ramasser, demande à aller aux toilettes fréquemment. À table, il donne le tournis à ses parents, se levant pour aller chercher mille choses, mange assis en tailleur.

**Agitation débordante.** Certains parents rapportent que leur enfant est une vraie « pile électrique » et ne s'arrête jamais de bouger, qu'il ne se tient jamais tranquille sur le canapé où il s'assoit la tête en bas pour regarder la télévision... L'agitation a tendance à diminuer avec le temps, mais il s'agit là d'une généralité, car certains parents trouvent que leur adolescent est plus agité que quand il était enfant.

**Agitation dans les activités de loisirs.** Un enfant ou un adolescent agité est incapable de rester assis pour jouer à un jeu de société, un jeu de carte, il fait le clown au milieu du tatami quand il fait du judo. Ce sont ces situations qu'il faut investiguer. On peut également demander aux parents si l'enfant a besoin de beaucoup se dépenser dans la semaine.

**Agitation verbale/psychique.** Certains enfants ont les idées qui se bousculent dans la tête et parlent quasiment sans cesse, ce sont de véritables pipelettes, ils vont rarement au bout de leurs idées, suivant le fil de celles qui se présentent dans leur esprit.

#### *Exemples de questions pour dépister l'agitation*

- « Avez-vous l'impression que votre enfant est plus agité que les autres enfants de son âge ? »
- « Votre enfant a-t-il du mal à rester assis à table au cours des repas ? »
- « Remue-t-il, se lève-t-il plusieurs fois en faisant son travail scolaire ? »
- « A-t-il tendance à attraper et à jouer avec tout ce qui est à sa portée ? »
- « Votre enfant a-t-il besoin de beaucoup se dépenser ? »
- « Votre enfant est-il très bavard ? A-t-il tendance à commenter tout ce qui se passe (film par exemple) ? »
- « Avez-vous la sensation que votre enfant est inépuisable ? »

## Les symptômes d'impulsivité

L'impulsivité peut se présenter de différentes manières : elle peut être cognitive, comportementale ou alimentaire, nous investiguons ces trois types d'impulsivité lors du premier entretien. Les parents sont plus objectifs sur ces symptômes que sur ceux d'agitation.

**Précipitation à répondre.** Il s'agit d'un signe assez commun d'impulsivité que les parents peuvent avoir, ou non, observé chez leur enfant TDA/H. On peut également l'observer chez les eux lors de l'anamnèse parentale.

**Impulsivité cognitive.** Il s'agit là du pendant écrit de la première question, l'enfant se précipite pour répondre alors qu'il n'a pas lu la consigne jusqu'au bout. Ce symptôme est parlant en l'absence de trouble de la lecture ou d'antécédent de retard de parole entraînant un manque de stock lexical.

**Impatience.** Que cela soit dans les activités de jeux, pour prendre la parole, en faisant la queue à la boulangerie, l'enfant, l'adolescent ou l'adulte impulsif a du mal à attendre son tour et se montre impatient.

**Imposer sa présence.** L'enfant impulsif coupe souvent la parole aux autres, répond en classe avant qu'on ne l'ait interrogé, se mêle de toutes les conversations, il fait le clown dans diverses situations et se débrouille pour qu'on ait les yeux tournés vers lui.

**Intolérance à la frustration.** Les enfants impulsifs sont fréquemment rapportés par leurs parents comme étant coléreux, certains ont consulté des psychologues dans la petite enfance pour des crises de colère. Il faut se méfier de l'enfant TDA/H sous médication qui reste très impulsif ou présente une impulsivité « explosive » avant ou sous traitement médicamenteux.

Ces colères explosives et incontrôlables de certains sont parfois révélatrices d'un trouble du spectre autistique et se manifestent lorsque l'enfant se retrouve dans des situations sociales qu'il ne comprend pas et auxquelles il a du mal à s'adapter. Il faut toujours faire préciser dans quel cas de figure se manifestent les crises de colère et comment l'enfant se calme.

**Agressivité, non-respect de l'autre.** Le propre de l'impulsif étant d'agir avant de réfléchir, il n'est pas rare que les parents rapportent des coups ou des insultes que l'enfant regrette très rapidement après et pour lesquels il demande des excuses ou agit comme s'il avait oublié ce qui vient de se passer. Cette impulsivité peut également se manifester dans le cadre scolaire et l'enfant peut-être insolent ou l'adolescent défier ses professeurs du regard.

#### ***Exemples de questions pour dépister l'impulsivité***

- « Votre enfant vous paraît-il particulièrement impulsif ? »
- « Votre enfant a-t-il tendance à lire les consignes trop vite ? »
- « Fait-il souvent des crises de colère ? S'énerve-t-il de façon exagérée, sans rapport avec la situation ? »
- « Votre enfant supporte-t-il d'être frustré ? »
- « Est-il bagarreur ? »
- « Avez-vous le sentiment qu'il recherche, apprécie les sensations fortes ? »
- « Votre enfant agit-il avant de réfléchir ? »

***Un exemple d'impulsivité explosive***

Sébastien, 12 ans, est adressé en consultation par la directrice de son établissement scolaire pour reprise de suivi. Ses parents viennent d'aménager dans la région et veulent reprendre un suivi pour leur fils, un diagnostic de TDA/H a été posé vers l'âge de 6 ans. Sébastien a été adopté en Russie à l'âge de 9 mois, nous ne disposons pas d'information sur ses parents biologiques ni sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Un bilan médical complet a été réalisé à son arrivée en France et n'a rien révélé de particulier. Le développement psychomoteur a été normal.

Au niveau scolaire on note des difficultés à l'apprentissage de la lecture, elles ont été rapportées à de l'anxiété, car il avait tendance à bloquer sur des mots simples, mais lisait des mots compliqués, un bilan orthophonique a mis en évidence des difficultés non spécifiques rapportées cette fois-ci à des erreurs d'inattention. Un diagnostic de TDA/H a été posé sur la réunion de la triade symptomatique qu'il présentait à l'époque et présente toujours, ainsi que des signes de dysfonctions exécutives (incapacité à initier ou maintenir seul une tâche, besoin constant d'une Assistante de Vie Scolaire).

Les parents viennent au premier entretien avec quelques documents : un compte-rendu de suivi par son pédopsychiatre, une observation réalisée par une psychologue scolaire, une WISC pour laquelle seuls les chiffres des 4 principaux indices sont disponibles (ICV 128, IRP 84, IMT 82, IVT 106). L'observation de la psychologue, réalisée alors qu'il était âgé de 9 ans, fait état de difficultés comportementales, d'une agitation, de difficultés à soutenir son attention, mais également de symptômes « anxieux » : « *manipulations incessantes d'objets divers, rangement obsessionnel de son matériel de classe, brefs balancements du corps* ». Elle rapporte également que dans le cadre de son TDA/H il a tendance à attirer l'attention des adultes par « *des cris ou gesticulations déplacées* », mais retourne à des jeux occupationnels avec ses mains lorsque les adultes l'ignorent.

Sébastien a bénéficié de trois formes galéniques de méthylphénidate, elles ont été mal tolérées et entraînaient une augmentation de l'impulsivité, une diminution trop importante de l'appétit ou un vécu dysphorique. Il est, au moment, où nous recevons ses parents sous antipsychotique (Risperidone 1 MG) (!). Les difficultés actuelles sont : une impulsivité avec des crises de colère très importantes au domicile et parfois à l'école, un comportement insolent vis-à-vis des adultes qu'il ne craint pas, les apprentissages sont extrêmement difficiles et nous ne sommes pas surpris d'apprendre qu'il a toutes les peines du monde à soutenir son attention plus de quelques minutes. Sébastien n'a *pas d'amis* qu'il voit en dehors du cadre scolaire, il fait le clown en malmenant ses professeurs pour « amuser la galerie » ce qui lui vaut d'avoir quelques copains dans sa classe. Sébastien *ne regarde pas dans les yeux, son discours est monocorde*, il ne comprend pas en quoi son comportement vis-à-vis des adultes à l'école et au domicile est inadapté. Sébastien est donc traité depuis 3 ans par antipsychotique pour un trouble du spectre autistique. Un bilan orthophonique de la pragmatique du langage a confirmé les difficultés de socialisation, le traitement antipsychotique a été arrêté, un TEA-CH test réalisé 15 jours après l'arrêt de cette médication montrait des difficultés attentionnelles. Il est actuellement (2 ans plus tard) sous une quatrième forme de méthylphénidate à faible posologie qu'il tolère bien, il est suivi en orthophonie et participe à un groupe d'entraînement aux habiletés sociales, il est beaucoup moins impulsif qu'il ne l'était quand nous nous sommes rencontrés et a de bons résultats scolaires.

## Difficultés d'organisation

Peut-être verrons-nous les difficultés d'organisation rejoindre la triade symptomatique classique dans une future version du DSM ; nous n'attendons pas ce moment pour les explorer, car elles peuvent avoir un impact majeur.

**Difficultés d'initiation.** L'enfant a du mal à se lancer dans la tâche, il a besoin de la présence de l'adulte pour se mettre à son travail (en classe ou à la maison), il ne sait pas jouer seul et interrompt sa fratrie ou ses parents à la recherche d'une activité, il ne sait pas comment gérer son ennui.

**Difficulté à maintenir une tâche.** Là encore, les enfants présentant un trouble au maintien d'une tâche, scolaire ou non, ont besoin d'être accompagnés et les adultes doivent en comprendre les raisons.

**Difficultés de planification.** Le TDA/H a beaucoup de mal à planifier ses actions dans une séquence fluide, il éprouve de grandes difficultés à se représenter ce qui est attendu de lui quand des consignes nécessitant plusieurs étapes sont données. Il a besoin qu'on l'aide à décomposer.

**Trouble de la flexibilité mentale.** L'enfant TDA/H est déstabilisé en cas de changement de routine, a du mal à passer d'une activité à une autre, il a des difficultés à reconnaître ses erreurs et à changer de stratégie quand il se trompe. Une présentation visuelle, un format différent peuvent le bloquer. « Il se trompe dans la formule à appliquer, on lui montre comment il faut faire, mais il s'énerve et ne nous écoute pas » rapportent ses parents.

**Difficultés à organiser les idées à l'écrit.** Plus l'enfant progresse dans les classes, plus les difficultés à avoir un discours écrit structuré vont le pénaliser.

**Difficultés à organiser ses affaires.** La chambre de l'enfant TDA/H n'est pas rangée, son bureau non plus, ses cours sont incomplets, des feuilles volantes sont retrouvées au fond de son sac, sans date ni titre. Lorsque l'on range sa chambre, elle est dans le même état qu'auparavant au bout de quelques heures ; il laisse du désordre dans les autres pièces de la maison. Quand on lui demande de ranger, il s'exécute après quelques semaines et met tout en boule sous le matelas de son lit ou dans un tiroir.

**Mauvaise perception du temps.** Le terme anglo-saxon de « time-blindness » résume bien les difficultés qu'ont certains à avoir une notion juste du temps qui s'écoule et donc à organiser leurs activités dans un cadre horaire strict. Ils passent des heures sous la douche, à s'habiller le matin, ont l'impression d'avoir passé des heures à travailler quand ils y ont passé 15 minutes. Les retards sont fréquents.

**Exemples de questions pour dépister les difficultés d'organisation**

- « Votre enfant a-t-il du mal à s'organiser ? »
- « Votre enfant a-t-il tout son matériel quand il travaille ? »
- « Votre enfant est-il ordonné ? »
- « Devez-vous organiser les travaux de votre enfant ? »
- « A-t-il besoin que vous soyez installé à côté de lui pour travailler ? »
- « Comment réagit votre enfant face à un changement d'habitude ou de programme ? »
- « Est-il capable de se projeter dans le temps et d'anticiper certains travaux ? »
- « A-t-il du mal à faire les tâches ou travaux comportant plusieurs étapes ? »
- « A-t-il tendance à sous-estimer le temps nécessaire à une tâche ? »
- « A-t-il du mal à prendre des initiatives, s'occuper tout seul ? »
- « Votre enfant a-t-il besoin d'être supervisé pour des tâches qui devraient être routinières ? »

**ÉVALUATION DE L'IMPACT FONCTIONNEL**

Par impact fonctionnel du TDA/H, on entend le retentissement des symptômes présentés par le patient au niveau scolaire, social et familial. Tous ces aspects doivent être évalués afin de pouvoir définir une stratégie thérapeutique assise sur des bases solides. L'entretien avec les parents n'est pas suffisant pour analyser l'impact du trouble, mais ils ont un regard extérieur, en général, bien plus objectif que celui de leur enfant.

Tableau 4.1. Évaluer l'impact

Impact scolaire	Impact familial	Impact social
Retard d'acquisition	Culpabilité parentale	Mauvaise estime de soi
Désinvestissement scolaire	Conflits avec la fratrie	Difficultés relationnelles avec les pairs et/ou les adultes
Résultats inférieurs à ceux attendus	Climat familial émotionnellement chargé	Isolement, exclusion sociale
Redoublement d'une ou plusieurs classes	Couple parental fragilisé	Harcèlement
Exclusion scolaire	Dépression parentale	Manque d'habiletés sociales
Opposition au travail scolaire	Impact financier	Anxiété, dépression
Orientation non souhaitée		

## Impact scolaire

L'impact scolaire est variable, il dépend de nombreux facteurs : trouble spécifique des apprentissages associés, capacités intellectuelles, qualité de l'entourage familial, soutien scolaire, cadre scolaire (méthode Montessori contre-indiquée : faible niveau d'exigence).

**Comportement général face au travail.** Sont de bons pronostics : un enfant qui prend du plaisir à apprendre, est autonome dans son travail scolaire à l'école et à la maison, demande de l'aide en cas de besoin, prépare son cartable seul.

**Perception de l'école.** Le vécu de l'enfant à l'école est important à saisir, les seuls résultats scolaires ne suffisent pas. L'impact peut-être si fort que l'enfant est malheureux les jours de classe, il verbalise le fait de ne pas vouloir aller à l'école. Un tel retentissement est de mauvais pronostic et doit faire soupçonner une image de soi fortement dégradée.

**Investissement dans les apprentissages.** Un enfant ou un adolescent qui continue de s'investir au niveau scolaire malgré ses difficultés présente un pronostic bien meilleur que celui qui a décroché et refuse les apprentissages.

**Redoublement d'une classe.** Même si la situation est en train d'évoluer, le redoublement a longtemps été la seule réponse en situation de difficulté scolaire. En cas de redoublement, l'âge auquel il est survenu est un élément important et peut nous apporter quelques indices. Schématiquement un redoublement à l'âge de 6 ans (le plus souvent pour non-acquisition de la lecture) fait suspecter un trouble avec comorbidités et un impact important ; à l'opposé un redoublement à l'âge de 15 ans laisse à penser que nous avons affaire à un patient avec de bonnes capacités intellectuelles lui ayant permis de compenser pendant un temps.

**Comportement au moment des devoirs.** Le refus, l'opposition aux devoirs, est source de confrontations épuisantes pour les parents et l'enfant. Parfois, l'enfant « choisit » le parent avec lequel il veut bien travailler, en général le moins strict. Les parents ont pu avoir recours à des cours particuliers, des stages de soutien ou de remise à niveau.

**Retard dans les apprentissages.** Les résultats scolaires ne reflètent pas bien l'état des connaissances de l'enfant TDA/H, il est important d'intégrer la notion de retard dans les acquisitions dans notre évaluation.

**Exclusion scolaire.** Des antécédents d'éviction scolaire sont un facteur de mauvais pronostic, la demande de consultation est parfois secondaire à une exclusion récente.

**Feedback des enseignants.** Les parents d'enfant TDA/H sont parfois convoqués toutes les semaines par les enseignants pour des problèmes comportementaux ou liés aux apprentissages. Chez l'adolescent, le carnet de liaison est rempli de croix pour les mêmes raisons.

**Exemples de questions pour évaluer l'impact scolaire**

- « Quelle est l'attitude de votre enfant face au travail ? »
- « Est-il autonome dans son travail scolaire ? »
- « A-t-il du plaisir à se rendre à l'école ? »
- « Comment se passent les devoirs ? »
- « A-t-il déjà redoublé ou été orienté ? »
- « Est-il dans une classe adaptée (CLIS) ? »
- « A-t-il des avertissements de travail ou de comportement ? »
- « A-t-il déjà été exclu d'un ou plusieurs établissements ? »
- « Est-il au même niveau que ses camarades dans les acquisitions ou en retard ? »

## Impact social

Élément majeur impactant sur la qualité de vie de l'enfant ou de l'adolescent, sur son estime de soi, son apprentissage continu des habiletés sociales. L'impact social peut être secondaire au TDA/H ou à une comorbidité associée qu'il faut diagnostiquer.

**Qualité des relations avec ses pairs.** En l'absence de trouble du spectre autistique, il s'agit là d'un bon indice du retentissement du TDA/H. Le fait d'avoir des amis de longue date est un signe positif, un turn-over fréquent des amis est en faveur d'une impulsivité importante.

**Habiletés sociales.** Elles sont essentielles pour établir des rapports avec les autres, les maintenir, établir des relations d'amitié durables, se comporter convenablement en situation sociale. Il est important de savoir si l'enfant a besoin de rééducation ou non.

**Isolement social.** Ne réalisant pas l'impact de leurs débordements sur leur entourage, certains se retrouvent isolés dans leur classe et dans la cour de récréation. Ils ne sont plus choisis pour les jeux de ballons, car ils ont du mal à respecter les règles ou rêvassent sur le terrain, on ne veut pas s'asseoir à leur côté en classe, car ils bavardent de façon incessante et n'ont jamais leurs affaires. Il n'est plus invité aux fêtes d'anniversaires ni à jouer ou dormir chez ses amis.

**Exclusion sociale.** L'enfant est parfois volontairement exclu par ses camarades, fait l'objet de moqueries, de harcèlement. Les parents sont parfois ceux qui souffrent d'une exclusion lorsque leurs amis ne veulent plus les inviter avec leur enfant turbulent.

**Exemples de questions pour évaluer l'impact social**

- « Votre enfant est-il bien intégré dans sa classe ? »
- « Est-il invité chez ses camarades ? Aux fêtes d'anniversaire ? »
- « Ses camarades refusent-ils de jouer avec lui dans la cour de récréation ? »
- « Se plaint-il de ne pas avoir d'amis ? »

## Impact familial

Tous les domaines de fonctionnement peuvent être perturbés par les difficultés de l'enfant ou adolescent TDA/H, l'unité familiale peut être profondément atteinte.

**Le climat familial.** Les convocations pas les enseignants, les punitions pour troubles du comportement, les devoirs pour lesquels il faut se battre sans que les notes ne suivent derrière, l'opposition au domicile, les oublis de matériels, les devoirs à récupérer en catastrophe auprès d'autres parents sont des facteurs de stress chronique dont l'impact sur le climat familial peut être lourd.

**Culpabilité parentale.** Non seulement des parents n'ont besoin de personne pour culpabiliser quand leur enfant va mal alors, lorsque les proches ou les enseignants leur font ressentir qu'ils sont responsables et que leur mode d'éducation n'est pas adapté, la culpabilité est d'autant plus forte.

**Couple parental.** Il peut être difficile de rester unis quand les troubles de l'enfant prennent une place importante dans la vie de la famille et que l'environnement contribue à culpabiliser les parents. Certains couples se présentant en consultation n'hésitent pas à dire que leur couple est au bord de la rupture.

**Relations avec la fratrie.** On assiste parfois à de véritables mouvements de rejet de la part de la fratrie du patient atteint de TDA/H, qu'ils soient agités ou non ils absorbent beaucoup de temps et d'énergie parentale. Les parents évoquent en entretien le fait qu'ils s'occupent moins des autres membres de la fratrie, car ils n'ont pas assez de temps.

### *Exemples de questions pour évaluer l'impact familial*

- « Les difficultés de votre enfant rejaillissent-elles sur la famille ? »
- « Parvenez-vous à vous accorder sur l'éducation de votre enfant ? »
- « Les week-ends sont-ils un moment de détente ? »
- « Votre couple a-t-il souffert de ces difficultés ? »
- « S'entend-il avec ses frères et sœurs ? »

## Évaluation d'un trouble du comportement

Afin d'évaluer la présence d'un trouble du comportement chez l'enfant ayant un TDA/H, nous interrogeons les parents sur le comportement général de l'enfant dans différents types de situations.

Les parents sont interrogés sur la qualité des relations de l'enfant avec eux-mêmes, avec des tiers et son adaptation à différentes situations.

### Comportement de l'enfant

- Quelle est la qualité des relations que vous entretenez avec votre enfant ?
- Comment se comporte-t-il quand il joue seul ?
- Quel est son comportement en jouant avec les enfants de son âge ?
- Comment se passent les repas ?
- Comment réagit-il lorsqu'on lui demande d'aider aux tâches ménagères ?
- Quelle est sa réaction quand il doit prendre le bain, se brosser les dents ?
- Comment se comporte-t-il quand vous êtes au téléphone ?
- Comment se comporte-t-il quand vous avez de la visite, quand vous êtes invités ?
- Comment se comporte-t-il dans les lieux publics ?
- Comment réagit-il quand vous sortez le soir ?

Le comportement de l'enfant peut être problématique dans divers types de situations, leur analyse objective nous donne des éléments sur le retentissement du TDA/H, les difficultés éducatives rencontrées par les parents, mais également les contre-attitudes qu'ils peuvent adopter sans le réaliser.

En cas de difficulté comportementale, l'interrogatoire est poussé afin de mieux définir la problématique.

### **Exemples de questions pour évaluer les troubles du comportement**

- « Quel est le comportement de votre enfant (dans la situation évoquée) qui vous préoccupe ? »
- « Comment réagissez-vous ? »
- « Comment votre enfant va-t-il se comporter face à votre réaction ? »
- « Si le problème ne se résout pas, comment agissez-vous ensuite ? »
- « Quelle est l'issue habituelle dans ce type de situations problématiques ? »
- « Avec quelle fréquence ces problèmes se posent-ils ? »
- « Comment évaluez-vous la sévérité du problème ? »

## ANALYSE DES DONNÉES DE TIERS

### Bulletins scolaires

Les bulletins scolaires sont une mine de renseignements lorsqu'on y prête attention. Il faut demander tous les bulletins scolaires depuis la petite section de maternelle au dernier bulletin, on demande également les carnets de correspondance s'ils ont été conservés et les comptes-rendus d'équipe éducative s'il y a lieu. Les bulletins sont le premier tiers à consulter, car on peut lire dans les remarques les avis de plusieurs enseignants à des moments différents. La chronicité des symptômes est aisément traçable dans les bulletins scolaires.

En premier lieu on regarde les observations des enseignants, elles nous apportent des renseignements sur les symptômes de l'enfant (défaut d'attention, impulsivité, agitation).

#### Remarques fréquentes chez les enfants TDA/H

- Résultats scolaires en dessous des capacités de l'enfant.
- Meilleures capacités à l'oral qu'à l'écrit.
- Manque d'attention ou de concentration, sans distinction (« tu gagnerais à être plus concentré », « ton attention en classe est trop variable », « il faut veiller à rester bien concentré »).
- Agitation (« bon trimestre, mais trop d'agitation », « tu dois apprendre à canaliser ton énergie »).
- Problèmes de comportement avec les camarades (« ce serait bien si tu faisais un effort pour améliorer tes relations avec tes camarades »).
- Impulsivité (« tu devrais laisser la parole à tes camarades », « attends qu'on t'interroge avant de répondre », « il faut apprendre à être plus posé et bien suivre les consignes jusqu'au bout »).
- Variabilité des résultats scolaires (« un accident a fait chuter la moyenne », « ce trimestre est beaucoup moins bon que le précédent, il faut se ressaisir », « le travail doit être plus régulier »).
- Travail superficiel.

On regarde ensuite les résultats scolaires de l'enfant qui nous apportent d'autres renseignements : difficultés spécifiques dans certaines matières, résultats scolaires variables, désinvestissement scolaire.

Tableau 4.2. Examen des bulletins scolaires

Indices	Dois faire suspecter
Résultats scolaires variables	Variabilité en faveur d'une fatigabilité psychique. En faveur de difficultés d'attention.
Mauvais résultats en calcul mental	Si bons résultats en mathématiques par ailleurs : en faveur d'une atteinte de la mémoire de travail.
Mauvais résultats en résolutions de problèmes	Si bons résultats en mathématiques et bonne compréhension des consignes : en faveur d'une atteinte de la mémoire de travail.
Mauvais résultats en dictée	Si bons résultats en Français par ailleurs : en faveur de difficultés attentionnelles.
Mauvais résultats en géométrie	Si bons résultats en mathématiques par ailleurs : en faveur d'un trouble praxique. Si trouble de la lecture associé : doit faire envisager un trouble oculomoteur.
Résultats faibles dans toutes les matières	Désinvestissement scolaire. TDA/H avec impact scolaire majeur. Retard mental. Trouble « multi-dys ».
Lecture non fluide après l'âge de 7 ans	Faire un bilan orthophonique à la recherche d'une dyslexie. Faire un bilan orthoptique à la recherche de trouble oculomoteur.

## Observation du corps enseignant

Les données en provenance du questionnaire confié aux enseignants permettent d'apprécier la situation actuelle sous les aspects scolaires et comportementaux. Ces données peuvent nous permettre de préciser des difficultés spécifiques qui auraient pu échapper à l'anamnèse puis à l'entretien avec le patient.

Nous recueillons également des données sur le comportement de l'enfant en classe et ses rapports avec ses camarades et avec les adultes.

L'enseignant renseigne sur le niveau de l'enfant en comparaison aux élèves de sa classe. Un élément majeur de l'évaluation de l'impact du trouble est de savoir si notre patient entre bien dans les apprentissages ou s'il accumule du retard. Les observations de l'enseignant qui peut faire la distinction entre les performances à l'oral et à l'écrit nous permettent d'avoir des éléments de réponse.

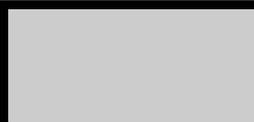
De meilleures performances à l'oral qu'à l'écrit ne sont spécifiques d'aucun trouble, elles sont présentes dans le TDA/H, mais également dans certains troubles spécifiques des apprentissages.

D'autres données, comme les rapports administratifs peuvent nous aider dans la démarche diagnostique. Les rapports faisant suite à une commission éducative ou disciplinaire nous informent sur les troubles du comportement, les rapports d'exclusion temporaire ou définitive également. Ils sont un fort indice d'impact sur le fonctionnement social de l'individu.

Les carnets de correspondance entre école et famille sont à examiner, car ils peuvent être porteurs d'indices sur les oublis de matériel, le comportement, les retards ou absences (école buissonnière ?).

#### CE QU'IL FAUT RETENIR

- L'entretien avec les parents est un temps majeur de l'évaluation diagnostique.
- Les parents sont stressés et ont besoin d'être écoutés et rassurés.
- L'établissement d'une relation de confiance est à mener en parallèle du recueil des données dont nous avons besoin.
- Les éléments apportés seront confrontés à d'autres éléments dans la synthèse.
- Le recueil des données peut être mené en plusieurs temps, un questionnaire adressé aux parents peut nous faire gagner un temps précieux et éviter des oublis.
- Les données de tiers, notamment les enseignants sont capitales à recueillir.
- L'examen des bulletins scolaires, des carnets de correspondance ont une part importante dans l'évaluation.



# Chapitre 5

## Entretien avec le patient

Les spécificités de l'entretien .....	<b>152</b>
Les objectifs du premier entretien .....	152
Créer l'alliance thérapeutique .....	153
Les biais du premier entretien .....	153
L'entretien d'évaluation diagnostique .....	<b>154</b>
Créer l'alliance .....	154
Évaluer le fonctionnement social .....	155
Évaluer le dysfonctionnement attentionnel .....	157
Évaluer les symptômes d'impulsivité .....	158
Évaluer les symptômes d'agitation .....	159
Évaluer le dysfonctionnement exécutif .....	160
Variabilité des symptômes .....	161
Les éléments de l'observation .....	162
Évaluer diagnostics différentiels et comorbidités .....	<b>166</b>
Les troubles du sommeil .....	166
Les troubles anxieux .....	168
Les troubles de l'humeur .....	169
Le syndrome de Gilles de la Tourette .....	170
Les conduites à risque .....	170
Évaluer le retentissement du trouble .....	<b>171</b>
L'impact scolaire .....	171
L'impact social .....	172
L'impact familial .....	173
L'estime de soi .....	173

### OBJECTIFS

- Connaître et maîtriser les étapes de l'entretien avec le patient
- Savoir évaluer la difficulté attentionnelle de différentes manières
- Adapter son entretien à l'âge du patient

## LES SPÉCIFICITÉS DE L'ENTRETIEN

### Les objectifs du premier entretien

Le premier entretien avec le patient revêt une importance majeure, l'enfant ou l'adolescent n'a pas demandé cette consultation, parfois il n'en connaît pas les raisons (ou les a oubliées), il est stressé et se demande quel est notre rôle.

L'adolescent est encore plus délicat à examiner que l'enfant, il va nous jauger dans les premières minutes de l'entretien et déterminer si nous sommes à même de l'aider et de recueillir son témoignage.

Ce premier entretien doit être celui de l'alliance avec notre patient, il doit comprendre que nous ne sommes pas une figure d'autorité chargée de le réprimer pour les erreurs de parcours, mais un allié qui ne jugera ni les erreurs passées et à venir.

Ceci étant dit, une fois l'alliance créée avec notre patient, il est possible de faire figure d'autorité lorsque, au cours du suivi, l'impulsivité l'aura poussé à commettre des impairs importants. Comme le dit un ami, qui se reconnaîtra, le pédopsychiatre joue souvent le rôle de « parent adoptif » du jeune qu'il suit.

Le médecin chargé de cette évaluation diagnostique doit donc jongler avec plusieurs impératifs : créer une alliance avec son futur patient, mais également étayer ses hypothèses et informer la personne fragilisée qui se présente à lui.

Une fois les hypothèses étayées, il faut informer le patient de ce que nous suspectons, dans des termes simples et compréhensibles à la fois par lui et ses parents, il faut l'informer de notre décision de réaliser, ou non, des investigations supplémentaires et parfois de nos propositions thérapeutiques.

### Objectifs du premier entretien

- Créer les conditions à une alliance thérapeutique
- Évaluer la présence de symptômes de TDA/H
- Évaluer le retentissement du TDA/H
- Rechercher la présence de comorbidités
- Éliminer les diagnostics différentiels
- Informer le patient

## Créer l'alliance thérapeutique

La relation entre le pédopsychiatre et son patient est d'une particularité peu commune. Nous avons affaire à des êtres en construction chez lesquels chacune de nos paroles doit être pesée, car elles peuvent avoir du poids et s'inscrire dans leur mémoire de façon durable. Cet entretien s'inscrit souvent dans le cadre d'une évaluation pour des difficultés scolaires ou des troubles du comportement, le patient craint parfois que nous ayons un rôle de censeur ; ils ont des difficultés, voire une honte à exprimer leurs symptômes. Il va tout de même falloir les évaluer, ainsi que leur retentissement en veillant à respecter la sensibilité et la susceptibilité de notre patient.

Dans la majorité des cas, la consultation se fait à la demande des parents et elle est imposée à notre futur patient qui n'a, dans la grande majorité des cas, pas pris part à la décision de consulter. Il est de moins en moins rare de voir des adolescents demander à consulter pour des difficultés d'attention après avoir fait des recherches sur internet ou avoir discuté avec un ami, lui-même suivi pour un trouble attentionnel. Il faut pourtant établir une relation de confiance, car elle est la base même de ce qui sera plus tard l'alliance thérapeutique avec notre patient.

## Les biais du premier entretien

Les données qui sont recueillies lors de ce premier entretien avec l'enfant ou l'adolescent sont sujettes à la subjectivité du patient, l'influence du discours des parents, le désir de faire plaisir à ses parents ou au médecin qu'il a face à lui, son désir d'être en bonne santé. Cet entretien est donc à risque de biais qu'il ne faut pas méconnaître. Bien souvent, l'entretien avec les parents et le recueil de données objectives est plus parlant que l'entretien avec le patient qui n'est pas toujours conscient de ses symptômes ou de leur impact.

Il est toujours surprenant d'entendre un enfant de 6 ans dire « je viens pour mon TDA/H, vous allez m'aider pour mes problèmes de concentration ». On devine bien l'influence du

discours parental qui désire aller de l'avant et qu'un diagnostic sans ambiguïté soit posé. Un premier entretien avec un patient qui se présente sans a priori est bien plus évident à mener que lorsque le patient se présente avec « son » diagnostic.

L'enfant ne comprend pas toujours nos questions et répond par la positive à toutes les questions commençant par la sentence « éprouves-tu des difficultés à ». Chez ces enfants-là, l'observation directe prend alors toute son importance, mais s'il est aisé d'observer l'agitation psychique chez une pipelette dont le discours est décousu, ces patients sont le plus souvent des enfants anxieux qui intériorisent beaucoup et restent silencieux face au médecin. Cette situation est plus fréquente avec les enfants que les adolescents.

Chacun connaît l'envie qu'à chaque patient de faire plaisir à son médecin dans la relation toute particulière qu'est la relation médecin-malade. Lorsque cette volonté lui fait se demander, lors du premier entretien, ce que nous attendons comme réponse, le risque est important d'obtenir des données biaisées. Bien entendu, tous les patients ne sont pas concernés et l'expérience nous apprend à les repérer rapidement, mais aucun être humain n'est infaillible

Ces biais, dont une partie peut également intervenir dans l'entretien d'anamnèse parental, expliquent la nécessité de recueillir des données objectives auprès de tiers et éventuellement de réaliser des bilans complémentaires.

## L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE

### Créer l'alliance

Nous allons traiter de sujets délicats avec le patient, il faut passer du temps à créer une relation de confiance lui permettant de se confier sur ses difficultés, qu'elles soient scolaires ou comportementales. Commencer par se présenter est un bon moyen de débiter l'entretien, puis on informe notre patient sur les sujets que nous allons aborder.

Le premier point à élucider est de savoir s'il connaît les motifs de cet entretien et si son accord a été demandé. Les enfants TDA/H sont parfois désarmants de spontanéité et leurs réponses qui donnent parfois le ton de l'entretien à venir : « je n'ai pas demandé à venir, mais j'ai l'habitude des psys, ma mère m'y traîne depuis que je suis petit », « mais vous savez que c'est ma mère que vous devriez voir, c'est elle qui a un problème », « c'est pour mon TDA je sais pas quoi », « j'ai appris en salle d'attente que je venais vous voir ».

Faire l'inventaire de ses *forces et faiblesses* de ses qualités et défauts est souvent un bon moyen de poursuivre l'entretien pour ne pas braquer le patient en se ruant vers les difficultés que nous devons préciser. Au passage, nous obtenons des informations sur l'estime de soi qui est souvent fragilisée tôt dans le parcours de ces jeunes, sur les difficultés qu'il se reconnaît éventuellement, les points forts sur lesquels nous pourrions nous appuyer.

La question de ses *loisirs et activités* favorites permet également d'obtenir quelques indices sur son fonctionnement social (les jeux vidéo en tout et pour tout peuvent indiquer une pauvreté du tissu social), d'éventuelles difficultés de coordination motrices ou de motricité fine (« les jeux de balle j'ai laissé tomber, je n'y arrive pas »).

Notre patient mis en confiance, nous pouvons aborder l'entretien d'évaluation diagnostique avec pour objectif de rechercher un diagnostic différentiel, une ou plusieurs comorbidités, affirmer le diagnostic de TDA/H s'il y a lieu et d'évaluer son retentissement.

## Évaluer le fonctionnement social

L'évaluation du fonctionnement social poursuit dans la logique de mettre le patient à l'aise avant d'étayer nos hypothèses formulées précédemment sur ses difficultés scolaires et/ou comportementales.

Cette évaluation est capitale dans le sens où elle nous permet de dépister une comorbidité du type anxiété sociale ou trouble du spectre autistique et où elle nous donne des indices sur l'impact social du TDA/H.

La formulation de la question dépend de l'âge du patient, si l'on peut demander à l'enfant combien il a d'amis, l'adolescent ouvrira des yeux ronds comme une bille à cette question qu'il trouvera stupide. Questionner l'enfant sur ses amis et leurs prénoms est un jeu qui permet d'avoir un indice sur des difficultés d'accès aux informations stockées en mémoire. S'il a de la peine à se remémorer les prénoms de ses camarades ou de son enseignant, alors il faut investiguer le fonctionnement de la mémoire de travail et la qualité de la récupération des informations dans la mémoire long terme. À l'adolescent on demande comment il s'entend avec ses camarades de classe, s'il a l'habitude de les voir en dehors de l'établissement scolaire et si non, s'il a d'autres amis qu'il voit régulièrement.

À l'adolescent on demande s'il est sociable, à l'enfant on pose la question de savoir s'il éprouve des difficultés à se faire de nouveaux amis.

Il faut distinguer la qualité des relations sociales avec les jeunes du même âge et avec les adultes, les figures d'autorité.

### **Exemples de questions pour évaluer le fonctionnement social**

- « Es-tu sociable ? As-tu des facilités/difficultés à te faire des amis ? »
- « Es-tu régulièrement invité par tes amis ? Les invites-tu toi aussi ? »
- « As-tu une bonne entente avec tes camarades de classe ? »
- « As-tu des facilités/difficultés à t'intégrer dans un groupe ? »
- « T'entends-tu mieux avec les jeunes de ton âge, les plus jeunes, les adultes ? »

— en cas de difficultés —

- « Te décrirais-tu comme quelqu'un de timide, qui a du mal à aller vers les autres ? »
- « As-tu tendance à te disputer avec tes camarades ou tes amis ? »
- « As-tu souvent du mal à comprendre l'humour de tes camarades ? »
- « As-tu de la difficulté à percevoir quand quelqu'un n'est pas bien intentionné ? »
- « En général, as-tu des difficultés à comprendre le second degré, à percevoir les sous-entendus ? »
- « Éprouves-tu des difficultés à imaginer ce que les autres peuvent ressentir comme émotion ? »

En cas de difficultés au niveau sociabilité, il faut impérativement approfondir la question afin de rechercher des symptômes en faveur d'une dépression (difficultés récentes), d'une anxiété sociale ou manque d'estime de soi (difficulté modérée et majorée à l'adolescence), d'un trouble du spectre autistique (difficulté ancienne, début à l'âge préscolaire).

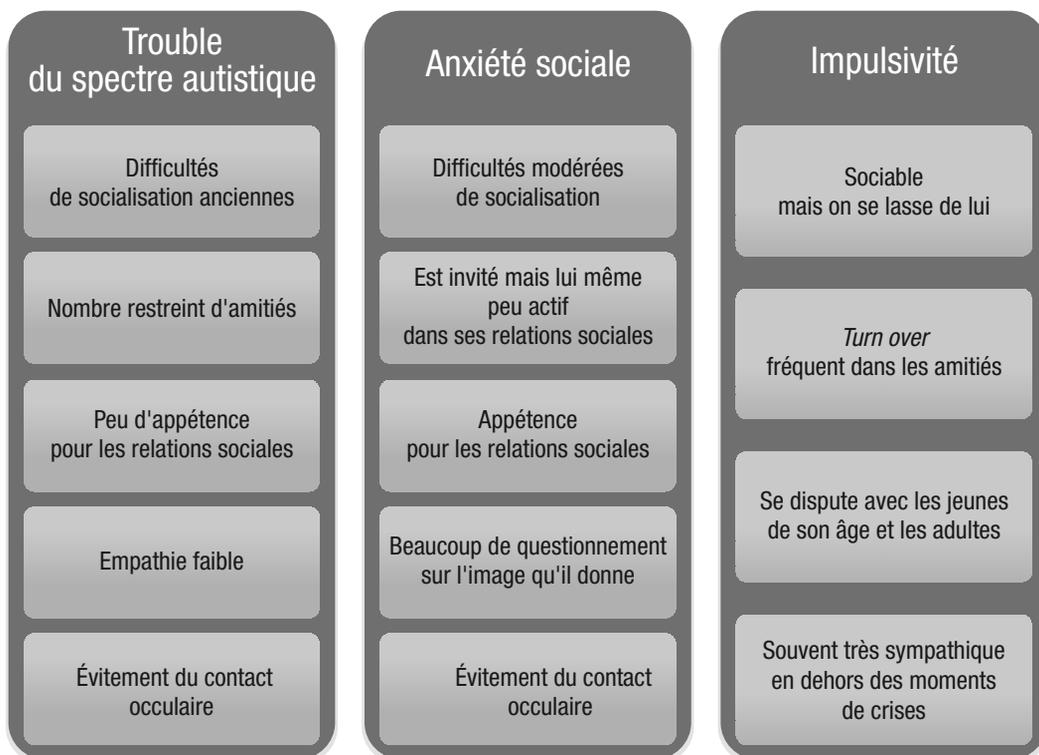


Figure 5.1. Difficultés de socialisation

## Évaluer le dysfonctionnement attentionnel

Avant d'évaluer les symptômes de défaut de contrôle attentionnel, il convient d'expliquer les termes que nous allons utiliser au patient, beaucoup ont de la peine à expliquer ce qu'est le fait d'être concentré. À la question « Es-tu bien concentré en classe ? », on prend le risque que l'enfant réponde à une autre question qui est : « Fais-tu en sortes d'être concentré en classe ? ».

Il convient de comprendre dans quelle temporalité les réponses de l'enfant s'inscrivent, car certains font des efforts et répondent par la négative aux questions posées au présent, mais reconnaissent avoir eu des difficultés « l'année dernière ».

C'est parfois un vrai jeu du chat et de la souris pour objectiver ces symptômes qui n'ont pas toujours été repérés par l'enfant comme pathologiques. L'adolescent, en proie à ces difficultés depuis plus longtemps, est souvent mieux conscient de son trouble et le décrit avec plus d'aisance.

**Comportement en classe.** Plutôt que demander à l'enfant s'il est concentré en classe, on lui demande quel comportement il adopte en classe. Il a ainsi plus de libertés pour évoquer sa préoccupation première : comportementale ou scolaire. Cela évite l'écueil de l'enfant qui se dit concentré en classe, mais passe son temps à bavarder.

*Attention en classe.* Après avoir précisé un peu les choses, on s'enquiert de son attention en classe : tendance à zapper, écouter le prof en pensant à autre chose, compréhension immédiate du cours.

*Span Attentionnel.* Il est nécessaire d'évaluer le temps que le sujet peut passer concentré sur une tâche avant de décrocher. Certains anxieux se plaignent de ne pas pouvoir se concentrer plus de 45 minutes, on suspecte alors tout autre chose qu'un trouble attentionnel.

*Étourderies.* On demande s'il commet de petites erreurs de calcul en mathématiques, si un signe positif devient parfois négatif à la ligne suivante, s'il commet des fautes d'accord alors qu'il connaît ses règles de conjugaison.

*Variabilité de l'attention.* Dans le TDA/H, l'attention peut être stimulée par une matière ou un prof qui intéresse l'élève, des changements de rythme dans le cours (alternance cours/exercices). Les résultats scolaires sont variables eux aussi.

**Comportement extrascolaire.** Il faut rechercher ces symptômes ailleurs que dans la sphère scolaire pour pouvoir parler de TDA/H. On aide le patient en lui donnant des exemples de situations où il peut avoir ces difficultés : penser à autre chose pendant une discussion avec des amis, faire souvent répéter les gens.

*Oublis.* On distingue trois groupes parmi nos patients : ceux qui n'oublient pas, ceux qui oublieraient étant enfants puis ont mis en place des stratégies pour ne pas oublier, ceux qui oublient et n'arrivent pas à mettre en place ces stratégies de compensation.

*Comportement face aux devoirs.* Procrastiner, avoir du mal à soutenir son attention en faisant les devoirs,

*Lecture.* En l'absence de trouble de la lecture, les adolescents TDA/H disent avoir du mal à rentrer dans l'histoire d'un livre, les difficultés à soutenir leur attention les empêchent de tenir le fil conducteur.

*Devoirs.* Ils ne sont pas toujours faits, ou à la dernière minute, la procrastination est de mise. Un soutien scolaire est parfois nécessaire.

#### **Exemples de questions pour évaluer l'attention**

- « As-tu tendance à zapper, à décrocher quand tu assistes à un cours ? »
- « T'arrive-t-il de penser à autre chose en même temps que tu écoutes en cours ? »
- « En cours, as-tu l'impression que les informations entrent par une oreille et ressortent par l'autre ? »
- « Es-tu souvent dans la lune en classe ? »
- « As-tu tendance à tourner la tête au moindre bruit quand tu essayes de te concentrer ? »
- « Lorsque tu lis un livre as-tu l'impression que les mots défilent sans en imprimer le sens et as-tu besoin d'une deuxième lecture pour comprendre ? »
- « As-tu besoin d'être totalement isolé pour parvenir à te concentrer sur une tâche ? »
- « As-tu parfois la sensation d'avoir tourné la tête un court instant pour réaliser que tu as été longtemps ailleurs ? ».
- « As-tu tendance à bavarder en cours ? »
- « As-tu tendance à faire plusieurs choses à la fois ? Par exemple parler avec tes amis en pensant à autre chose ? »
- « En évaluation, es-tu capable du meilleur comme du pire ? »
- « As-tu souvent du mal à penser clairement ? »
- « As-tu plus de facilités à te concentrer quand tu crayonnes en bas de ton cahier ? »

## **Évaluer les symptômes d'impulsivité**

Il faut distinguer la situation de l'enfant et celle de l'adolescent, chez celui-ci on peut avoir du mal à distinguer rébellion adolescente et variations d'humeur des symptômes d'impulsivité.

**Impulsivité comportementale.** La tendance à agir avant de réfléchir les pousse à agir ou réagir trop vite, de façon disproportionnée, et à le regretter ensuite.

*Agressivité.* L'enfant TDA/H continue d'appliquer la loi de la cour de récréation (la loi du plus fort) comme s'il n'avait pas grandi et donc utiliser la parole plutôt que les coups. Il est bagarreur et n'arrive pas à tenir la bonne distance avec l'adulte qu'il agresse verbalement, parfois physiquement.

*Insolence.* À l'adolescence, il en va de même et le processus d'inhibition a peine à stopper les réactions instinctives. Repris sur son comportement en classe, il répond, refuse parfois de remettre son carnet de correspondance, marmonne parfois une menace ou une insulte.

*Impatience.* Attendre son tour pour répondre à une question, ou dans un jeu, lui est difficile. Quand il demande quelque chose, il en est de même et il ne supporte pas d'attendre ou qu'on lui dise non.

**Impulsivité cognitive.** L'impulsif vit le moment présent, sans se poser la question de l'avenir, répond trop vite et ne prend pas le temps de se relire : « j'ai la flemme de me relire ».

*Étourderies et hors sujets.* En évaluation, il ne prend pas suffisamment de temps pour lire l'énoncé et se jette dans la rédaction en réagissant sur un mot qui lui parle, ses réponses sont incomplètes ou à côté.

*Obstination.* Il est difficile pour l'impulsif de reconnaître ses torts, quand il a de mauvais résultats scolaires c'est parce que « le professeur est nul ». Il est entêté et l'avoue à bas mots « parfois je sais que j'ai tort, mais je suis prêt à inventer n'importe quoi pour avoir raison ».

**Impulsivité alimentaire.** L'impulsivité alimentaire pousse à avoir les yeux plus gros que le ventre et à terminer son assiette très rapidement puis à se resservir.

#### **Exemples de questions pour évaluer l'impulsivité**

- « As-tu tendance à démarrer au quart de tour ? À perdre patience facilement ? »
- « Termine-tu tes évaluations avant tout le monde ? Les commences-tu souvent sans lire convenablement l'énoncé ? »
- « As-tu tendance à t'énerver pour de petites choses ? »
- « As-tu l'habitude d'interrompre les autres, de leur couper la parole ? »
- « Te demande-t-on souvent de te mêler de tes affaires ? »
- « Es-tu bagarreur ? »
- « Es-tu insolent envers les adultes ? »
- « Ton caractère a-t-il été la cause de brouille avec des amis ? »
- « As-tu l'habitude de terminer tes repas très vite, à te resservir beaucoup ? »

## **Évaluer les symptômes d'agitation**

Cette évaluation dépend autant des éléments de l'observation que des réponses de notre patient qui ne sont pas toujours objectives. Étant donné que l'observation peut être biaisée lors de ce premier entretien, nous avons ici une évaluation objectivement peu évidente à réaliser.

**Difficulté à rester assis, immobile.** Les enfants TDA/D décrivent souvent des difficultés à maintenir un état d'éveil satisfaisant quand ils doivent se concentrer ou rester immobiles.

*Bouger pour maintenir l'éveil.* Pour une partie de ces enfants ou adolescents, bouger va donc les aider à maintenir un éveil satisfaisant afin de rester concentré sur la tâche « je me concentre mieux quand je m'arrache la peau autour des ongles ».

Bouger sans raison. Ils ressentent le besoin de se lever après quelques minutes de travail scolaire, pendant qu'ils regardent la télévision.

**Agitation psychique.** L'agitation n'est pas forcément visible, parfois ce sont les idées qui se bousculent dans l'esprit du TDA/H, il a du mal à suivre le fil de ses pensées.

*Agitation verbale.* Elle est parfois le symptôme visible de l'agitation psychique, l'enfant est une pipelette, il commente tout ce qui arrive, dit ce qui lui passe par la tête, commente les films.

#### **Exemples de questions pour évaluer l'agitation**

- « Ressens-tu le besoin de bouger lorsque tu es assis depuis un moment ? »
- « Préfères-tu faire tes activités debout plutôt qu'assis ? »
- « As-tu besoin de beaucoup te dépenser physiquement ? »
- « Te fait-on souvent remarquer que tu es une pipelette ? »
- « Changes-tu beaucoup de position lorsque tu es au cinéma ? »
- « Te fait-on souvent la remarque que tu es agité ? »
- « Apprends-tu mieux tes leçons en faisant les cent pas dans une pièce ? »

## Évaluer le dysfonctionnement exécutif

Le fonctionnement exécutif est particulièrement important à évaluer, les difficultés d'organisation qui en résultent sont à risque d'impact majeur sur le fonctionnement familial et scolaire.

**Trouble à l'initiation.** Difficulté à se lancer dans les tâches à faire, qu'il s'agisse de travail scolaire, de tâche ménagère, parfois seulement d'envoyer un email ou d'appeler quelqu'un. Certains ont du mal à commencer leurs évaluations : « je prends mon temps pour lire l'énoncé, le comprendre, je regarde ce qui se passe autour de moi, je rêve un peu, cela peut prendre du temps », parfois  $\frac{1}{4}$  du temps consacré à l'évaluation s'écoule.

*Difficulté à organiser les tâches.* L'adolescent TDA/H a bien du mal à prévoir les étapes nécessaires à la réalisation d'une tâche, à établir l'ordre de priorité de chaque étape, les agencer dans une séquence fluide. Il procrastine et remet à plus tard.

*Difficulté à ordonner.* Ranger sa chambre et laisser les autres pièces en ordre est un véritable challenge pour l'enfant ou adolescent TDA/H.

**Trouble de la vigilance.** L'état d'éveil est souvent fluctuant chez le sujet TDA/H, il a du mal à rester vigilant dans les tâches qui nécessitent de l'attention.

*Lenteur de réalisation.* Celui que l'on appelle hyperactif est en fait souvent lent dans le traitement des informations et la résolution de problème.

*Maintien de l'effort.* Il éprouve, de même, des difficultés à soutenir son effort sur la réalisation d'une tâche et à du mal à la mener à terme.

**Gestion des émotions.** La régulation émotionnelle est en lien étroit avec le fonctionnement exécutif. Lorsque l'individu ne peut moduler les sentiments de frustration, de colère, il se laisse envahir par ses émotions et le fonctionnement cognitif est altéré.

*Hypersensibilité.* Certains se décrivent comme hypersensibles et ils se laissent régulièrement déborder par leurs émotions.

**Utilisation de la mémoire.** La mémoire de travail a un lien étroit avec le fonctionnement exécutif et le contrôle attentionnel.

*Mémoire de travail.* Un dysfonctionnement de la mémoire de travail empêche de garder en tête des informations et de les manipuler afin de résoudre un problème.

*Rappel des informations.* L'individu TDA/H peut avoir du mal à accéder aux informations stockées en mémoire : « parfois, j'ai bien appris ma leçon, mais j'oublie la réponse lors du contrôle, le pire c'est que la réponse me revient après ».

#### **Exemples de questions pour évaluer le fonctionnement exécutif**

- « As-tu souvent des difficultés à te tenir à tes résolutions ou aux promesses faites à d'autres ? »
- « As-tu souvent des difficultés à faire les choses dans l'ordre ? »
- « As-tu souvent du mal à prévoir les événements en avance ? »
- « As-tu souvent des difficultés à te motiver à faire tes devoirs, à aller jusqu'au bout ? »
- « As-tu souvent des difficultés à organiser tes idées, ta pensée ? »
- « As-tu souvent du mal à exprimer tes idées, à aller droit au but ? »
- « As-tu souvent des difficultés à te souvenir de ce que tu as lu ou entendu, des choses à faire ? »
- « Es-tu souvent en retard pour terminer tes évaluations, rendre ton travail à faire à la maison ? »
- « As-tu du mal à laisser ta chambre et les pièces où tu te rends en ordre ? »

## **Variabilité des symptômes**

Nous savons que certains facteurs peuvent influencer sur la symptomatologie du TDA/H, il peut être intéressant d'interroger notre patient sur une variabilité de ces symptômes afin de savoir s'il peut être réactif positivement à des conditions reproductibles ou négativement à des situations qu'il faudra éviter.

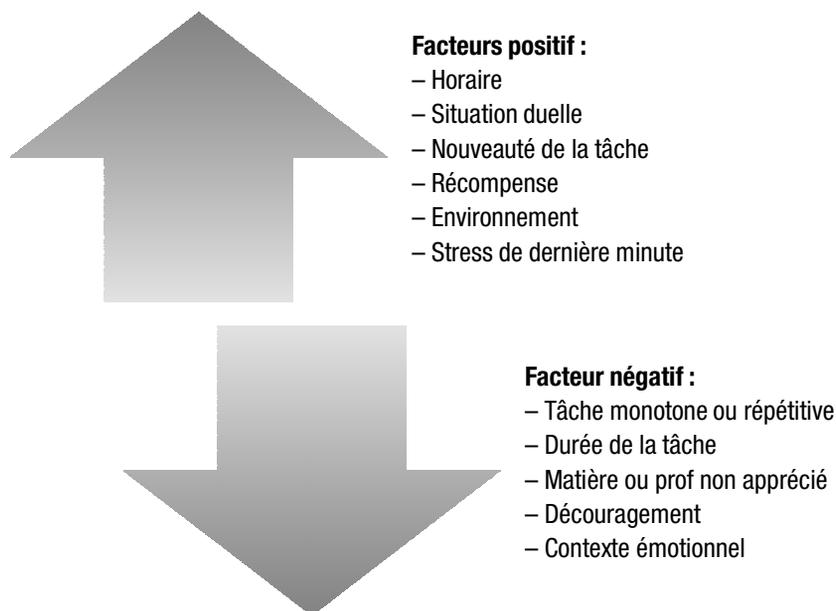


Figure 5.2. Variabilité des symptômes

## Les éléments de l'observation

L'observation commence dès la salle d'attente, certains diagnostics sont évidents dès ce moment (l'anamnèse ayant été réalisée et des hypothèses formulées). Elle est riche en éléments sémiologiques qui vont nous aider dans notre évaluation diagnostique.

Les premiers éléments de l'observation font rechercher un diagnostic différentiel dont certains signes sont visibles à l'œil nu.

### Diagnostic différentiel

- Neurofibromatose : présence de taches café au lait.
- Dysmorphies faciales en faveur d'un syndrome génétique.
- Syndrome d'alcoolisme fœtal : retard de croissance, petit périmètre crânien, petite ouverture des yeux, pommettes aplaties, espace sous-développé entre le nez et la lèvre supérieure.
- Surpoids ou obésité doivent faire penser à des apnées obstructives du sommeil.
- Les tics moteurs ou verbaux.

L'agitation est un symptôme qui n'est pas toujours observable même lorsqu'elle est importante, elle va parfois se démasquer au fur et à mesure de l'entretien ou des suivants ; au fur et à mesure que le patient sera à l'aise. L'agitation psychique peut être remarquable lorsque le patient passe du coq à l'âne dans son discours, chaque pensée est alors rapidement chassée par une autre et il en va de même des idées qu'il exprime verbalement.

### L'agitation

- En salle d'attente : patient préférant attendre debout ou déambulant dans le couloir.
- Patient glissant progressivement, sautillant sur sa chaise.
- Patient se levant régulièrement.
- Changements de position fréquents : patient passant de la position assise à la tête reposant sur le bureau.
- Balancement des pieds ou des jambes.
- Patient saisissant tout ce qui est à sa portée, bougeant les mains en permanence.
- Cols de tee-shirt, de pulls, ou manches rongées.
- Le patient ne termine pas ses phrases et passe d'une idée à une autre.

La distractibilité est parfois observable lors du premier entretien, plusieurs facteurs peuvent distraire notre patient : la fenêtre du bureau, la sonnette d'entrée du cabinet, les bruits provenant de la salle d'attente, ses pensées.

### La distractibilité

- Patient tournant la tête à chaque stimulus sonore se faisant entendre.
- Le patient explore, sans cesse, la pièce du regard pendant que nous lui posons des questions.
- Patient perdant le fil lors de passages devant la fenêtre.
- Rupture attentionnelle.
- Patient faisant répéter de nombreuses questions.
- Patient oubliant ses affaires en salle d'attente ou en quittant le bureau.

L'impulsivité est un élément parfaitement observable lorsque le patient entame ses réponses avant que l'on ait terminé de les formuler, il fait souvent beaucoup d'efforts pour « se tenir » lors du premier entretien. Il peut être donné de l'observer dès la salle d'attente où lorsque les parents sont présents, l'enfant ou l'adolescent les interrompt sans cesse ou s'énerve à chaque réflexion.

Un élément important de l'observation en faveur d'une impulsivité alimentaire ou d'apnées obstructives du sommeil est la présence d'un surpoids. Il faut alors s'enquérir du comportement alimentaire du patient et investiguer la qualité du sommeil, éventuellement demander un enregistrement du sommeil.

### L'impulsivité

- Le patient s'énerve à chaque remarque de ses parents.
- Le patient coupe la parole.
- Le patient répond très rapidement puis se corrige en demandant à ce que l'on répète la question.
- Le patient dit ce qui lui passe par la tête sans « filtre », pose des questions indiscretes.
- Difficulté à trouver la bonne distance avec l'adulte.

La qualité du contact que l'on va établir avec le patient nous permet de formuler des hypothèses quant à des difficultés de socialisation associées. L'évitement du contact oculaire peut se voir dans les troubles du spectre autistique (TSA), mais également chez l'anxieux social. La tenue vestimentaire et l'hygiène du patient sont à observer à la recherche d'indices parfois évidents. Dans les TSA, les jeunes n'ont aucun intérêt pour les modes vestimentaires, leur tenue dénote en comparaison à leurs pairs, certains négligent totalement l'hygiène corporelle et cette fois-ci c'est l'odorat qui nous en informe.

### Les troubles spécifiques de la socialisation

- Contact particulier.
- Évitement du contact oculaire, parfois regard « transperçant ».
- Absence ou pauvreté des expressions émotionnelles faciales : visage inexpressif.
- De même, pauvreté des affects exprimés dans le discours.
- Discours monocorde, ampoulé dans certains cas.
- Maniérisme dans le syndrome d'Asperger.
- Mauvaise hygiène corporelle.

*Un diagnostic de salle d'attente*

Aurélien, 13 ans, collégien est adressé en consultation par un confrère qui suit son petit frère pour un trouble anxieux.

Le motif de consultation est une baisse des résultats scolaires depuis l'entrée au collège ; alors qu'il était parmi les premiers de la classe dans son école primaire, il obtient tout juste la moyenne depuis ses 11 ans.

Aurélien vit avec son petit frère de 9 ans et sa petite sœur de 5 ans chez leur mère, les parents ont divorcé il y a deux ans, concomitamment avec son entrée au collège. Le père d'Aurélien vit dans le même immeuble et reçoit ses enfants un week-end sur deux, les parents ne communiquent plus depuis que le père a annoncé qu'il quittait son épouse.

Lors de l'anamnèse parentale, on note : une grossesse et un accouchement sans particularité, un développement psychomoteur dans les normes. Un enfant très actif petit, qualifié d'épuisant dès l'âge de la marche, par sa mère ; très en demande de stimulations, inépuisable sur le plan physique.

La petite enfance est marquée par une impossibilité à rester à la crèche, il est prostré dans un coin et inconsolable. À l'âge de 3 ans, il n'est scolarisé qu'à mi-temps parce qu'il ne fait pas la sieste et empêche les autres de dormir. L'année suivante il est scolarisé à temps complet, il est en retrait sur le plan social et « collé » à l'institutrice qu'il questionne à longueur de journée. À 5 ans, il épuise sa maîtresse, car répond à toutes les questions monopolisant la parole et bouge sans cesse. L'arrivée en cours préparatoire a été difficile pour lui, il a eu du mal à accepter le changement d'environnement et les nouvelles règles. Son agitation a été remarquée rapidement et la mère convoquée par l'institutrice au bout de 15 jours : il avait du mal à rester assis et s'isolait de ses camarades, en récréation il voulait rester avec elle.

La scolarité a continué bon an mal an, sur la même tonalité sans qu'il y ait de difficultés scolaires, il n'a donc jamais été reçu en évaluation malgré la demande insistante de tous ses enseignants successifs.

Les difficultés évoquées par la mère : toujours en retard pour tout, étourdi au dernier degré, il est même parti au collège en chausson la semaine précédente, sans son cartable à plusieurs reprises, il faut reconstituer sa trousse régulièrement. Sa mère le gère totalement au niveau de l'organisation, car il ne connaît pas même son emploi du temps hebdomadaire et oublierait la moitié de ses affaires scolaires si elle le laissait faire. Les activités extrascolaires, les repas, les devoirs lui prennent un temps qualifié d'interminable par sa mère. Au niveau social il n'a pas d'amis, mais ne semble pas en souffrir, « il se suffit à lui-même » confie la mère, il a été absent pendant 3 jours le mois précédent, car il était victime de harcèlement de la part de ses camarades.

Les activités extrascolaires auxquelles il s'adonne sont le bricolage et le dessin.

Les hypothèses diagnostiques formulées suite à cet entretien sont un trouble attentionnel avec dysfonctionnement exécutif. L'aspect sociabilité est à évaluer.

En salle d'attente, la semaine suivante, se présente un jeune pour qui le temps s'est arrêté : il est vêtu d'une polaire verte (au Printemps) assortie d'un pantalon de sport jaune canari, autour de sa taille on aperçoit un sac « banane » (de ceux qui étaient à la mode 20 ans plus tôt) bleu fluo ; il regarde ses chaussures en disant bonjour d'un ton parfaitement monocorde qui se marie bien avec un visage inexpressif. Il est à noter, en ce qui concerne sa tenue vestimentaire,

qu'il est scolarisé dans un établissement des beaux quartiers de Paris où les adolescents sont à la pointe de la mode et à l'affût de la moindre « faute » vestimentaire ; autrement dit il ne dénote pas, mais il détonne dans cet environnement. Le diagnostic de trouble spécifique de la socialisation (associé à un TDA/H) est cliniquement posé deux minutes plus tard quand il sort de sa banane un mini tournevis dont il ne se sépare jamais et un dessin de dinosaure ; il dessine tout au long de la journée des dinosaures en classe, il sait d'ailleurs tout sur eux et paraît intarissable sur le sujet. Ses camarades se moquent de lui parce qu'ils le trouvent bizarre, il ne comprend d'ailleurs pas pourquoi.

L'observation est un élément primordial du métier de pédopsychiatre, la clinique est riche d'éléments de l'interrogatoire, mais aussi de nombreux autres indices.

## ÉVALUER DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS ET COMORBIDITÉS

### Les troubles du sommeil

L'évaluation du sommeil est capitale chez les patients ayant des difficultés attentionnelles, on recherche un diagnostic différentiel (apnées du sommeil) ou un trouble du sommeil comorbide.

Le rythme circadien veille sommeil des adolescents se décale naturellement, entraînant un endormissement plus tardif, ceci pose un véritable problème du fait des rythmes scolaires qui ne respectent pas le besoin de se coucher plus tard et donc d'un lever plus tardif.

**Latence d'endormissement.** Les difficultés d'endormissement sont fréquentes chez l'enfant TDA/H. On précise les facteurs comportementaux et psychiques associés.

*Refus de se coucher :* « je n'ai pas de vie si je me couche à l'heure où les parents me demandent de me coucher ».

*Routine de coucher.* La présence de mauvaises habitudes de sommeil doit être traquée et faire l'objet d'une éducation : « je m'endors avec ma tablette, sinon c'est trop long ».

*Latence d'endormissement.* La latence décrite par le sujet est à corrélérer avec les éléments que nous ont apportés les parents, il y a parfois désaccord profond.

**Qualité du sommeil.** Le sommeil est souvent de mauvaise qualité avec éveils nocturnes, micro-éveils, agitation nocturne.

*Éveillabilité.* Certains n'entendent jamais leur réveil sonner et ont bien du mal à se réveiller rapidement le matin : « ma mère m'a réveillé en me jetant un verre d'eau à la figure parce que je n'arrivais pas à me réveiller ».

*Sensation de repos.* Lorsque le sommeil est de mauvaise qualité, les individus se plaignent d'être plus fatigués au lever que la veille au coucher.

**Qualité de la vigilance.** Les difficultés de régulation de la vigilance entraînent des difficultés à l'endormissement, mais également à maintenir un éveil satisfaisant dans la journée.

*Vigilance diurne.* L'éveil peut être difficile à maintenir pour les individus TDA/H quand ils doivent maintenir l'attention sur une tâche ou rester immobiles.

**Comportements liés au sommeil.** Le respect du cycle veille sommeil est indispensable à une bonne qualité de sommeil, les comportements qui précèdent le coucher favorisent ou non l'endormissement.

*Routine de coucher.* Elle est analysée afin de rechercher les perturbateurs éventuels (écrans notamment, téléphone portable).

*Horaires réguliers.* La régularité des horaires de lever et de coucher favorise une bonne qualité de sommeil. La grasse matinée peut décaler le cycle veille sommeil quand elle est prolongée (1 à 2 heures de plus par rapport aux horaires habituels de lever).

#### **Exemples de questions pour évaluer le sommeil**

- « As-tu un bon sommeil ? »
- « As-tu des difficultés à trouver le sommeil ? T'arrive-t-il de te réveiller la nuit ? »
- « Sais-tu combien d'heures de sommeil tu dors environ les nuits de semaine ? »
- « As-tu du mal à te réveiller, te lever le matin ? »
- « Entends-tu ton réveil sonner ou faut-il que l'on vienne te réveiller le matin ? »
- « Te faut-il beaucoup de temps pour émerger le matin ? »
- « Ressens-tu encore de la fatigue alors que tu es en classe ? T'arrive-t-il de t'endormir en classe ? »
- « As-tu la sensation d'être plus fatigué le matin au lever que le soir en te couchant ? »
- « T'endors-tu rapidement en voiture ou dans les transports ? »
- « Fais-tu la grasse matinée le week-end ? »

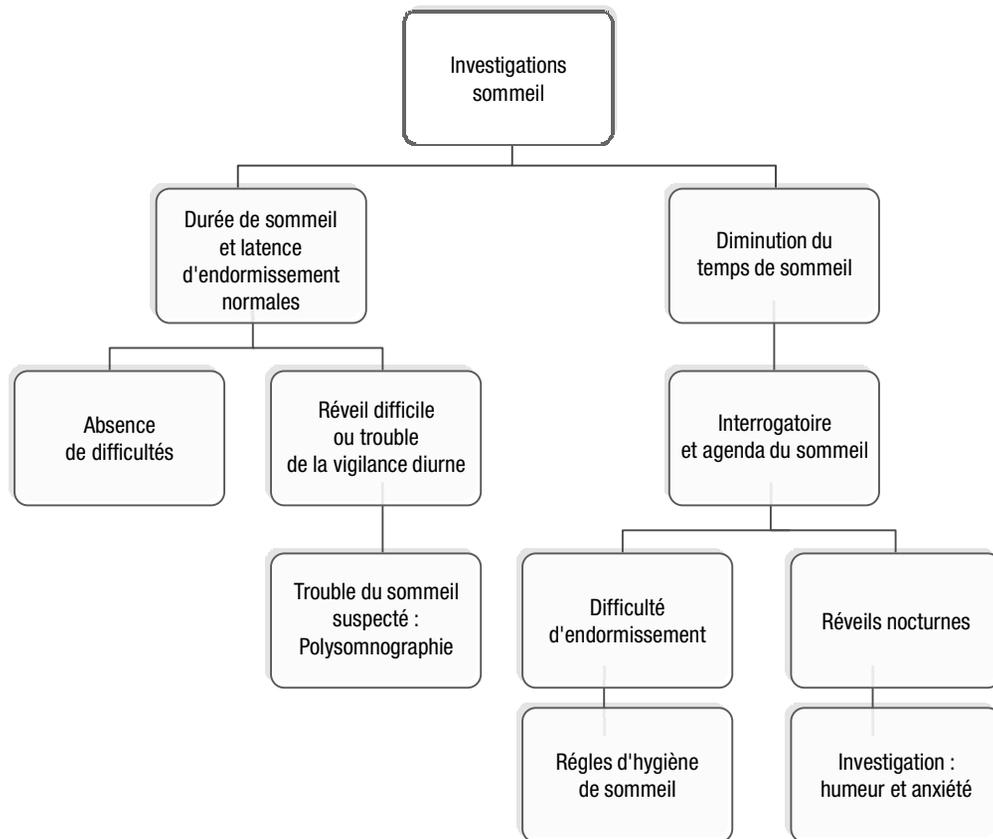


Figure 5.3. Évaluer le sommeil

## Les troubles anxieux

Les troubles anxieux et le trouble du déficit de l'attention sont les troubles les plus fréquents en psychiatrie infanto-juvénile et leur association l'est également. Nous discuterons dans un prochain chapitre de la conduite à tenir devant cette association, tant au niveau diagnostic que thérapeutique. Il convient de rechercher activement des signes d'anxiété qu'elle soit diagnostic différentiel ou comorbidité.

### Caractéristiques de l'anxiété

- Tendance à la préoccupation, individu inquiet.
- Stress mobilisateur et anxiété paralysante alternent.
- Évitement des situations anxiogènes.
- Anticipation des événements stressants.
- Perturbation cognitive, du sommeil, de l'état émotionnel.
- L'anxieux sans TDA/H est envahi par une thématique principale, il rumine, il n'est pas distrait par tout et rien, il est distrait par ses préoccupations.
- L'anxieux sans TDA/H n'est pas désorganisé, impulsif, à la recherche de sensations nouvelles.

Distinguer anxiété comorbide ou diagnostic différentiel est affaire de spécialiste, la chronologie de survenue des troubles peut aider dans cette appréciation.

#### **Exemples de questions pour évaluer l'anxiété**

- « Es-tu souvent inquiet ou préoccupé pour de petites choses ? »
- « Les petits soucis prennent-ils trop d'importance pour toi ? »
- « Es-tu souvent stressé ? »
- « Es-tu préoccupé en évaluation au point de perdre tes moyens ? »
- « Es-tu beaucoup préoccupé par la peur des maladies, la propreté, la peur que l'on se moque de toi ? »
- « As-tu peur dans les transports, les ascenseurs, en avion ou dans d'autres situations ? »

## Les troubles de l'humeur

La dépression peut être secondaire à un trouble du déficit de l'attention, mais elle peut également entraîner des difficultés cognitives avec atteinte des capacités d'attention et de la mémoire, agitation ou irritabilité, absentéisme et baisse des résultats scolaires.

Un trouble dépressif chez l'enfant ou l'adolescent peut passer totalement inaperçu de leurs parents ou enseignants. Il est rarement verbalisé et la symptomatologie est différente de celle que l'on retrouve chez l'adulte, ajoutant ainsi des difficultés diagnostiques.

### Symptômes évoquant une dépression

- Modification récente des habitudes alimentaires : appétit augmenté ou diminué.
- Modification récente du sommeil : augmenté ou diminué.
- Diminution des intérêts pour les activités habituelles, anhédonie.
- Évitement récent des contacts sociaux.
- Anxiété associée.
- Les difficultés cognitives étaient absentes avant l'apparition de la dépression.

### Exemples de questions pour évaluer la dépression

- « Prends-tu moins de plaisir à tes loisirs qu'auparavant ? »
- « As-tu envie de faire des activités en dehors du temps scolaire ? »
- « Prends-tu du plaisir à voir, à inviter tes amis ? »
- « Es-tu souvent triste sans raison ? »
- « Pleures-tu fréquemment sans raison ? »
- « As-tu souvent des idées noires, des envies de suicide ? »

## Le syndrome de Gilles de la Tourette

Les maladies des tics entraînent un vécu honteux et le patient qui en souffre va déployer de nombreux efforts afin de se contrôler dans la journée, cela entraîne une importante fatigabilité psychique et des difficultés d'attention. Le syndrome de Gilles de la Tourette peut être diagnostic différentiel ou comorbidité. Le jeune qui souffre de tics en est conscient la plupart du temps, son entourage le lui a souvent fait remarquer, qu'il s'agisse des parents ou des camarades de classe. Il faut tout de même expliciter le terme tic avant de l'interroger sur ces symptômes.

## Les conduites à risque

L'adolescent est interrogé sur son comportement général en soirée avec des amis : consommations d'alcool, drogues, rapports sexuels non protégés, conduites de scooter après avoir bu de l'alcool.

Il faut toujours rechercher des *prises de toxiques* régulières ou épisodiques chez les adolescents reçus pour entretien de dépistage du TDA/H. Pour ce faire, l'alliance doit être bonne et le patient doit entendre que nous sommes liés par le secret médical et que ces données nous sont nécessaires pour apprécier la situation dans son ensemble, mais en aucun cas pour le trahir.

On investigate également les antécédents de rapports sexuels non protégés, on est parfois amené à proposer un dépistage de maladie sexuellement transmissible.

#### **Exemples de questions pour évaluer les conduites à risque**

- « Consommes-tu du tabac régulièrement ? »
- « Te rends-tu régulièrement à des soirées avec tes amis ? Es-tu prudent en soirée ? »
- « Es-tu amené à consommer du cannabis en soirée, régulièrement ? »
- « Quelle est ta consommation d'alcool en soirée et en dehors ? »
- « Si tu as bu ou fumé en soirée, comment te débrouilles-tu pour rentrer chez toi ? »
- « Es-tu prudent au guidon de ton scooter ? »

## ÉVALUER LE RETENTISSEMENT DU TROUBLE

Cette évaluation est capitale. En l'absence d'impact fonctionnel, on ne peut parler de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. De l'impact quotidien vont découler les décisions thérapeutiques à prendre en concertation avec la famille et le patient.

### L'impact scolaire

L'impact scolaire est évalué en interrogeant le patient sur son vécu scolaire global, et ensuite plus particulièrement sur ses résultats scolaires.

**Les résultats scolaires** sont, dans la société actuelle, valorisés comme étant le reflet de la réussite sociale à venir. Les comorbidités, les capacités intellectuelles du sujet, l'investissement de ses parents, son investissement personnel, l'aide scolaire personnalisée, le milieu dans lequel évolue l'enfant sont autant de facteurs pouvant influencer ses résultats scolaires.

*Lacunes de connaissances.* Elles sont liées aux difficultés à se mettre au travail, à l'oubli à mesure des leçons apprises, au refus de travailler. Leur impact peut être conséquent lorsque l'enfant est traité et décide à se mettre au travail.

*Résultats en dessous des capacités.* La plupart du temps, les résultats scolaires ne sont pas à la mesure des connaissances et des capacités de l'individu, ils reflètent mal son travail personnel et sont source de baisse de l'estime de soi.

*Variabilité des résultats.* Souvent, les résultats sont meilleurs dans les disciplines que l'enfant apprécie, elles peuvent être variables et indépendantes du travail fourni pour préparer une évaluation. L'enfant est déstabilisé quand il a le sentiment d'avoir « appris comme il faut » et que son résultat n'est pas à la hauteur de ses attentes.

**Les relations interpersonnelles** dans le cadre scolaire. Elles jouent une part importante dans le plaisir que peut éprouver l'individu à se rendre à l'école.

*Relations avec les camarades.* L'impact sur les relations sociales, au sein de l'école, n'est pas obligatoire, il faut l'évaluer consciencieusement et en déterminer la cause (TDA/H ou comorbidité).

*Relations avec les enseignants.* Lorsque les relations avec le corps enseignant sont détériorées, l'élève a un sentiment d'injustice permanent, car il est souvent désigné en cas de perturbation du cours, et donc puni.

#### **Exemples de questions pour évaluer le retentissement scolaire**

- « Apprécies-tu de te rendre à l'école ? Pour quelles raisons ? »
- « As-tu du plaisir à apprendre de nouvelles connaissances ? »
- « As-tu le sentiment que tes résultats scolaires reflètent ton travail ? »
- « Que penses-tu de tes résultats scolaires ? »
- « As-tu souvent l'impression d'être injustement traité en classe ? »

## **L'impact social**

L'impact social a un rôle majeur dans la construction négative de l'estime de soi, il peut être secondaire à l'impulsivité du sujet, à sa difficulté à prêter attention à l'autre ou à une comorbidité anxieuse.

**L'agitation** est souvent cause de rejet de la part des camarades chez l'enfant, il est moins fréquemment invité aux fêtes d'anniversaires, il est exclu des activités sportives de groupe et les parents de ses camarades se méfient de lui.

**L'impulsivité** est également en cause dans les difficultés d'intégration sociale, l'enfant est maladroit, il bouscule ses camarades, les agresse, il agace par son comportement perturbateur.

#### **Exemples de questions pour évaluer l'impact social**

- « Es-tu bien intégré dans ta classe ? »
- « En général, as-tu du mal à t'intégrer au sein d'un groupe ? »
- « Vois-tu régulièrement des amis en dehors de l'école ? »
- « As-tu des difficultés à garder tes amis ? »
- « Te sens-tu rejeté par tes camarades de classe ou tes amis ? »
- « Tes amis te reprochent-ils ton comportement ? »

## L'impact familial

L'impact sur le fonctionnement familial est soit matérialisé sous la forme de difficultés relationnelles avec les parents, avec la fratrie, ou encore de difficultés logistiques et matérielles.

**Le travail scolaire** est chronophage, il est source de tension au sein de la famille, il entraîne un surcoût financier quand il faut inscrire l'enfant en école privée ou nécessite une aide scolaire à domicile ou des stages de remise à niveau.

**Le stress** généré par les difficultés, et l'incompréhension de l'entourage face aux problèmes qui se posent est important. Il retentit sur l'harmonie familiale et l'humeur des membres de la famille qui doivent gérer les difficultés, les rendez-vous médicaux, les réunions avec les enseignants (dépression maternelle fréquente).

**Le couple parental** est fragilisé, il se dispute au sujet de l'éducation de l'enfant, de l'acceptation d'un traitement médicamenteux.

**La fratrie** reproche parfois à l'enfant en difficulté d'accaparer les parents, de jouer la comédie pour attirer l'attention, d'occuper toute la place. Les disputes sont fréquentes.

### *Exemples de questions pour évaluer l'impact familial*

- « Comment te sens-tu au sein de ta famille ? »
- « As-tu des difficultés relationnelles avec tes proches ? »
- « Comment t'entends-tu avec tes parents, tes frères et sœurs ? »
- « As-tu l'impression d'être une charge pour ta famille ? »
- « Te fait-on des reproches sur les difficultés que tu as à faire les choses ? »

## L'estime de soi

L'estime de soi est généralement aisément observée tout au long de l'entretien en investiguant la symptomatologie du patient. Des réactions de prestance, de défense sont autant de signes qui font évoquer une mauvaise estime de soi, parfois une mauvaise estime de soi est clairement exprimée par un vécu d'incapacité à faire ce qui est attendu de lui.

L'enfant en difficulté se compare aux autres et perçoit la différence, les aménagements scolaires ne sont pas « naturels » la plupart du temps et il se heurte à l'incompréhension des camarades, de la famille, du corps enseignant.

Il a le sentiment d'être le seul à être en difficulté et à « ne pas faire comme il faut ». Quand il apprend, ses efforts ne sont pas toujours récompensés et il lit la déception dans le regard de ses parents. On lui reproche de ne pas apprendre ses leçons là où il a passé du temps à apprendre, mais a mal répondu durant l'interrogation.

**Exemples de questions pour évaluer l'impact sur l'estime de soi**

- « As-tu une bonne connaissance de tes qualités ? »
- « Penses-tu avoir moins de valeur que les autres ? »
- « As-tu l'impression de ne pas pouvoir réussir à l'école ou dans la vie ? »
- « Comment te perçois-tu par rapport aux autres ? »
- « As-tu des raisons d'être fier de toi ? »
- « As-tu du respect pour toi ? »
- « As-tu parfois l'impression de n'être bon à rien ? »

*L'estime de soi du sujet a une importance majeure dans la décision thérapeutique, quels que soient les résultats scolaires.*

**CE QU'IL FAUT RETENIR**

- L'entretien diagnostique avec le patient est le moment de créer l'alliance thérapeutique.
- Tout se joue dans les premières minutes de cet entretien.
- La recherche de signes de trouble attentionnel peut être un jeu du chat et de la souris.
- Les enjeux de cet entretien sont multiples : confirmer les hypothèses diagnostiques, évaluer le degré de retentissement, diagnostiquer les comorbidités.
- L'éducation thérapeutique commence dès cet entretien : hygiène de sommeil, compréhension du TDA/H, distinction avec un manque de capacités intellectuelles, dédramatisation.
- L'impact du TDA/H est un élément majeur dans la stratégie thérapeutique.
- Ne pas hésiter à faire cette évaluation en plusieurs temps.



# Chapitre 6

## Les traitements du TDA/H de l'enfant et de l'adolescent

## SOMMAIRE

Psychoéducation .....	<b>179</b>
Éducation du patient .....	180
Éducation des parents et de la famille .....	183
Éducation des enseignants .....	184
Thérapie comportementale et cognitive .....	<b>185</b>
Évaluation de l'indication à une TCC .....	185
Estime de soi et anxiété .....	187
Capacités organisationnelles .....	189
Interventions psychosociales .....	<b>190</b>
Gestion de l'environnement .....	190
Hygiène de vie .....	191
Habilités sociales .....	192
Stratégies d'apprentissages .....	195
Entraînement parental .....	196
Aménagements scolaires .....	<b>198</b>
Entraînements cognitifs .....	<b>201</b>
Remédiation cognitive .....	201
Neurofeedback .....	202
Bibliographie .....	<b>203</b>

**OBJECTIFS**

- Connaître les interventions psychosociales
- Connaître les aménagements environnementaux nécessaires
- Connaître les programmes d'entraînement parental existant et leurs indications
- Le traitement multimodal.

Les interventions thérapeutiques, non médicamenteuses, sont variées : thérapie comportementale et cognitive, entraînement parental, psychoéducation, interventions psychosociales.

Ces thérapies suscitent l'intérêt pour plusieurs raisons : les bénéfices du traitement médicamenteux sont limités, ils ne résolvent pas toutes les difficultés, l'apprentissage n'est pas toujours amélioré, les contre-attitudes et dysfonctionnements familiaux sont des facteurs d'entretien à ne pas négliger, le médicament n'est pas toujours prescrit ou accepté.

Qu'un traitement soit proposé ou non, la pilule miracle n'existe pas et de nombreuses interventions sont nécessaires pour aider efficacement le patient et sa famille. Certaines, comme l'éducation au trouble et à ses conséquences, sont à la portée de tous et peuvent être dispensées à l'aide de documents écrits. D'autres, comme les thérapies comportementales et cognitives sont à mener par des thérapeutes spécialisés.

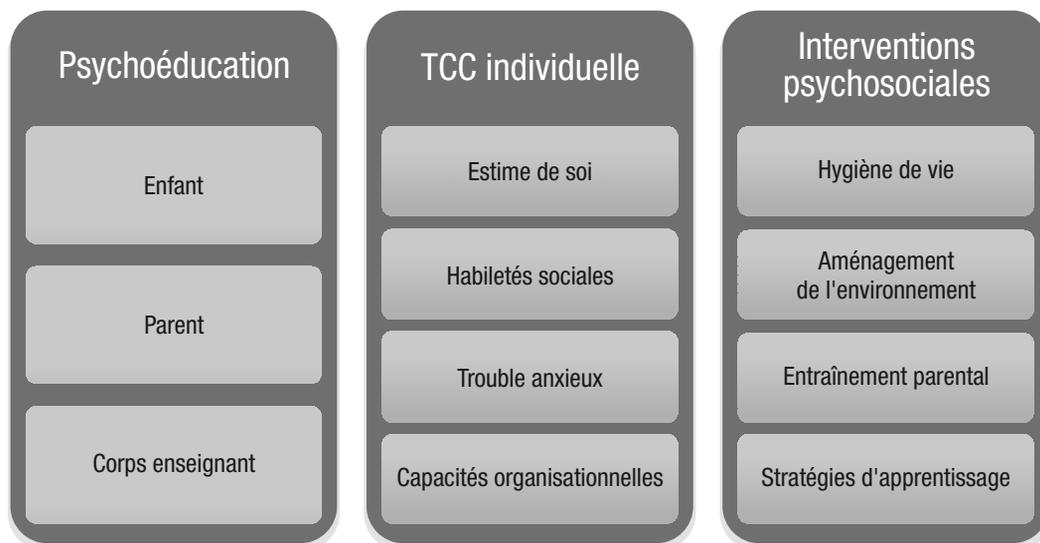


Figure 6.1. Thérapies non médicamenteuses du TDA/H

## PSYCHOÉDUCATION

La psychoéducation est un **élément majeur** de la prise en charge du patient TDA/H et de sa famille. Elle s'adresse aussi bien à l'enfant qu'à ses parents et peut également être proposée à la fratrie et aux enseignants.

Afin d'obtenir une adhésion de nos patients, ils doivent avoir une compréhension claire du trouble dont ils souffrent et les buts des rééducations, thérapies, traitements ou aménagements scolaires proposés.

La prise en charge de ce trouble nécessite *l'implication active du patient* si nous voulons l'aider à vaincre ses difficultés, il doit comprendre qu'il ne s'agit jamais de prendre « une pilule magique » pour tout changer.

Le patient n'est pas le seul à devoir s'impliquer dans la prise en charge, c'est une *équipe* qui doit se structurer autour du patient, elle doit connaître son trouble, les difficultés qui peuvent se poser et les raisons de ces difficultés pour l'accompagner pertinemment.

La psychoéducation peut être réalisée en groupe ou en individuel pour les patients et leur famille, elle doit faire l'objet d'une ou plusieurs séances et continuer tout au long du suivi.

Les enseignants peuvent être informés en organisant une réunion à l'école, par contact téléphonique ou par courrier ; l'information se fait après accord du patient et de ses parents.

### Objectifs de la psychoéducation

- Structurer une équipe solide autour de notre patient.
- Vaincre les fausses croyances.
- Expliquer les symptômes.
- Expliquer l'intérêt des bilans complémentaires.
- Expliquer les options thérapeutiques.
- Contribuer à améliorer l'estime de soi.
- Comprendre les effets attendus du traitement et les symptômes sur lesquels il n'a pas d'efficacité.
- Comprendre les difficultés persistantes sous traitement.
- Favoriser l'adhésion au traitement.

## Éducation du patient

Lorsqu'un jeune est amené à consulter pour des difficultés comportementales, scolaires et/ou sociales, il s'interroge sur les raisons pour lesquelles il a « besoin d'un psy » tandis que ses camarades non. Il s'interroge sur son adaptation, sa capacité à faire comme les autres ; les bilans que l'on demande le laissent également interrogatif. Il va voir un médecin, parfois plusieurs, faire des examens « pour trouver ce qui cloche » dont, assez fréquemment, un test de QI ; le raccourci est rapide dans leur esprit « je ne suis pas normal ».

L'enfant qui consulte pour des difficultés scolaires ou comportementales doit comprendre les motifs et objectifs des entretiens, bilans et traitements proposés afin d'obtenir son adhésion, mais également de l'aider à reconstruire une bonne image de soi.

La première étape du travail d'éducation thérapeutique du patient, est de l'aider à comprendre ce dont il souffre, la difficulté à obtenir certains changements sans l'aide d'une équipe et lutter contre les idées fausses qu'il s'est construites, a entendu ou a lu en se documentant sur internet.

Tableau 6.1. *Fausses croyances du patient*

Fausses croyances	Éducation
« Je ne suis pas intelligent »	Le manque d'attention et les difficultés d'organisation n'ont aucun lien avec le manque d'intelligence.
« Je n'ai aucune volonté »	Nous ne pouvons exercer d'action consciente sur nos fonctions exécutives qui agissent de manière automatique. Il faut apprendre des stratégies de compensation.
« J'ai un ami qui prend un médicament pour le TDA/H mais c'est de la triche »	Si un traitement médicamenteux est proposé, c'est pour aider à compenser une partie du handicap lié au trouble.
« Je n'arriverai à rien dans la vie »	Lorsqu'il est correctement pris en charge, le TDA/H n'empêche pas de vivre une vie normale et d'atteindre les objectifs que l'on se fixe.
« Tout ce que je fais est mal »	Le TDA/H peut avoir des conséquences négatives sur le fonctionnement global d'un individu, mais il n'empêche pas de bien faire certaines choses et d'apprendre à mieux faire avec l'aide adéquate.

Les fausses croyances du patient, ainsi révélées et corrigées, nous pouvons nous attarder sur le trouble dont il souffre, en expliquer les symptômes, les conséquences, la difficulté à obtenir un changement sans soutien, les principes thérapeutiques. Ces informations sont

adaptées à l'âge du patient et font l'objet de plusieurs séances, il faut régulièrement revenir dessus. Les modalités de la psychoéducation varient : documents, site internet, livres, entretiens individuels ou de groupe ; le praticien a le choix des moyens.

Éduquer les patients sur les symptômes de TDA/H doit se faire dans les termes les plus simples possible, le fonctionnement du cerveau que nous commençons à comprendre leur est parfaitement inconnu.

Tableau 6.2. Psychoéducation sur les symptômes de TDA/H

Le TDA/H	Les difficultés du quotidien
Manque d'attention	<p>Difficulté à rester concentré sur une tâche (scolaire ou autre). La difficulté peut varier d'un jour à l'autre et ne concerne pas les tâches qui sont très intéressantes pour soi. Elle peut entraîner des oublis (affaires de classe, rendez-vous, consignes, affaires personnelles). On est distrait par des pensées sans importance alors que l'on doit rester concentré. On travaille lentement parce qu'on ne comprend pas ce qu'on lit si on est concentré à moitié, on pense à autre chose ou on se laisse distraire par le chat. On apprend ses leçons, mais on a du mal à répondre aux questions parce qu'on a du mal à ordonner ses idées en écrivant. On fait des fautes d'étourderie parce qu'on est distrait en répondant aux questions. On perd le fil dans un cours, une conversation parce qu'on part dans ses pensées sans s'en rendre compte.</p>
Impulsivité	<p>Difficulté à contrôler ses réactions, tendance à agir avant de réfléchir, on fait alors des choses qu'on regrette ensuite. Démarrer au quart de tour, se précipiter et faire des étourderies. Avoir du mal à attendre son tour. Parler avant d'avoir la parole, couper la parole aux autres.</p>
Agitation	<p>On a du mal à rester assis pendant une longue période de temps. On se concentre parfois mieux en bougeant qu'en restant immobile. On a les pensées qui défilent trop vite et on perd le fil.</p>

Cette phase de la psychoéducation peut permettre au patient d'identifier des symptômes dont il souffre sans même le réaliser et de les identifier comme découlant du trouble dont il est atteint. Il s'agit de déculpabiliser, d'expliquer et non de donner une excuse au patient pour le dédouaner. D'une meilleure conscience des difficultés qu'il rencontre peut découler une plus forte adhésion aux thérapies proposées.

L'information délivrée dépend de l'âge et des capacités de nos patients à les intégrer, l'adolescent est plus à même de recevoir une explication sur les *fonctions exécutives* que l'enfant. De par leur impact grandissant chez l'adolescent, il faut expliquer le rôle de ces fonctions afin de comprendre les difficultés à s'organiser et à modifier leur comportement.

Pour éduquer les adolescents à ces fonctions, une image simple à reprendre est celle du chef d'orchestre (Brown, 2005) : les musiciens ont beau savoir jouer de leur instrument individuellement, afin de jouer une symphonie harmonieuse ils doivent être dirigés. Le rôle du chef d'orchestre est de choisir les instruments qui doivent jouer, de les faire commencer en même temps, leur faire tenir la cadence, surveiller et régler l'équilibre des masses sonores, faire cesser ou introduire des instruments au bon moment. Sans chef d'orchestre pour coordonner le jeu des instrumentistes et le rendre cohérent nous risquons d'assister à une cacophonie, quel que soit le talent des musiciens.

Chez le patient TDA/H, notre chef d'orchestre est immature et fatigable, il est très efficace pour une tâche qui l'intéresse particulièrement ou en cas de risque de sanction immédiate, mais il n'en va pas ainsi de toutes les tâches. Ses performances sont variables et dépendent de certains facteurs : la qualité du sommeil dans la nuit précédente, l'horaire dans la journée, sa fatigue, la difficulté de la pièce à jouer, la présence de personnes qu'il apprécie ou non dans la salle et d'autres facteurs inconnus.

Ainsi va-t-il des fonctions exécutives chez notre patient, il s'agit d'un ensemble de fonctions qui doivent agir automatiquement et de façon synchrone, mais n'y parviennent pas par manque de coordination.

### ***Dysfonctionnement exécutif et difficultés d'organisation***

- Difficulté d'initiation : savoir que l'on a quelque chose à faire, mais repousser à plus tard, ne pas réussir à s'y mettre alors que l'on veut bien faire.
- Difficulté de planification : avoir du mal à prévoir ses tâches en avance, faire un programme de révisions, organiser les tâches par ordre de priorité, évaluer l'importance de la tâche et le temps qu'elle prendra.
- Maintien de l'éveil et soutien de l'effort : difficulté à maintenir un éveil satisfaisant lorsqu'il faut fournir un effort d'attention soutenue.
- Utilisation efficace de la mémoire : garder des éléments en mémoire pour les manipuler afin de résoudre un problème. Chercher dans sa mémoire des informations dont on a besoin, les retrouver au bon moment.
- Régulation de l'activité en cours : prendre en compte les données de l'environnement pour s'adapter, inhiber les réponses impulsives inadaptées.
- Gestion des émotions : contrôler ses émotions pour qu'elles n'interfèrent pas avec la tâche. Se calmer quand on est énervé pour faire ce que l'on doit faire.

Expliquer les fonctions exécutives, c'est permettre au patient de comprendre pour quelle raison il a parfois le plus grand mal à réaliser une tâche simple et s'y prend au dernier moment alors qu'il est motivé. Comment ne pas se croire « bête » ou « fou » lorsque l'on ne parvient pas, de manière récurrente et imprévisible à se lancer dans une tâche simple que l'on sait pourtant « savoir faire » ? C'est bien là ce qui pose problème au patient et à son entourage : il sait qu'il doit faire ses devoirs, il sait les faire, mais il reste assis à son bureau sans initier la tâche pendant un temps parfois interminable. Comment expliquer

qu'il ne range pas sa chambre alors qu'il sait qu'il ne pourra pas rejoindre ses amis tant qu'il ne l'aura pas fait ?

## Éducation des parents et de la famille

Les parents, comme dans toute prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile, doivent être éduqués aux mêmes informations que l'enfant ou adolescent. Ils sont un élément décisionnel majeur dans la prise en charge du trouble et peuvent influencer favorablement ou négativement l'impact de(s) prise(s) en charge.

Tableau 6.3. Psychoéducation des parents

Fausse croyance	Éducation
« Il arrive bien à se concentrer sur ses jeux, il ne peut pas avoir de trouble de l'attention »	Le patient ayant un TDA/H peut parvenir à soutenir son attention sur des tâches qui l'intéressent particulièrement ou en cas de stress mobilisateur.
« Le TDA/H est causé par le sucre »	Cette hypothèse a été réfutée par de très nombreuses études dans la littérature scientifique.
« Le TDA/H est causé par la télévision et les jeux vidéo »	Ce sont probablement des facteurs aggravants lorsque le temps passé devant les écrans est trop important, mais pas la cause du TDA/H. Un lien a été démontré cependant entre excès d'écrans et mauvais résultats scolaires.
« Je ne sais pas l'élever »	Le TDA/H n'est pas dû à un problème éducatif, il s'agit d'un trouble dont les causes sont multiples : à la fois génétique et environnementale.
« C'est une maladie à la mode »	Le trouble est mieux connu grâce à l'évolution des neurosciences, l'information circule mieux et plus de personnes sont averties permettant de mieux diagnostiquer, mais il est encore sous-diagnostiqué.
« Je veux que mon enfant soit normal »	Les enfants ayant un TDA/H sont normaux, ils ont du mal à effectuer certaines tâches dans certaines situations, cela n'en fait pas des enfants anormaux.
« Il est calme, il n'a pas de TDA/H »	Le noyau du trouble réside dans la difficulté à soutenir son attention, tous ne sont pas agités. De plus, l'agitation est variable et souvent moins impressionnante que celle véhiculée par les médias.
« Le médicament empêche de grandir »	La majorité des études concluent qu'il n'y a pas de retentissement sur la croissance.

Tableau 6.3. (suite)

« Le médicament rend dépendant »	Tout traitement médicamenteux est à risque d'effets indésirables, il existe un risque d'abus si le traitement est écrasé et sniffé, mais pas dans des conditions habituelles de traitement.
« Le médicament pousse vers l'utilisation de drogues »	L'impulsivité peut spontanément pousser à la prise de risque et consommation de substance, mais ce risque est diminué sous traitement.
« Il se moque des conséquences »	Le patient TDA/H ne se moque pas des conséquences de ses comportements impulsifs ou d'évitement scolaire, mais il n'arrive pas à faire autrement. Il réalise qu'il faudrait, mais n'arrive pas à intégrer le processus.
« Il est immature, ça lui passera »	La plupart des enfants atteints de TDA/H ont encore un retentissement fonctionnel à l'adolescence puis à l'âge adulte.
« Trop d'enfants sont traités »	Les décisions de traitement sont prises en fonction du retentissement dans la vie de l'enfant et de l'échec des autres mesures d'accompagnement. Le réel problème est celui des enfants non diagnostiqués et non pris en charge.
« Il le fait exprès pour qu'on s'occupe de lui »	Le jeune souffrant de TDA/H a des difficultés à moduler ses comportements et ses émotions, il en souffre et a du mal à ne pas « mal faire » et à utiliser des comportements adaptés.

## Éducation des enseignants

Si le patient et sa famille expriment leur accord, les enseignants doivent faire l'objet d'une information sur le trouble que présente l'enfant, son impact au niveau du fonctionnement scolaire et les aménagements qui peuvent être mis en place pour l'aider dans sa réussite.

Les objectifs des aménagements scolaires sont de favoriser la réussite de l'enfant qui sait, mais n'arrive pas à mobiliser puis restituer ses connaissances, vaincre les fausses croyances des enseignants afin d'éviter des contre-attitudes et favoriser l'intégration sociale de l'élève.

Éduquer les enseignants est indispensable pour obtenir une bonne cohérence dans la prise en charge entre le domicile et l'école, en cas de discontinuité les efforts entrepris chez l'enfant risquent d'être mis à mal par l'image négative que l'école risque de lui renvoyer.

En milieu scolaire, en l'absence de traitement, le TDA/H dérange : il bouge sur son siège, fait tomber ses crayons, fait du bruit, se lève, il travaille lentement, se met au travail après les autres, refuse parfois de faire son travail, il donne l'impression de ne pas vouloir faire d'efforts.

Après instauration du traitement : il est plus attentif, plus calme, moins envahissant ; mais dépendant du degré de dysfonctionnement exécutif et des lacunes de connaissances, il peut avoir des difficultés à restituer ses connaissances, à améliorer ses résultats, à s'organiser, à se lancer dans le travail. Certes le traitement permet d'améliorer le fonctionnement exécutif, mais en pratique clinique nous constatons qu'il faut encore aider l'enfant et l'adolescent dans nombre de difficultés qui continuent de se poser. On a d'ailleurs le sentiment que plus il est pris en charge tardivement plus la tâche est importante (dysfonctionnement exécutif, lacunes, démotivation, mésestime de soi d'autant plus grande).

### THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE

Le médecin prenant l'enfant ou l'adolescent TDA/H peut être amené à envisager une prise en charge en thérapie comportementale et cognitive (TCC) dans le cadre de la prise en charge globale de son patient. C'est le thérapeute comportementaliste qui confirmera l'indication en fonction de l'analyse fonctionnelle du patient et de son degré de motivation, les TCC nécessitent une part active de l'individu dans sa prise en charge.

#### Quand envisager une prise en charge en TCC

- Trouble anxieux associé.
- Manque d'estime de soi.
- Travail sur les habiletés sociales (entraînement en groupe).
- Difficultés d'organisation et de perception du temps.

### Évaluation de l'indication à une TCC

En pratique clinique, le questionnement du thérapeute réside dans l'indication des techniques avant de proposer un contrat thérapeutique au patient. Cette détermination se fait au cours de l'analyse fonctionnelle qui permet de cerner les comportements problèmes. Pour ce faire, le thérapeute comportementaliste prend soin de relever minutieusement les situations problématiques pour le patient afin de définir le plan thérapeutique adapté.

À partir de ces hypothèses fonctionnelles, le thérapeute choisira la ou les techniques appropriées pour le patient, ces techniques peuvent être utilisées simultanément ou de manière séquentielle.

Il faut toutefois garder à l'esprit que la plupart des sujets TDA/H présentent au moins un trouble comorbide et que la prise en charge préalable des comorbidités est parfois

Tableau 6.4. Psychoéducation des enseignants

Fausses croyances	Éducation
« Il ne travaille pas assez »	Le manque de contrôle attentionnel et le dysfonctionnement exécutif empêchent souvent de restituer les connaissances à l'écrit, mais interrogé à l'oral la restitution est meilleure. Bien souvent l'enfant travaille plus que les autres.
« Il faut le mettre au fond de la salle de classe afin qu'il ne perturbe pas les autres »	Installer un enfant TDA/H ne fait qu'aggraver le problème, il faut l'installer seul devant l'enseignant, éventuellement à côté d'un élève qui lui montre comment faire.
« Il préfère jouer que travailler »	Distractibilité ne rime pas avec désintérêt pour les études.
« Il faut le faire redoubler pour qu'il mûrisse et acquiert les connaissances »	L'acquisition des connaissances n'est pas toujours mauvaise, c'est souvent le mode d'évaluation qui n'est pas adapté.
« Je ne peux pas m'occuper de lui, j'ai trop d'élèves »	Certains aménagements simples peuvent aider les enfants TDA/H au sein de la classe, les apprendre peut permettre de l'aider, mais également d'autres élèves qui auront les mêmes difficultés (il y en aura).
« Si seulement il faisait un petit effort »	La volonté ne suffit pas toujours à améliorer le comportement et le travail des enfants TDA/H. Bien souvent l'enfant est volontaire.
« Quand il veut, il peut »	Le degré de réussite est variable, à l'image de la variabilité de l'attention. Ces facteurs ne sont pas sous influence d'un contrôle conscient.
« Il n'est pas fait pour les études »	Le mode d'évaluation des connaissances pénalise beaucoup les enfants TDA/H. Il faut les aider en adaptant les évaluations.

nécessaire pour pouvoir travailler sur le développement de stratégies compensatrices du TDA/H (notamment dépression, trouble anxieux, abus de substances). La mise en place de stratégies efficaces permet d'améliorer le sentiment de fiabilité et l'estime de soi, de diminuer le niveau d'anxiété.

Les sujets présentant un TDA/H ont souvent une demande changeante, impérieuse et assez peu précise. Ils sont impatients, désorganisés et peuvent avoir du mal à définir les objectifs

sur lesquels ils souhaitent porter leurs efforts. Un certain nombre de patients adolescents ont déjà mis en place des stratégies efficaces, chez d'autres, une façade apparente de « normalité » masque une désorganisation majeure dans la vie quotidienne qui peut se fissurer à tout moment lors de changements des exigences environnementales

### Le thérapeute comportementaliste évalue

- Comorbidités à prendre en charge en premier lieu : trouble anxieux, dépression
- Perception et gestion du temps
- Stratégies compensatrices mises en place et la balance bénéfique/coût
- Organisation du quotidien
- Habiletés sociales

## Estime de soi et anxiété

Nous l'avons vu, l'estime de soi est quasiment toujours fragilisée chez les enfants et adolescents qui ont un trouble attentionnel, souvent elle est mise à mal dès le plus jeune âge. Le jeune commence par ressentir de la frustration à ne pouvoir accomplir les tâches que l'on attend de lui, il lit l'interrogation, la déception dans le regard de l'autre. Peu à peu, le sentiment de frustration laisse place à un sentiment d'incapacité à faire les choses et l'image de soi se trouve atteinte.

*Éprouver des sentiments positifs et valorisants envers soi-même, s'approuver ou se désapprouver sont des attitudes qui indiquent dans quelle mesure une personne se croit capable, valable, importante.*

L'estime de soi concerne un ensemble de jugements, d'opinions sur soi-même : « je plais facilement », « c'est très dur d'être moi-même », « je me laisse trop faire par les autres », « en classe je me laisse souvent décourager », « je suis apprécié des autres ». Ainsi, quelqu'un qui s'estime peu va souffrir d'un sentiment d'incapacité, d'infériorité, il se sentira inapte à faire face au stress généré par les événements de vie.

Améliorer l'estime de soi dégradée de l'enfant TDA/H vise à l'aider à croire en ses capacités et donc, à stimuler sa motivation à progresser. Il sera davantage en mesure de s'impliquer dans l'autocontrôle de ses comportements et les retentissements du trouble s'en trouveront réduits. Une faible estime de soi est un facteur d'aggravation du TDA/H.

La société actuelle valorise énormément la réussite scolaire, dès le plus jeune âge les enfants qui se comportent ou travaillent bien en classe sont récompensés par une image puis par le sourire de leurs parents. La vie familiale s'organise en fonction du rythme de

l'école, les vacances, les horaires de lever et de coucher, la possibilité de jouer aux jeux vidéo, les activités extrascolaires en dépendent.

La réussite sociale est apparentée à la réussite scolaire, le choix de certaines filières, l'obtention du baccalauréat, la poursuite d'études supérieures ; des difficultés scolaires, un redoublement, une orientation renvoient une image négative.

L'image de soi est un processus dynamique qui débute dans la petite enfance puis se poursuit tout au long de la vie, le regard des parents et de la société prennent une place importante dans la construction d'une bonne image.

### *Impact du TDA/H sur l'estime de soi*

Magalie est une jeune fille de 16 ans, adressée pour prise en charge d'un trouble anxieux avec retentissement sur l'estime de soi dans le cadre d'un trouble attentionnel avec hyperactivité.

Elle est la benjamine d'une fratrie de 4 filles, ses parents vivent ensemble et le couple est heureux, le père de Magalie travaille comme cadre dirigeant et à peu de temps libre, sa mère est au foyer pour s'occuper des filles. Les grandes sœurs de Magalie n'ont pas eu de difficultés scolaires particulières. L'une d'entre elles était un peu lente, mais a toujours travaillé. Elles font toutes des études supérieures, l'une d'entre elles « se cherche un peu » et en est à sa troisième première année dans des orientations différentes.

Elle est suivie depuis l'âge de 8 ans par son pédopsychiatre, elle a bénéficié pendant trois ans d'une rééducation orthophonique pour une dysorthographe dans un premier temps et a fait de la gestion mentale par la suite. Elle a pris un traitement médicamenteux pendant 6 ans puis a demandé à ce qu'il soit interrompu.

Nous la recevons alors qu'elle ne prend plus de traitement depuis deux ans et n'a plus de suivi régulier. Elle explique sa demande d'arrêt du traitement par le fait qu'elle se sentait stressée lorsqu'elle le prenait et ne trouvait pas qu'il y avait un effet positif sur sa scolarité.

Très tôt, Magalie a fait preuve de comportements impulsifs, elle était vécue comme capricieuse, intolérante à la frustration elle ne supportait pas de perdre à un jeu, était autoritaire à l'école avec ses camarades de classe.

En classe, elle était agitée, ne parvenait pas à rester assise, il en était de même à la maison où elle donnait le tournis au reste de la famille.

Jeune fille intelligente elle donnait le change, mais son comportement agaçait fortement à l'école et à la maison. Ses sœurs, plus âgées (écart de 5 ans entre Magalie et la plus jeune des 3 aînées) jouaient entre elles et elle se sentait exclue.

Une prise en charge psychologique a été instaurée vers ses sept ans puis elle a été orientée vers son pédopsychiatre qui a initié une prescription de méthylphénidate à l'âge de 8 ans.

Elle raconte son vécu :

« Je me suis toujours sentie à l'écart quand j'étais plus jeune, mes sœurs me disaient qu'on m'avait trouvée dans une poubelle et je les croyais. Plus tard, lorsque les problèmes de comportement ont commencé et que ma mère m'amenaient chez la psychologue tous les mercredis, mes sœurs me disaient que j'étais l'ennemie de la famille. Elles sont toutes parties en pension à tour de rôle, moi j'ai toujours voulu y aller, mais mes parents ne voulaient pas à cause de mon dossier. Mes

sœurs me disaient que j'étais tellement chiant qu'elles partaient à cause de moi, je la connais la vérité, ma mère est très exigeante et stressée, personne ne la supporte, mais on rejette tout sur moi. Quand j'ai commencé à prendre le traitement, mes parents attendaient un miracle, ils croyaient que ça allait tout changer, moi je n'y croyais pas trop. J'étais concentrée en classe, c'est vrai, mais je n'arrivais pas à travailler à la maison et tout le monde a été déçu. À 12 ans j'ai commencé à faire des crises d'angoisse et j'ai refusé d'aller à l'école pendant 3 mois, je m'agrippais au radiateur de la salle de bain et personne ne pouvait m'en détacher. Mes sœurs ont dit que je faisais mon intéressante, en réalité je n'en pouvais plus de me faire engueuler à cause de mes résultats. Mes parents et mes sœurs me traitent de racaille et disent que je fais la belle, je n'y peux rien si je suis la seule à avoir été à l'école publique alors que sœurs sont toutes allées dans un internat catho. Elles disent qu'elles ne comprennent pas quand je parle, mais les jeunes ils parlent comme moi, non ?

En troisième je me suis mise à travailler pour aller dans un bon lycée, je me suis vraiment battue, j'ai eu des notes comme jamais avant, mais je n'ai pas eu le lycée que je voulais, c'est injuste (attribution informatisée). Au lycée j'ai arrêté le traitement, j'arrivais à me concentrer alors ça ne servait plus à rien ; j'en avais marre de prendre ce médicament, car dès que quelque chose n'allait pas on me demandait si je l'avais pris. Au lycée j'ai essayé de travailler, mais sans résultats, je passais des heures à travailler, mais je n'avais pas de bons résultats. Je ne travaille peut-être pas comme il faut, mais on ne m'a jamais appris, comment je peux savoir comment faire ? Cette année, j'ai décidé d'essayer de nouveau, je me défonce au travail depuis trois mois, je suis déléguée de ma classe et j'ai assisté à mon conseil de classe au deuxième trimestre. Les profs m'ont demandé ce que je pensais de mon travail, je leur ai dit que j'étais fière de moi parce que je travaille beaucoup depuis 4 mois ; et là j'ai vécu un grand moment de solitude, ils ont tous éclaté de rire... Je me suis retenue de pleurer, je pense que j'ai tellement pleuré quand j'étais petite que je n'y arrive plus. Heureusement mes amies sont là, mais je ne peux plus sortir à cause de mes notes. Tous les jours je suis motivée, je me dis que dès que je rentre à la maison je me mets au travail, mais sitôt à la maison je suis prise d'une flemme monumentale et je n'arrive pas à me décider. Ma mère me hurle d'aller travailler, je suis encore plus énervée de ne pas y arriver et je n'arrive à rien faire ».

Le projet thérapeutique pour Magalie : éducation thérapeutique parentale et de la patiente, travail sur l'estime de soi, développement de stratégies organisationnelles et d'apprentissage, gestion des émotions.

### Capacités organisationnelles

Nous en avons discuté, les fonctions exécutives sont de plus en plus sollicitées au fil du temps aussi, prendre en charge un patient TDA/H nécessite souvent de lui apprendre des méthodes organisationnelles. Bien entendu, cet apprentissage est fonction de l'atteinte des fonctions exécutives, cette atteinte est variable.

Le travail sur les capacités organisationnelles est adapté au développement cognitif du patient, avant 7 ans on n'observe pas de dysfonctionnement exécutif, les aires frontales

impliquées dans les fonctions exécutives continuent de se développer à l'adolescence. Ce développement est plus lent chez les patients souffrant de TDA/H.

Les parents sont éduqués à accompagner l'enfant dans l'apprentissage des capacités organisationnelles et à l'aider à progressivement acquérir de l'autonomie au fur et à mesure que des routines se mettent en place.

L'adolescent est plus à même de faire ce travail sur les capacités organisationnelles seul et son désir d'indépendance plaide pour cette option. Il sera tout de même parfois dans la nécessité de recourir à l'aide d'un parent lorsqu'il se trouve en difficulté, dans notre expérience, le problème le plus délicat à travailler est celui de l'initiation de la tâche.

Chez l'enfant et l'adolescent, le travail sur les capacités organisationnelles et la psychoéducation peuvent être travaillés en thérapie de groupe avec une bonne dynamique (Vera, 2014), ce travail de groupe permet de renforcer l'estime de soi et d'aborder les habiletés sociales par la même occasion.

### Capacités organisationnelles à travailler

- Anticipation.
- Planification, établissement de la priorité des tâches.
- Gestion du temps.
- Initiation de la tâche.
- Prévention des oublis

## INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

### Gestion de l'environnement

La gestion de l'environnement couvre divers horizons de la vie de notre patient, elle concerne tous les petits aménagements que l'on peut mettre en place pour soulager ses fonctions attentionnelles et exécutives.

Apprendre à *ranger* sa chambre et son bureau régulièrement est un geste simple dont il faut expliquer l'intérêt à notre patient. Ranger permet de trouver ses affaires plus rapidement et de limiter les sources de distractions quand il faut travailler.

Cet apprentissage peut être un véritable challenge pour nos patients ayant un dysfonctionnement exécutif, bien souvent ils expliquent ne pas savoir « par où commencer » et renoncer à cette tâche coûteuse en énergie psychique.

*limiter les distracteurs* lors du travail scolaire est essentiel. Le bureau de l'enfant est placé contre un mur dans la zone la moins bruyante de sa chambre, il ne doit pas faire face à une fenêtre ni être placé contre le mur mitoyen avec la chambre du petit frère ou de la petite sœur.

Les affaires de classe doivent être organisées de manière à être accessibles quand l'enfant travaille et à limiter les risques d'oublis (casiers avec codes couleur).

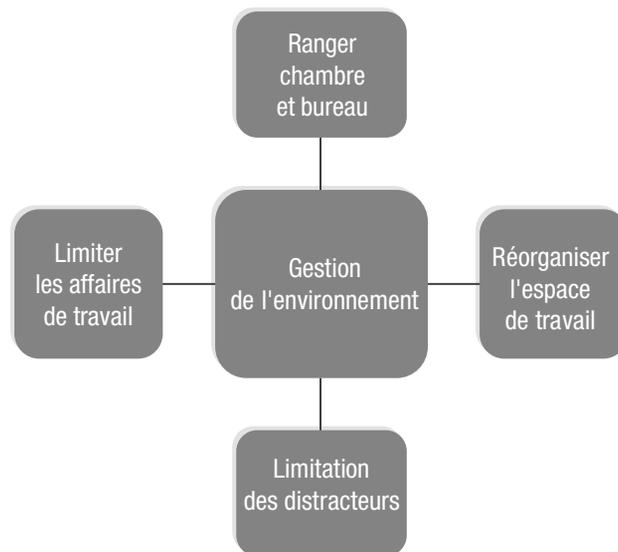


Figure 6.2. Environnement de travail

## Hygiène de vie

Un patient TDA/H est comme toute autre personne, une mauvaise hygiène de vie est responsable de fatigue physique et psychique tandis qu'une hygiène de vie saine lui permettra de ne pas aggraver l'impact de son trouble.

La question des **écrans** est problématique dans la société actuelle où ils sont de plus en plus présents dans le travail et les loisirs. On ne peut imaginer interdire totalement les écrans aux enfants et adolescents pour les raisons exposées dans l'encadré suivant.

### Les écrans et le TDA/H

- Ils ne sont pas nocifs s'ils n'interfèrent pas avec les autres activités du sujet (activités sportives, sociabilité),
- les jeux vidéo ont une influence positive sur la mémoire de travail,
- les jeux vidéo sont tellement répandus que certains se documentent et jouent pour partager les sujets de conversation de leurs camarades de classe,
- l'ordinateur peut aider à faire des recherches documentaires pour le travail scolaire,
- les logiciels éducatifs peuvent avoir un impact positif sur les compétences de lecture ou de calcul,
- favorisent la socialisation pour certains : « si t'as pas Facebook, les autres te traitent de bolos ».

Bien entendu ces effets positifs sont valables pour une utilisation modérée des écrans, si l'adolescent refuse de sortir parce qu'il « doit » jouer, voit moins ses amis pour progresser dans un jeu ou si son unique mode de socialisation est à travers un écran les effets positifs s'effacent derrière l'impact négatif. Le temps passé derrière les écrans doit être limité.

Il n'existe pas de **régime alimentaire** spécifique aux patients TDA/H, comme tout un chacun leur cerveau a besoin de carburant pour fonctionner et une alimentation saine et équilibrée est nécessaire à ce bon fonctionnement.

Les *compléments alimentaires* comme les oméga-3 ont montré un effet positif dans quelques études, mais ne peuvent représenter une alternative sérieuse à un traitement médicamenteux quand il est indiqué.

Le **sommeil** est une problématique majeure pour nos patients qui ont un risque plus élevé de troubles du sommeil. Le manque chronique de sommeil est responsable d'une aggravation des difficultés d'attention, une irritabilité accrue, des problèmes de surpoids.

La pratique d'une activité physique régulière a un effet positif sur le stress, les fonctions cognitives, le bien-être émotionnel des individus. Nos patients TDA/H doivent y être fortement encouragés.

## Habiletés sociales

On peut définir les habiletés sociales comme la capacité à faire preuve d'un comportement adapté dans diverses situations d'interaction avec l'autre, notamment à l'école, au domicile, en société. Elles se développent par apprentissage, en observant et en imitant les personnes qui servent de modèles (adultes, fratrie plus âgée, amis). Les comportements adoptés sont à la fois verbaux et non verbaux, ils impliquent une réciprocité dans l'échange, de savoir

## 6 • Les traitements du TDA/H de l'enfant et de l'adolescent

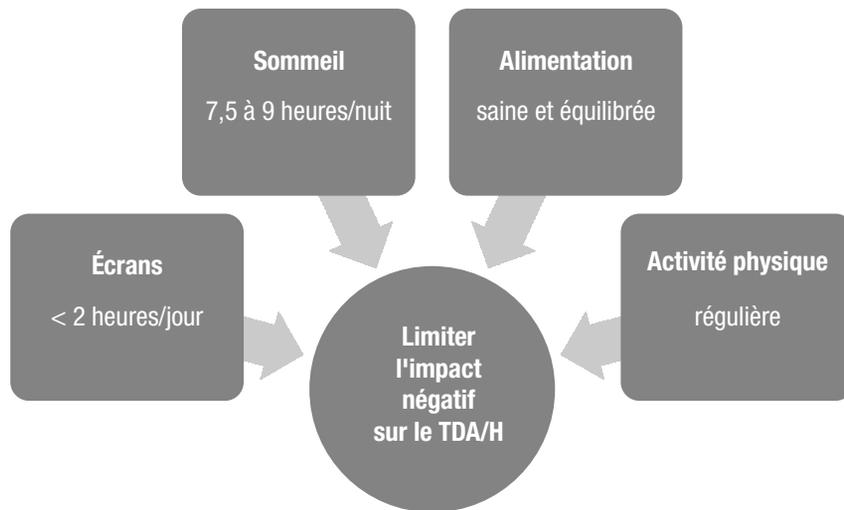


Figure 6.3. Hygiène de vie

initier certains comportements et de réagir de façon adaptée à celui avec lequel on est en interaction et au contexte.

Les enfants et adolescents TDA/H ne présentent pas tous les mêmes difficultés au niveau des interactions sociales, certains sont très sociables et même populaires, d'autres sont rejetés précocement, certains ont des difficultés intermédiaires qui sont retrouvées de façon équivalente dans une population consultant en psychiatrie infanto-juvénile.

Divers facteurs peuvent expliquer la carence en habiletés sociales chez une partie des jeunes TDA/H : le rejet précoce par les pairs implique moins d'opportunités d'apprentissage des codes sociaux, la mauvaise estime de soi est un frein à aller vers l'autre, l'absence de modèle ou un modèle parental malhabile, difficulté à lire l'expression de la colère sur le visage de leurs pairs.

### ***Un cas d'école : modèle parental maladroit***

Antoine, 10 ans, est amené en consultation par sa mère, dans le cadre de son suivi mensuel. Ils ont emménagé récemment et notre premier entretien a eu lieu il y a trois mois pour reprise de suivi. Il était suivi depuis trois ans pour un TDA/H avec dyslexie et dysorthographe ; sa prise en charge consistait en une rééducation orthophonique, un suivi psychologique et un traitement par méthylphénidate.

Lors du premier entretien, les éléments de l'anamnèse ont été repris : au moment du diagnostic l'impact fonctionnel était important en terme social avec rejet de ses camarades depuis l'âge de la scolarisation, l'impact scolaire était limité bien qu'il n'ait que rarement ses affaires pour faire son travail à la maison. L'impulsivité importante était fortement en cause dans ses difficultés

de relations sociales, Antoine s'énerve très rapidement, « il ne faut pas le chercher », « il est brutal dans les jeux sans penser à mal » nous informe sa mère.

Le traitement médicamenteux avait été efficace sur la symptomatologie avec diminution de l'agitation et meilleure attention portée en classe, mais sans impact sur son impulsivité majeure et son aversion pour le travail. Une petite modification de traitement a été entreprise afin de l'aider à rester attentif au moment des devoirs et nous avons convenu de nous revoir chaque mois au début afin de suivre son évolution dans ce nouvel environnement.

La qualité des interactions sociales pose question chez ce jeune qui, ayant changé d'école 3 mois avant notre première rencontre, dit ne pas avoir d'amis.

Lors de notre troisième rencontre, à la question volontairement vague « quoi de neuf Antoine ? », il répond « ça va » ; incité à développer, il se tourne vers sa mère et ne sait que répondre. Il a des difficultés à prendre en compte le contexte et à se représenter ce que nous attendons de lui, invité à se questionner sur ce qui est attendu, il vire au vert. Le contexte lui étant rappelé, il s'exclame « Ah oui ! On se voit pour mon médicament ! », « On se voit pour faire le point sur ton évolution, tes progrès et les difficultés qui ont pu survenir ». L'estime de soi est bien faible pour penser que l'intérêt porte uniquement sur le traitement alors que les entretiens précédents étaient centrés sur ses activités extrascolaires.

Alors que nous échangeons, il baisse la tête à plusieurs reprises, se tourne vers sa mère, lorsque cette dernière évoque les difficultés relationnelles et que son sentiment à lui est interrogé le voilà qui souffle et marmonne quelque chose. Le sommeil est évoqué et la nécessité d'avoir une bonne hygiène de sommeil lui fait dire à voix basse à l'intention de sa mère « il y en a encore pour longtemps ? ». Ses derniers écarts ont été évoqués : compas planté dans l'épaule d'un camarade, crachat à la figure d'un autre, bras tordu pour une troisième et encore quelques-uns. Cet entretien, riche d'enseignements, sur ses difficultés relationnelles a été l'occasion de lui faire part de nos observations. Mieux s'entendre avec ses camarades nécessite plusieurs habiletés qu'il doit apprendre : regarder son interlocuteur, montrer de l'intérêt pour ce qu'il dit, montrer du respect envers son interlocuteur. Beaucoup de ses écarts sont entretenus par le regard négatif que lui portent les autres, il doit donc essayer de les reconquérir. « Heureuse » intervention de sa mère : « Tu vois, Antoine, il te dit que ton comportement n'est pas bon ».

Le travail de cette séance avec Antoine et sa mère a été le suivant :

- Reprendre gentiment la mère sur son impolitesse : « vois-tu Antoine, ce que nous appelons les habiletés sociales c'est justement le fait de désigner les gens par leur nom, en leur présence », excuses confuses de la mère qui comprend le but du recadrage et reconnaît qu'elle a commis une erreur, « tout le monde peut commettre des erreurs, il faut s'entraîner ».
- Décryptage des erreurs : difficulté à établir le contact en regardant ses chaussures, à lire la réaction de l'autre et à communiquer avec autre chose que la voix, manque de respect envers l'adulte en chuchotant à quelqu'un d'autre alors qu'on s'adresse à lui.
- Éducation maternelle : ton négatif (elle a toujours l'air agacé lors des entretiens), apprendre à présenter le feedback (« ton comportement n'est pas bon »), faire des feedbacks positifs.

Antoine a été à la fois surpris et ravi de ce décryptage, disant ne pas réaliser toutes ses maladresses de communication. La tâche a été donnée, à sa mère, de repérer une douzaine de

situations où il était maladroit et de lui fixer comme objectif ces situations pour gagner des points (inspiration jetons de Barkley).

Antoine est reparti en disant « Au revoir Docteur, merci, je vous souhaite une bonne soirée », il a gagné son premier point.

Sa mère a promis de faire des efforts également, sa réaction habituelle étant de le gronder en lui disant « ça ne se fait pas » (le pourquoi doit être explicité en terme de bénéfice potentiel) et d'être plus positive.

Apprendre les comportements adaptés nécessite un modèle (éducation parentale ou thérapie de groupe), un renforcement (récompenses), la répétition, pouvoir généraliser ses apprentissages dans différentes situations. Les thérapies de groupe sont particulièrement adaptées à ce travail.

### **Les habiletés sociales**

- Savoir créer des liens et les maintenir : saluer de façon adaptée, établir le contact oculaire, se présenter, savoir faire et recevoir des compliments.
- Savoir s'adapter au contexte : faire preuve d'empathie (apprendre à reconnaître, imaginer les sentiments de l'autre), contrôler ses émotions.
- Savoir communiquer : prêter une écoute attentive à l'autre, attendre son tour, répondre, relancer la conversation, éléments de communication non verbale.
- Savoir s'affirmer : exprimer ce que l'on ressent, ses envies, son désaccord, l'exprimer de manière adaptée sans craindre la réaction de l'autre.

## **Stratégies d'apprentissages**

L'adolescent TDA/H vit dans l'instant présent, aussi lorsqu'une occasion de reposer son cerveau se présente, il la saisit sans se projeter dans l'avenir : les cours sur les méthodes d'apprentissage sont donc l'occasion de faire une pause. Les difficultés de planification contribuent au développement de mauvaises méthodes de travail.

La première étape de notre tâche est de les aider à prendre conscience de la nécessité d'améliorer leurs méthodes de travail afin de gagner du temps et de moins gaspiller d'énergie lors des séquences d'apprentissage puis de restitution.

L'enfant révise ses leçons du jour au lendemain et a peu de devoirs, les nouveaux apprentissages sont renforcés en classe par de nombreux entraînements, le travail se fait dans la continuité. L'adolescent doit apprendre à travailler tout à fait différemment et prendre l'initiative de mémoriser ses leçons de manière efficace et en s'entraînant seul pour fixer les connaissances. Le travail de mémorisation de l'adolescent TDA/H est souvent chronophage est peu adapté à la demande qui évolue vers une maîtrise en profondeur des

notions et non un apprentissage par cœur. Ainsi, ils apprennent petit bout par petit bout et ont une vision fragmentée de la leçon et ont du mal à en avoir une vision globale.

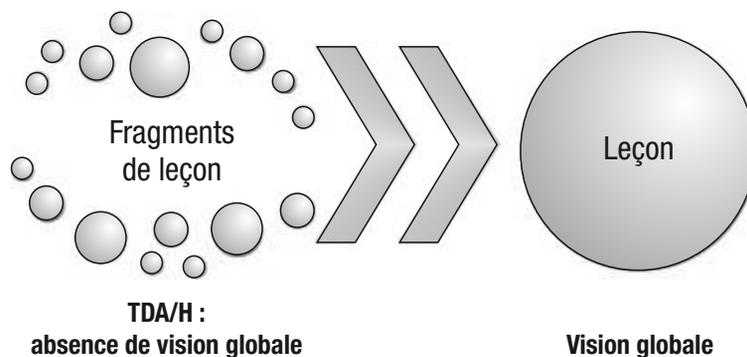


Figure 6.4. Apprentissage peu stratégique

Lorsque l'enfant continue d'obtenir des résultats scolaires non satisfaisants malgré une prise en charge adaptée et un traitement efficace, il faut s'intéresser à ses stratégies d'apprentissage. Nous traiterons plus en profondeur de ce sujet dans un autre ouvrage.

## Entraînement parental

Diverses formes d'entraînement parental existent et peuvent être proposées pour aider les parents d'enfant TDA/H, ces programmes sont essentiellement destinés aux parents d'enfant ayant des troubles du comportement.

Les contre-attitudes parentales pouvant agir comme renforçateur des comportements perturbateurs, il faut apprendre aux parents à les repérer et à éviter de les utiliser. L'un des fondements des modèles d'entraînement parental actuel est basé sur le renforcement positif des comportements adaptés et attendus de l'enfant.

Une question fréquente en consultation de pédopsychiatrie est celle de l'éducation, quelle que soit la problématique de l'enfant ou de l'adolescent, les parents nous demandent « comment faire ? » « que faire dans telles situations ? », « ai-je bien fait de ? ».

Depuis les travaux de Winnicott (1958) qui définissait la mère suffisamment bonne comme celle qui était capable de s'adapter aux besoins de l'enfant et dont la principale qualité était la dévotion, la société a évolué et les parents avec. Les parents d'aujourd'hui travaillent plus, ils désirent leurs enfants plus longtemps et prennent le temps de trouver un équilibre professionnel et sentimental avant de se lancer dans la grande aventure. Ces enfants sont choyés, récompensés, on ne sait pas leur dire non, on intervient dès qu'ils rencontrent un

problème. Les parents d'aujourd'hui ne savent plus ce qu'ils ont le droit de faire ou de ne pas faire et s'interrogent sur le pourquoi et le comment faire au mieux.

Le problème majeur de ces « parents hélicoptères » c'est qu'il n'existe pas de livre de référence répondant à toutes leurs interrogations, correspondant à tous les styles de parents, d'enfants et prenant en compte les éventuels troubles psychiques dont ils seraient atteints.

Charles Barkley (2013) a développé un programme d'entraînement parental en dix étapes pour leur apprendre à mieux accompagner les enfants TDA/H ; il a été conçu à l'origine essentiellement pour les parents d'enfant ayant un trouble oppositionnel avec provocation. Il part du principe que ces enfants ont des difficultés à se représenter des informations et des conséquences abstraites. Les parents sont incités à présenter les règles de manière plus explicites, systématiques, concrètes et attrayantes ; l'enfant est récompensé pour son observance des règles.

### Programme Barkley

- Psychoéducation : nature, connaissances, évolution du trouble.
- Cause des troubles du comportement : attitudes renforçatrices, facteurs de risques.
- Développer et améliorer l'écoute parentale vis-à-vis de l'enfant : améliorer la communication, encourager positivement l'enfant.
- Renforcer l'obéissance de l'enfant : apprendre à donner les consignes, ne pas prêter attention aux troubles mineurs.
- Système de récompense : économie de jetons.
- Apprentissage du timeout.
- Amélioration du comportement à l'école.

Le programme « *Incredible Years* » développé par Webster-Stratton (1992) fait également le focus sur les enfants ayant des troubles du comportement ; des stratégies sont enseignées aux parents pour apprendre à communiquer et résoudre les problèmes. L'éducation parentale porte sur le renforcement positif des comportements adaptés, le timeout immédiat en cas de mauvais comportement, la communication efficace avec l'enfant, le renforcement de l'estime de soi chez l'enfant, les stratégies motivationnelles pour les apprentissages.

La singularité de ce programme est de proposer un entraînement aux parents et aux enfants en parallèle. L'entraînement simultané de l'équipe parents/enfant permet une bonne cohérence dans les stratégies mises en place pour aider l'enfant qui a des troubles du comportement. En France quelques équipes ont intégré ce programme d'entraînement parental dans la prise en charge de l'enfant TDA/H avec beaucoup d'enthousiasme chez les parents (Cardinal, 2013).

L'entraînement est basé sur des discussions de groupe, un apprentissage des comportements à adopter avec le support de vignettes vidéo et la répétition de techniques comportementales. L'apprentissage de comportements efficaces par le biais de vidéos rend le programme très ludique et permet de faire du modeling à l'aide d'exemples concrets dans lesquels les parents peuvent se reconnaître.

### Programme Incredible Years

- Prévention, diminution et traitement des troubles du comportement de l'enfant de 2 à 10 ans.
- Habiletés parentales : Investissement parental, apprentissages ludiques avec l'enfant, encourager et récompenser, poser les limites, discipline.
- Habiletés interpersonnelles : stratégies de résolutions de problèmes, gestion des émotions, communication positive, entraide et coopération.
- Soutien des apprentissages de l'enfant : stimulation aux apprentissages, instauration de routines de travail, aide aux devoirs, investissement à l'école.
- Entraînement des enfants : habiletés sociales, stratégies de résolution de problème, comportement adapté en classe.
- Entraînement des enseignants : renforcement positif (encouragement, récompenses), motivation, habiletés sociales, stratégies de résolution de problème.

## AMÉNAGEMENTS SCOLAIRES

Les aménagements dans le cadre scolaire sont dans la directe continuité des interventions qui ont été mises en place au niveau psychologique, elles s'inscrivent dans le cadre de la prise en charge multimodale dont l'enseignant fait partie intégrante. Nous l'avons vu précédemment : il faut structurer une équipe solide et cohérente autour de l'enfant ou adolescent TDA/H afin de lui donner toutes ses chances.

La première étape dans l'instauration d'aménagements scolaires est de communiquer avec le corps enseignant, ceci nécessite d'obtenir l'accord des parents et de notre patient sinon l'alliance thérapeutique risque d'être rompue.

L'enseignant doit recevoir une information de qualité sur les difficultés de son élève et avoir une vision claire des stratégies qui peuvent l'aider dans la gestion des problèmes qui se posent en classe. L'information doit porter sur le trouble, les symptômes visibles, les fonctions exécutives déficitaires, la difficulté à évaluer objectivement l'enfant sur ses connaissances et les techniques simples pour lui porter assistance.

### Informer l'enseignant

- Connaissances actuelles sur le TDA/H.
- Symptômes visibles (défaut de contrôle attentionnel, agitation, impulsivité) et invisibles (organisation).
- Évaluation des connaissances reflétant mal les connaissances de l'enfant.

**Les aménagements proposés à l'enseignant** doivent être adaptés aux difficultés de notre patient, de son élève, s'il termine ses évaluations un bon quart d'heure avant ses camarades on s'interrogera sur l'utilité d'un tiers-temps supplémentaire par exemple. Dans ce cas de figure, l'enseignant doit plutôt l'inciter à faire une relecture attentive de son travail en recherchant les erreurs qu'il commet le plus souvent.

Le *tiers-temps supplémentaire* est une mesure très efficace chez les enfants ou adolescents TDA/H qui ont des difficultés à terminer leur travail, elle est cependant souvent compliquée à mettre en place de manière efficace. Le tiers-temps est une mesure qui se justifie du fait d'un traitement de l'information plus lent chez le TDA/H, de difficultés d'initiations de la tâche, de la distractibilité.

*Ne pas pénaliser* outre mesure pour les *étourderies*, *l'orthographe* et la *grammaire* est une évidence pour plusieurs raisons : par définition le jeune ayant un trouble attentionnel a du mal à prêter attention aux détails, une dyslexie, une dysorthographe sont fréquemment associées au TDA/H, les idées sont difficiles à organiser à l'écrit.

*Réduire les facteurs de distraction* : asseoir l'élève au premier ou au deuxième rang, au centre, face à l'enseignant, si possible à une table seul, laisser le minimum de matériel sur son bureau.

Dans la mesure du possible *interroger à l'oral* afin d'avoir une évaluation plus objective de ses connaissances qu'il a souvent des difficultés à restituer par écrit, en ayant organisé ses idées dans un ordre compréhensible. Les troubles à l'initiation peuvent avoir un impact sur le rendu d'un devoir écrit (l'élève TDA/H peut passer plusieurs minutes, parfois la moitié ou les  $\frac{3}{4}$  du temps à ne rien faire puis réaliser l'urgence à travailler).

Donner des *consignes directes, simples, les donner une à une* afin que l'élève se représente plus facilement le travail que l'on attend de lui, qu'il n'oublie pas une partie de la consigne ou ne se perde pas dans les méandres d'une consigne nécessitant plusieurs étapes.

Il faut également ne pas hésiter à *reformuler la consigne à l'oral* afin de vérifier la bonne compréhension.

*Minimiser la quantité d'écriture* est à proposer au cas par cas, certains le disent clairement : « écrire ou comprendre il faut choisir », « parfois j'écris en me disant que je comprendrais le soir » ou encore « si j'écris je ne comprends rien alors je préfère écouter ». Écrire est

un acte essentiel dans le processus de mémorisation, il faut donc peser judicieusement l'impact de cette proposition.

*Favoriser l'attention* de l'élève en établissant un *contact visuel régulier*, en convenant d'un signal verbal ou non verbal pour le relancer s'il décroche, interroger l'élève régulièrement, *insister sur les points importants* du cours au tableau d'une autre couleur ou énoncer le fait qu'il s'agit d'un point important.

*Autoriser l'enfant à bouger* de temps à autre, en comprenant qu'il s'agit souvent d'un mode de stimulation de l'éveil cérébral, d'une lutte pour rester vigilant et non d'un désintérêt pour le cours dispensé. Lui donner des tâches comme aller chercher des craies en salle des professeurs, accompagner un enfant malade à l'infirmerie, le responsabilisent en même temps qu'elles lui permettent de bouger un peu.

Lui *donner des responsabilités* est un excellent moyen de favoriser le développement d'une bonne image de soi.

Établir un *travail coopératif* entre les élèves en demandant un binôme volontaire (éventuellement changer à tour de rôle) qui vérifiera la *bonne prise des devoirs scolaires* et prêter son cahier pour le photocopier en cas de besoin.

*Renforcer* les comportements adaptés en adoptant un système *d'encouragement* et de *récompense*, de manière à renforcer une bonne image de soi et casser le cercle vicieux des troubles du comportement. En effet, ils entraînent des remontrances qui renforcent la mauvaise image de soi, la mésestime de soi favorise, à son tour, les comportements perturbateurs.

Établir une *continuité entre l'école et la maison* en adoptant une communication entre enseignant et parents afin de transmettre rapidement les améliorations ou difficultés qui se posent en classe. Cette continuité est indispensable notamment lorsque l'on travaille sur les troubles du comportement en adaptant les stratégies parentales. Une fiche consignant le comportement et le travail scolaire peut aisément être introduite pour favoriser cet échange avec les parents.

### **Aménagements scolaires**

- Adapter le mode d'évaluation : supprimer un tiers des questions de l'évaluation, ne pas pénaliser pour les étourderies et l'orthographe, favoriser les interrogations orales.
- Favoriser l'attention : installer l'élève face au professeur, seul ou à côté d'un élève servant de modèle, établir un contact visuel régulier, inciter à participer oralement, diminuer les facteurs de distraction.
- Favoriser la compréhension des consignes : consignes claires, structurées, simples, fractionner le travail en plusieurs étapes qui sont inscrites au tableau, expliquer de nouveau les consignes à l'oral.
- Accompagner activement : aider à initier la tâche, à soutenir l'effort porté sur un travail.

- Apprentissage des habiletés sociales : établir une coopération entre les élèves, renforcer en encourageant et en récompensant les comportements adaptés, donner des responsabilités, travailler en continuité avec les parents.

Certains enseignants sont plus à l'aise à établir cet accompagnement sous forme de contrat passé avec l'enfant, contrat où chacun s'engage à faire des efforts dans le sens de l'autre.

Le **contrat entre l'enseignant et l'enfant** permet d'établir une dimension coopérative et d'intégrer la notion d'effort chez l'enfant. Certains craignent que ce dernier ne se repose sur les aménagements proposés or, ce sont eux qui vont faire la différence entre la simple amélioration symptomatique et une amélioration globale au niveau scolaire. La réduction symptomatique n'est pas toujours significative d'une meilleure qualité des apprentissages.

Une amélioration globale, obtenue en structurant une équipe autour de l'individu TDA/H permet une réduction symptomatique, mais également une amélioration de la qualité des apprentissages et un plus fort impact positif sur l'estime de soi.

Ce contrat définit les modalités de la coopération entre enseignant et élève, il est rédigé et expliqué à l'enfant, les modalités lui sont rappelées chaque matin au début. Il fait l'objet d'un suivi qui est transmis aux parents chaque soir. Progressivement, l'enfant gagne des points par « joker » non utilisé dans la journée.

## ENTRAÎNEMENTS COGNITIFS

201

Parfois proposés comme alternatives, à ce jour les données de la littérature et l'expérience clinique plaident pour une intégration au cas par cas dans la prise en charge multimodale et en complément d'un traitement médicamenteux lorsque celui-ci est indiqué.

### Remédiation cognitive

La ou plutôt les remédiations cognitives sont des interventions ayant pour but d'améliorer certaines fonctions cognitives qui sont considérées comme déficitaires. Tout comme le neurofeedback, le principe repose sur le fait que la plasticité cérébrale est très importante chez l'enfant, on attend une modification des connexions existantes ou la création de nouvelles connexions.

On cherche à obtenir une amélioration fonctionnelle au quotidien à travers une diminution des dysfonctionnements cognitifs.

Deux types de techniques sont utilisés :

la technique « bottom-up » ou restauratrice vise une amélioration des processus lésés au travers d'exercices répétés,

la technique « top-down » vise à développer des compétences alternatives pour soulager les processus dysfonctionnels, elle vise à améliorer l'autocontrôle via une prise de conscience des difficultés rencontrées ; on parle de métacognition.

Les techniques de remédiation cognitives sont de plus en plus informatisées, l'avantage de l'outil informatique est de permettre un ajustement automatique, continu de la difficulté des exercices en parallèle de la progression de l'individu. Cet outil permet en outre un renforcement positif en temps réel, par le biais d'encouragement, l'enfant peut suivre sa courbe de progression sur l'ordinateur ce qui a un bon effet motivationnel. Les programmes d'entraînement par ordinateur sont plus adaptés du fait de la fréquence des exercices qui doivent être réalisés 4 à 5 fois par semaine. Différents programmes existent pour aider les enfants ou adolescents TDA/H, afin d'obtenir un effet satisfaisant il est nécessaire de bien choisir le type d'entraînement en fonction des difficultés de chacun.

Dans notre pratique, les rééducations assistées par ordinateur sont intéressantes pour les enfants et adolescents ayant un TDA/H avec faiblesse de la mémoire de travail, en clinique l'amélioration perçue porte sur les capacités de mémorisation et les stratégies de résolutions de problèmes.

## Neurofeedback

Le principe du biofeedback est de permettre à l'individu d'avoir un retour immédiat sur l'état de certaines fonctions physiologiques ou cérébrales habituellement automatiques et imperceptibles. Le retour d'information immédiat permet à l'individu d'apprendre à influencer directement et activement certaines fonctions dont il ne peut avoir conscience sans ce feedback.

Le neurofeedback est une technique de biofeedback couplée à un enregistrement EEG, les informations obtenues sont transmises à l'individu de manière très simplifiée et compréhensible. Ainsi, sur un écran l'enfant reçoit ces informations de manière ludique et doit apprendre à moduler son activité cérébrale en agissant sur son psychisme. La modulation est renforcée par une récompense : en général le feedback est représenté sous forme de jeux vidéo où l'on gagne des points en atteignant un certain objectif.

Une question qui se pose sur ce type d'entraînement est la continuité de l'amélioration dans le temps, notre expérience nous montre régulièrement que les patients TDA/H peuvent faire des efforts sur une certaine période de temps, mais ne parviennent pas à maintenir l'effort dans le temps. C'est l'exemple classique du collégien qui se promet en début d'année qu'il

va impressionner son entourage, fait un bon premier trimestre scolaire, chute au deuxième puis remonte encore au troisième trimestre sous la menace d'un redoublement de son année. Le neurofeedback a-t-il un effet placebo et motivationnel ou les améliorations observées sont-elles durables ? La question reste ouverte en attendant des études de plus grande puissance statistique, en double aveugle et avec un contrôle du maintien de l'effet.

Dans l'état actuel des connaissances, le neurofeedback peut-être intéressant à proposer dans le cadre d'une prise en charge multimodale et en association avec un traitement médicamenteux.

### CE QU'IL FAUT RETENIR

- L'éducation thérapeutique occupe une place majeure dans la prise en charge du TDA/H.
- La psychoéducation concerne l'enfant, les parents et l'enseignant.
- L'information délivrée correspond à l'âge et au développement cognitif du patient.
- Les thérapies comportementales et cognitives ont des indications ciblées.
- L'entraînement parental est à proposer lorsque c'est possible.
- Les difficultés d'organisation doivent faire l'objet d'entraînement.
- Les stratégies d'apprentissages doivent être explorées.
- Les remédiations cognitives peuvent être un plus dans la prise en charge.
- Les aménagements scolaires sont indispensables.

## BIBLIOGRAPHIE

BARKLEY R.A. (2013). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. New York : Guilford.

BROWN T.E. (2005). *Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults*. New Haven, CT : Yale University Press.

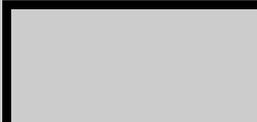
CARDINAL P., ALLOY G., VERA L. (2013). « Atelier La guidance familiale ». In : *Parcours du patient TDA/H*, Maison des Arts et Métiers de Paris, 5 avril.

VERA L. (2014). « Prise en charge en thérapie comportementale des patients

TDA/H ». In : *Les prises en charge non médicamenteuses du TDA/H chez l'enfant*, Centre hospitalier Henri Ey, Bonneval 23 mai.

WEBSTER-STRATTON C. (1992). *The incredible years*. Toronto : Umbrella Press.

WINNICOTT D.W. (1958). *Collected Papers : Through Pediatrics to Psycho-Analysis. International Journal of Psycho-Analysis*, 1-34.



# Chapitre 7

## **Synthèse et décision thérapeutique**

Enjeux de la prise en charge .....	<b>206</b>
Une prise en charge « sur mesure » .....	206
Prise en compte des comorbidités .....	208
Anticiper l'avenir .....	209
S'adapter .....	209
Bilans complémentaires .....	<b>211</b>
Examens complémentaires chez l'enfant.....	211
Examens complémentaires chez l'adolescent .....	213
Stratégies thérapeutiques .....	<b>214</b>
Évaluation de l'impact fonctionnel.....	214
Traitement du TDA/H .....	215
Enfant en âge préscolaire.....	216
Enfants et adolescents en âge scolaire .....	219
Traitement du TDA/H avec comorbidités .....	222
Initiation et suivi de traitement .....	<b>227</b>
Instauration du traitement .....	227
Suivi du traitement.....	230
Gestion des effets indésirables.....	233
Bibliographie.....	<b>237</b>

### OBJECTIFS

- Connaître les enjeux de la prise en charge individualisée
- Intérêt d'une évaluation pluridisciplinaire
- Comprendre la nécessité d'une prise en charge globale, multimodale
- Avoir des stratégies thérapeutiques à géométrie variable

## ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE

### Une prise en charge « sur mesure »

Les études sur le TDA/H évaluent le bénéfice du traitement sur l'amélioration symptomatique constatée par l'entourage (scolaire, familial) et l'enfant, mais ne prennent pas en compte toutes les dimensions fonctionnelles du patient. Les cliniciens que nous sommes ont un objectif qui va au-delà du contrôle symptomatique, le premier étant d'améliorer la qualité de vie du patient de façon durable.

Améliorer leur qualité de vie passe par une appréciation globale de l'enfant ou adolescent que nous prenons en charge, dans ses aspects sociaux, familiaux, scolaires, émotionnels.

Chaque évaluation diagnostique vise à comprendre les interactions entre le TDA/H et les comorbidités, leur impact au niveau fonctionnel, les facteurs de maintien d'une mauvaise qualité de vie (difficultés d'apprentissage, relationnelles, organisationnelles), anticiper les problématiques qui peuvent se poser.

La prise en charge des enfants et adolescents TDA/H est passionnante pour une raison majeure : ils évoluent constamment et nous devons ajuster quasiment en permanence les paramètres de leur thérapie.

Leur suivi doit s'adapter aux exigences changeantes de l'environnement, à la survenue de difficultés émotionnelles (notamment à l'adolescence), de comorbidités, à leur développement cognitif, l'évolution de l'estime de soi. Chaque individu, chaque histoire sont différents et aucune n'est figée dans le marbre, bien au contraire.

Nous pouvons dégager trois niveaux dans la prise en charge au long cours de l'enfant TDA/H :

### Les étapes de prise en charge de l'enfant ou adolescent TDA/H

#### 1. Comprendre :

- présence et impact des comorbidités, troubles anxieux en premier lieu,
- impact social : perturbation probable des rapports interpersonnels au sein de la famille et à l'extérieur,
- impact scolaire : retard dans les apprentissages, lacunes de connaissances, nécessité d'accompagnement,
- impact familial : couple parental, fratrie,
- estime de soi : fragilisée,
- motivation : évaluation du plaisir à se rendre à l'école et/ou dans les apprentissages, présence d'un sentiment d'incapacité.

#### 2. Anticiper :

- « décompensation » de comorbidités (par exemple trouble du sommeil),
- prévenir la persistance d'un impact social : apprentissage des habiletés sociales,
- aide dans les apprentissages : rééduquer les troubles spécifiques des apprentissages, soutien scolaire, accompagnement parental,
- améliorer la situation familiale : éducation thérapeutique, entraînement parental,
- améliorer l'estime de soi durablement : thérapie, éliminer les facteurs de maintien (familiaux, scolaires),
- prévenir la baisse de motivation : développement de stratégies d'apprentissages ludiques,
- anticiper la charge croissante environnementale sur les fonctions exécutives : développer des routines comportementales et émotionnelles (relaxation).

#### 3. S'adapter :

- survenue de comorbidités : anxiété, trouble du sommeil, dépression,
- refus de prise en charge : souhait d'interrompre les rééducations, le traitement médicamenteux,
- risques nouveaux chez l'adolescent : consommation de substances, véhicules motorisés, recherche de sensations fortes,
- difficultés scolaires : modalités d'évaluation différente, dominer les notions plutôt que les comprendre, charge de travail croissante,
- impact croissant du dysfonctionnement exécutif : nécessité d'autonomie (anticiper, planifier, organiser, gérer son temps),
- gestion des émotions : impact sur les rapports sociaux, la motivation scolaire, les apprentissages ; apprendre à gérer la frustration.

## Prise en compte des comorbidités

Le repérage et la prise en charge des comorbidités sont un enjeu de taille pour le médecin qui organise les soins de l'enfant TDA/H. Leur présence modifie l'expression clinique du trouble attentionnel et en aggrave l'impact fonctionnel. En l'absence de rééducation ou de traitement, ces troubles vont évoluer et retentir sur le fonctionnement du sujet ?

La persistance d'un **trouble anxieux** peut avoir un impact sur plusieurs dimensions de la vie du sujet : cognitif, social, scolaire, émotionnel.

### Comorbidité anxieuse

- Perturbation du sommeil : difficulté d'endormissement, réveil nocturne, sommeil non réparateur.
- Perturbations cognitives : liées aux troubles du sommeil, secondaires au trouble anxieux (mémoire de travail).
- Évitement des rapports sociaux.
- Vécu émotionnel : « l'ascenseur émotionnel ».

La présence d'un **trouble du sommeil**, secondaire ou comorbide du TDA/H, entraîne une perturbation du fonctionnement cognitif, un sentiment de fatigue chronique, altère les processus de consolidation mnésique durant le sommeil. Un trouble du sommeil chronique perturbe le fonctionnement social et le vécu émotionnel de l'individu, il est un facteur de risque d'anxiété et de dépression.

L'association d'un **trouble spécifique des apprentissages** au TDA/H est un facteur de maintien de difficultés sérieuses sur le fonctionnement scolaire, il existe un décalage important entre les aptitudes du sujet et ses réalisations. Ses résultats scolaires ne reflètent pas la réalité de ses connaissances et du travail fourni.

Le **trouble oppositionnel avec provocation** n'est pas toujours visible en entretien et son association au TDA/H est de pronostic péjoratif. Les troubles du comportement détériorent les rapports intrafamiliaux, les rapports sociaux dans le cadre scolaire, aussi bien avec les enseignants que les camarades de classe. L'enfant TOP ne réalise pas ses maladroites sociales et vit un fort sentiment d'injustice : en classe il est vite désigné comme fauteur de trouble même s'il n'a rien fait « pour une fois que j'étais sage », à la maison également. On retrouve très fréquemment, en pratique clinique, un vécu dépressif chez ces patients.

## Anticiper l'avenir

L'enfant ou l'adolescent TDA/H vit l'instant présent « je ne sais déjà pas ce que je ferais demain, alors dans huit jours... », et n'anticipe pas, ceci est en partie dû au développement cognitif, mais également au trouble de la perception du temps. Lors de la prise en charge, l'amélioration fonctionnelle est perçue comme acquise et à aucun moment il ne se doute que les contraintes environnementales vont évoluer, risquant de faire basculer un équilibre parfois fragile. Les parents se reposent sur nous, notre expérience, pour maintenir cette homéostasie qui a nécessité et requiert encore la participation active de nombreux acteurs ; il nous impute donc la tâche d'anticiper les difficultés qui peuvent se poser.

La transition entre l'école primaire et le collège doit être préparée avec soin. L'arrivée au collège peut être déstabilisante pour l'élève qui voit son nombre d'enseignants, le nombre d'élèves, la taille de l'établissement, le nombre de matières et la charge de travail généreusement multiplié. L'emploi du temps est éclaté en tranches horaires, en semaines paires et impaires ; le matériel et les méthodes de travail varient d'un enseignant à l'autre ; on change souvent de salle. Les journées sont plus longues, les devoirs prennent plus de temps, les évaluations sont plus nombreuses et viennent parfois en tir groupé. Il va falloir apprendre à l'adolescent à s'organiser, à mettre en place des routines dans un emploi du temps qui lui laisse tantôt un après-midi de libre, tantôt à peine le temps de faire ses devoirs. Les parents vont avoir la tâche de l'accompagner dans l'instauration d'une nouvelle organisation tout en faisant face aux grognements de leur adolescent, stressé et manquant de sommeil.

Le passage au lycée est une nouvelle transition face à laquelle l'adolescent ne prend que rarement la mesure. Il ne doit plus comprendre en cours et le relire vaguement avant l'évaluation pour « s'en sortir ». Au lycée il doit maîtriser les notions qu'on lui enseigne, il doit donc approfondir et faire le lien avec d'autres connaissances, il doit s'entraîner et en faire plus que ce qu'on lui demande, il doit anticiper sur le fait qu'il aura plusieurs évaluations la même semaine.

## S'adapter

Le suivi thérapeutique a pour objectif, parmi d'autres, de surveiller régulièrement la survenue de comorbidités chez le patient TDA/H (troubles du sommeil, anxiété, dépression, abus de substances).

L'amélioration symptomatique n'est pas toujours accompagnée des résultats escomptés par le patient et sa famille, diverses problématiques peuvent se poser : dysfonctionnement exécutif persistant et nécessitant de développer des mécanismes de compensation, difficultés d'apprentissages et/ou de restitution des connaissances, perturbations émotionnelles. Elles sont intriquées et peuvent avoir un impact les unes sur les autres. Le fonctionnement

exécutif peut être perturbé par l'état émotionnel de l'individu, tout autant qu'il peut retentir sur lui en renforçant le sentiment d'incapacité et de mésestime de soi. Le manque de motivation agit comme renforçateur de difficultés d'apprentissage si l'individu ne fait plus d'efforts ou pas assez ; le sentiment d'injustice et l'atteinte de l'estime de soi sont renforcés par les difficultés d'apprentissage. Par ce biais, les difficultés d'apprentissage peuvent avoir un impact négatif sur le fonctionnement exécutif et la mise en place de stratégies compensatoires.

La plainte générée est variable d'un individu à un autre et dans le temps chez un même individu, elle doit être recherchée activement durant les entretiens de suivi afin d'aider parents et enfant à lutter contre les difficultés qui continuent de se poser.

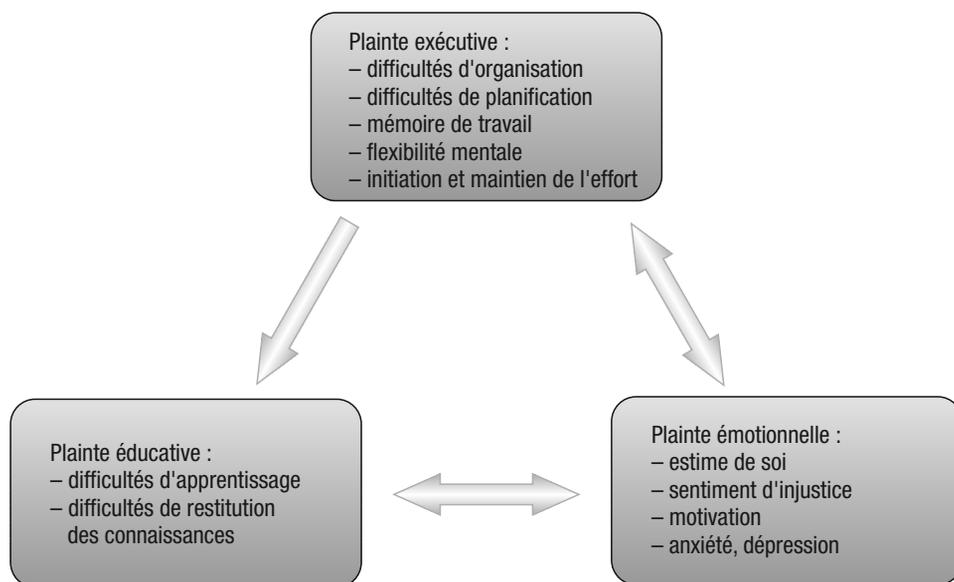


Figure 7.1. Domaines de plainte du sujet TDA/H

Dans le parcours de tout patient qui présente un trouble chronique, nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire au long cours, existe un risque de survenue de refus ou d'opposition au traitement. Le refus est d'autant plus grand qu'il s'agit d'un adolescent suivi depuis l'enfance, que l'alliance thérapeutique est fragile, que l'adolescent est contraint de poursuivre les soins. D'où la nécessité d'entretiens de suivi réguliers avec le spécialiste qui coordonne la prise en charge de l'enfant puis de l'adolescent, l'importance de l'éducation thérapeutique en continu et de « convaincre plutôt que contraindre » (Revol, 2015). Un refus de soins survenant en cours de traitement doit être entendu, débattu et pourquoi pas être l'occasion d'une fenêtre thérapeutique avec renforcement du suivi médical afin de réévaluer la situation régulièrement.

## BILANS COMPLÉMENTAIRES

Les lignes de recommandation internationales s'accordent à dire qu'aucun examen complémentaire n'est nécessaire à l'affirmation du diagnostic clinique de TDA/H. Si nous n'avons pas besoin de bilans pour poser le diagnostic en revanche, une vision globale du fonctionnement de notre patient s'avère nécessaire à sa prise en charge multimodale.

Les recommandations qui suivent sont issues de notre expérience clinique enrichie des recommandations internationales.

### Examens complémentaires chez l'enfant

Les bilans demandés chez l'enfant ont pour objectif de préciser les points forts sur lesquels il peut s'appuyer, les points faibles à consolider, détecter des comorbidités, orienter la prise en charge et les modalités thérapeutiques.

**L'évaluation psychométrique** est potentiellement une mine d'informations sur le fonctionnement de l'enfant se présentant en consultation pour un TDA/H validé cliniquement. Les données obtenues permettent, en outre, de montrer concrètement le retentissement du TDA/H sur le fonctionnement de l'enfant en relisant avec eux le compte-rendu. À cette lecture, nous pouvons formuler et/ou vérifier des hypothèses sur les difficultés de l'enfant qui nécessiteront des examens supplémentaires ou des rééducations spécifiques.

#### Relire le bilan psychométrique avec les parents (WISC-IV)

- *Vocabulaire* : ses réponses présentent de nombreuses digressions et il est régulièrement nécessaire de recadrer la consigne ou la question : **difficulté à rester focalisé.**
- *Information* : de nombreuses réponses qui sont stockées en mémoire à long terme ne sont pas retrouvées donc pas restituées, et les difficultés d'évocation sont de plus en plus marquées à ce stade de la passation : **dysfonctionnement exécutif.**
- *Raisonnement verbal* : les ruptures attentionnelles et les troubles de l'évocation mettent particulièrement à mal sa capacité de résolution de problèmes verbaux : **dysfonctionnement du contrôle attentionnel.**
- *Identification de concepts* : l'enfant est très lent dans la réalisation de la tâche. Plus les items se compliquent et plus la lenteur va augmenter : **vitesse de traitement lente.**
- *Matrices* : il rencontre des difficultés pour déduire d'une matrice la règle qui la régit. Il ne dépasse pas un certain niveau de complexité dans cette épreuve d'abstraction/de raisonnement logique abstrait : **envisager un bilan logico-mathématique.**



- *Mémoire des chiffres* : on relève une limitation des capacités de mémoire immédiate (empan de chiffres = 4-5, moyenne = 5.7 +/- 1.1) et des capacités de mémoire de travail (empan de chiffres envers = 3 ou 4 mais seulement après plusieurs essais, moyenne = 4.1 +/- 1.1) : **envisager rééducation de la mémoire de travail.**
- *Les petits hommes verts* : E. n'arrive pas à compter dans le sens croissant ou décroissant selon le sens des flèches (1/7 parties réussies, percentile 6), même si elle procède avec lenteur pour changer de sens de décompte (7 sec/changement, percentile 30) : **trouble de la flexibilité mentale.**

Elle doit être systématique chez l'enfant lorsqu'elle n'a pas déjà été réalisée, le détail des observations durant la passation doit être récupéré s'il n'est pas explicité clairement (importance relative des indices chiffrés sans le détail). Les épreuves attentionnelles peuvent apporter des indices supplémentaires, mais ne sont pas obligatoires.

Le **bilan orthophonique** du langage oral et du langage écrit permet de faire le point sur les compétences de l'enfant dans le domaine verbal et écrit. Il permet d'orienter vers une éventuelle rééducation et de faire la part entre retentissement du TDA/H et trouble spécifique des apprentissages lorsque l'enfant présente un trouble de la lecture, des difficultés en orthographe, en expression orale ou écrite. Cet examen doit être prescrit, y compris en l'absence de trouble évident à l'examen clinique médical.

Le **bilan orthoptique** permet de dépister des troubles oculomoteurs qui ont souvent un impact négatif sur l'attention visuelle en rendant difficile l'acquisition des informations et en entraînant une fatigue cognitive.

Le **bilan psychomoteur** est toujours prescrit à l'âge préscolaire, il n'est pas systématiquement demandé chez l'enfant en l'absence de signes d'appel. Il est parfois difficile à envisager en pratique clinique lors d'une prise en charge libérale, car bilans et rééducations ne sont pas pris en charge par le système de soins en France, à ce jour.

### Indication au bilan psychomoteur

- Enfant de moins de 6 ans.
- Difficultés graphiques, dessins peu soignés.
- Difficultés dans les activités de collage, découpage, coloriage.
- Différence manifeste entre l'écrit et l'oral.
- Difficultés de repérage dans une feuille.
- Habillage lent et maladroit (à distinguer de l'habillage lent pour cause d'interruption de la tâche).
- Maladresse, difficulté à manipuler les couverts, couper la viande, faire les lacets de chaussures.
- Agitation ou impulsivité importante (envisager un suivi en psychomotricité).

Les bilans que nous venons de passer en revue sont quasi systématiques chez l'enfant diagnostiqué TDA/H, ils nous permettent d'étayer nos hypothèses et de déterminer une stratégie globale de soins. D'autres bilans peuvent venir compléter le tableau clinique, ils seront orientés par l'évaluation diagnostique ainsi que les résultats des bilans précédents.

#### Examens complémentaires en cas de signes d'alerte

- Bilan orthophonique logico-mathématique.
- Bilan orthophonique de la pragmatique du langage.
- Mesure objective du sommeil.
- Évaluation de la théorie de l'esprit.

## Examens complémentaires chez l'adolescent

L'objectif des bilans que nous demandons chez l'adolescent est le même que pour l'enfant, il sera adapté en fonction de la clinique, des bilans effectués auparavant, de leur ancienneté, de leur informativité.

**L'évaluation psychométrique** (WISC ou WAIS et/ou test attentionnel) est recommandée, mais peut s'avérer superflue dans certains cas de figure laissés à l'appréciation de l'expert. L'adolescent à un parcours scolaire plus long que l'enfant et les difficultés scolaires chroniques ou leur absence nous aident à apprécier les points forts et points faibles du patient. L'interrogatoire est souvent beaucoup plus informatif que celui de l'enfant, nous permettant d'apprécier les dysfonctionnements exécutifs sources de gêne fonctionnelle (appréciation clinique plus fiable que les évaluations standardisées). Le coût généré par cette évaluation doit également peser dans la balance lorsque la prise en charge est extrahospitalière, ces bilans sont onéreux et ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie.

**Le bilan orthophonique** est demandé systématiquement en cas de difficultés d'apprentissage et en l'absence d'évaluation précédente.

**Le bilan orthoptique** est demandé en cas de signes d'appel ou d'antécédent de trouble oculomoteur ayant fait l'objet d'une rééducation ancienne de plus de deux ans.

**Le bilan d'ergothérapie** est demandé lorsqu'un trouble graphomoteur est suspecté, lorsqu'un travail sur ordinateur est envisagé.

Les autres examens éventuels sont les mêmes que chez l'enfant et font l'objet d'une demande en cas de signes d'appel.

**Recommandations de la HAS (2014) en France**

- Approche multiaxiale, multidisciplinaire *pouvant inclure* des bilans complémentaires.
- Évaluation de l'efficacité intellectuelle (WISC-IV) pour les enfants et adolescents de 6 à 15 ans, la WAIS n'est pas mentionné pour les plus de 16 ans.
- Évaluation des fonctions attentionnelles et exécutives.
- Évaluation psychopathologique.
- Évaluation en psychomotricité.

## STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

### Évaluation de l'impact fonctionnel

Divers troubles mentaux peuvent être transitoires et liés à des facteurs de stress psychosociaux, cela peut être le cas pour une symptomatologie répondant aux critères de TDA/H. Ces symptômes s'améliorent spontanément ou après intervention de l'entourage et ne nécessitent pas de consulter un spécialiste.

En revanche, le TDA/H est persistant, il entraîne un impact sur les courts, moyens et longs termes chez l'individu. L'intervention du spécialiste est alors nécessaire pour éviter un impact sur le développement général du sujet et sur ses capacités d'adaptations psychosociales.

Pour poser le diagnostic de TDA/H, il faut que l'impact fonctionnel soit omniprésent dans le quotidien du sujet et ne concerne pas uniquement les performances scolaires.

En l'absence d'impact fonctionnel dans les domaines autres que scolaires, on peut poser ce diagnostic en cas d'atteinte importante de l'estime de soi, de détresse personnelle importante en lien avec la symptomatologie, d'une perturbation du fonctionnement social, la présence de comorbidités.

L'impact fonctionnel est évalué en tenant compte des données de l'entretien parental, de l'entretien avec l'enfant et celles provenant de l'école.

Cette évaluation tient compte des aspects familiaux, sociaux et scolaires, elle est confiée à un spécialiste expérimenté, en effet nous ne disposons pas d'échelles d'impact fonctionnel du TDA/H faisant consensus.

**Impact fonctionnel nécessitant une prise en charge**

- *Estime de soi fragilisée* : « je ne veux plus vivre, je ne fais rien de bien », « je suis nul, je n'y arriverais jamais », « je n'ai pas d'amis, personne ne veut jouer avec moi », « je suis un poids pour ma famille ».
- *Détresse personnelle importante*.
- *Comorbidité associée* : trouble anxieux, trouble du sommeil, trouble oppositionnel avec provocation, trouble spécifique des apprentissages, trouble du spectre autistique, trouble de l'humeur.
- *Impact social marqué* : exclusion sociale, harcèlement scolaire, stigmatisation, isolement lié à un travail extrascolaire chronophage.
- *Impact sur les apprentissages* : retard dans les apprentissages, redoublement de classe, perte de motivation scolaire, désinvestissement des apprentissages, « je déteste l'école ».
- *Impact familial marqué* : « nous passons nos soirées et nos week-ends sur les devoirs, cela devient impossible à vivre », « ses frères ne le supportent plus ».

**Pièges de l'évaluation de l'impact fonctionnel**

- Résultats scolaires bons au détriment des activités extrascolaires, des relations sociales.
- Haut potentiel : peut souffrir de difficultés d'organisation et de TDA/H.

## Traitement du TDA/H

Le traitement est le travail d'une équipe pluridisciplinaire coordonnée par le médecin spécialiste (pédopsychiatre, neuropédiatre, pédiatre). Parfois c'est le médecin généraliste qui coordonne les soins, en l'absence de spécialiste disponible.

L'équipe est constituée de plusieurs intervenants :

- le patient est le membre le plus important de l'équipe, il doit être actif ;
- les parents ;
- le corps enseignant ;
- les professionnels de santé : orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues ;
- le médecin référent.

Chaque membre de l'équipe a un rôle important à jouer et le médecin a la tâche de s'assurer de son bon fonctionnement en informant et en recueillant des informations, en aidant le patient et la famille à prendre une décision éclairée.

### Le rôle du médecin

- Créer l'alliance thérapeutique avec l'enfant ou l'adolescent et ses parents.
- Alliance basée sur la confiance et le respect mutuel.
- Recueillir le ressenti du patient et l'impliquer avec sa famille dans les décisions thérapeutiques.
- Prendre en compte les attentes liées au traitement et expliquer les bénéfices observés en pratique clinique et ceux reconnus dans la littérature.
- Informer sur les stratégies thérapeutiques envisageables.
- Quand un traitement médicamenteux est envisagé : informer sur l'état actuel des connaissances sur les alternatives (compléments alimentaires, neurofeedback, élimination des colorants alimentaires).
- Faire de l'éducation thérapeutique
- Informer le corps enseignant avec le consentement de l'enfant et de ses parents.
- Assurer le suivi du traitement en anticipant les changements prévisibles et en s'adaptant.

La stratégie thérapeutique prend en compte de nombreux facteurs dont : l'âge du patient, la disponibilité des professionnels de santé, de moyens de rééducation, leur coût, l'impact sur l'emploi du temps de l'enfant et des parents, la motivation du patient, les prises en charge précédentes, le parcours de soins du patient.

L'âge du patient est un facteur important dans l'élaboration d'une stratégie thérapeutique, elle ne sera pas la même chez l'enfant en maternelle, en école primaire ou chez l'adolescent. Elle dépend de son niveau de développement, des exigences environnementales, de sa capacité à comprendre les enjeux thérapeutiques et de s'approprier l'aide qui lui est proposée

## Enfant en âge préscolaire

Les recommandations diagnostiques s'étendent classiquement de l'âge de 6 à 18 ans, comme si le trouble apparaissait subitement à l'entrée en classe primaire puis s'évaporerait en entrant dans l'âge adulte (légal). Or, l'évolution des connaissances sur le TDA/H ne permet plus de soutenir cette vision et ces repères sont élargis à l'adulte (CADDRA, 2014 ; NICE, 2013) et maintenant à l'enfant de moins de 6 ans (AAP, 2011).

L'extension des critères diagnostiques à l'enfant de 4 ans et plus correspond à l'expérience clinique qui fait parfois envisager le diagnostic de TDA/H dès cet âge avec toutes les précautions que cela nécessite. Les parents sont informés du diagnostic envisagé, sur le fait que la trajectoire développementale de l'enfant permettra de le confirmer à l'avenir, la *psychoéducation* est la première étape qui fait suite au diagnostic.

La **première ligne de traitement** est de proposer un **programme d'entraînement parental** individuel ou en groupe. Dans la mesure du possible les deux parents doivent y participer. Ces entraînements sont des programmes structurés, dispensés par des professionnels de santé formés à ces techniques, ils incluent une éducation sur la communication entre parents et enfant, des jeux de rôle (mise en situation) ainsi que des exercices comportementaux au domicile.

La disponibilité des programmes d'entraînement parental est variable en fonction du lieu de vie de la famille, elle a un coût qui est parfois un frein (coût financier, journée de congé). En l'absence de possibilité de participer à un programme d'entraînement structuré, ils seront adressés à un psychologue ayant acquis une certaine expérience dans l'accompagnement parental.

La première ligne de traitement, en parallèle de l'entraînement parental, est la prise en charge de l'enfant en **psychomotricité** afin de travailler sur l'impulsivité, l'agitation, apprendre à utiliser son corps dans l'espace et le temps, améliorer les compétences motrices et relationnelles.

La prise en charge de *comorbidités* (notamment, trouble du sommeil) se fait en parallèle de la première ligne de traitement.

La **deuxième ligne de traitement** à considérer en cas *d'échec* de la précédente est de proposer une prise en charge en **thérapie comportementale** adaptée personnellement aux difficultés comportementales et relationnelles constatées par le clinicien.

La **troisième ligne de traitement** est d'adresser l'enfant en **évaluation pluridisciplinaire hospitalière** dans un service de pédopsychiatrie ou de pédiatrie afin d'éliminer un retard de développement global, un trouble du spectre autistique, un trouble spécifique des apprentissages.

L'enfant fait l'objet d'un suivi régulier de son évolution jusqu'à l'âge de six ans où pourront, en cas de nécessité, être envisagées d'autres stratégies thérapeutiques.

Les traitements médicamenteux psychostimulants sont déconseillés chez l'enfant en âge préscolaire, ils pourront être envisagés à partir de l'âge de six ans lorsque l'indication est claire et que les premières lignes de traitement ont échoué.

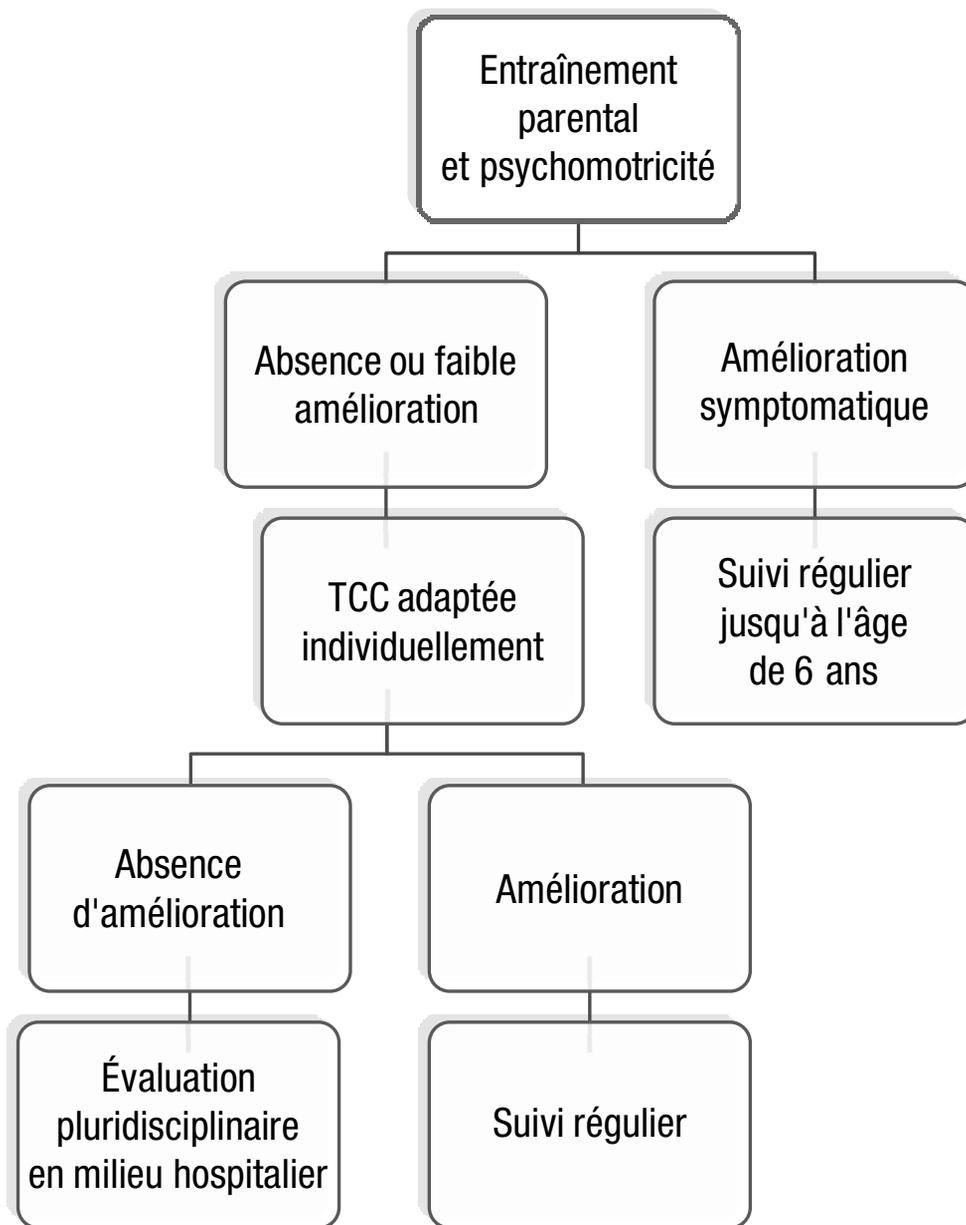


Figure 7.2. Traitement de l'enfant de moins de 6 ans

## Enfants et adolescents en âge scolaire

Concernant l'enfant âgé de 6 ans et plus, les recommandations sont plus consensuelles, il est classique d'attendre quelques mois après l'arrivée à l'école primaire avant d'évaluer les indications thérapeutiques. Nous distinguons deux situations : la première situation est celle où l'impact est modéré et où le traitement médicamenteux n'est pas indiqué en première intention, la deuxième est celle du TDA/H avec impact sévère où le traitement par psychostimulant est indiqué en première intention.

**La première ligne de traitement** repose sur **l'éducation thérapeutique** pour tous les patients et la famille (Vera, 2013), quelle que soit la stratégie thérapeutique envisagée ; le corps enseignant est informé des *aménagements scolaires* nécessaires après obtention de l'accord des parents et de l'enfant.

Les parents sont adressés à un **programme d'entraînement parental** en groupe, selon la méthode de Barkley ou le programme Incredible Years qui est moins répandu en France à l'heure où nous écrivons ces lignes.

L'enfant est adressé en prise en charge de **thérapie comportementale de groupe** et/ou en **groupe d'entraînement aux habiletés sociales**. En cas de trouble du comportement, les prises en charge de groupe sont moins stigmatisantes que les prises en charge individuelles, les séances sont structurées et découpées en petites séquences. La première séquence est dédiée à l'éducation thérapeutique, puis les enfants sont incités à échanger sur leur ressenti, leur vécu du TDA/H et de ses conséquences. Les problèmes comportementaux sont discutés, éventuellement à l'aide d'illustrations imagées ou de séquences vidéo que les enfants vont être amenés à commenter.

Les interventions comportementales sont plus efficaces en groupe à l'aide d'illustrations, elles permettent aux enfants de réfléchir aux comportements inadaptés sans se sentir directement mis en cause. Des objectifs comportementaux sont ensuite fixés aux enfants participant au groupe, ils seront revus lors de la séance suivante.

L'adolescent est adressé en **thérapie comportementale et cognitive individuelle** et/ou en **groupe d'entraînement aux habiletés sociales** en fonction des principales difficultés qu'il rencontre. Il peut également être adressé en thérapie comportementale et cognitive de groupe lorsque cela est possible ; dans notre pratique, nous avons développé un programme de groupe pour les adolescents (VERA, 2014) depuis cinq ans.

Ce programme de thérapie de groupe pour adolescents est structuré en plusieurs séances sur l'année scolaire : 2 séances de psychoéducation, 3 séances de stratégies organisationnelles, 3 séances de stratégies d'apprentissage (métacognition), 1 séance libre (au choix des adolescents) et 1 séance de travail sur l'estime de soi. La dynamique générée par le groupe

à cet âge est très stimulante, les échanges spontanés de trucs et astuces entre adolescents, l'identification à l'autre et le modeling permettent de stimuler la motivation.

L'estime de soi est renforcée du fait de rencontrer des jeunes du même âge et rencontrant les mêmes difficultés, les adolescents rapportent à leurs parents « ils sont comme moi, ils font tomber leur crayon toutes les 5 minutes ».

La dernière séance est volontairement réservée à l'estime de soi, seuls les points forts de chacun sont questionnés ; les adolescents ont appris à se connaître et s'entraident, comparaison est à faire avec la liste de points forts de la 1<sup>re</sup> séance d'éducation thérapeutique.

**L'entretien de réévaluation** permet de faire le point sur les améliorations et/ou les difficultés qui persistent dans le quotidien de l'enfant ou adolescent et de la famille, sur le fonctionnement scolaire et social. En cas d'amélioration sur le fonctionnement du patient, les difficultés résiduelles sont investiguées et font l'objet d'une stratégie thérapeutique ciblée. En l'absence d'amélioration significative sur le fonctionnement de l'individu, on passe à la deuxième ligne de traitement.

La deuxième ligne de traitement est également envisagée en cas refus de la première ligne de traitement par l'équipe familiale librement éclairée.

**La deuxième ligne de traitement** concerne les enfants et adolescents pour lesquels l'impact fonctionnel est important (première ligne de traitement pour eux), ceux pour lesquels la première ligne de traitement a échoué et ceux qui ont refusé la première ligne de traitement (NICE, 2014). Dans une pratique de spécialiste, nous sommes le plus souvent en situation de deuxième ligne de traitement : patient ayant eu diverses prises en charge psychologiques, rééducatives, et/ou aménagements scolaires sans amélioration.

La **psychoéducation** est à inclure dans cette ligne de traitement, comme dans toutes les autres, ainsi que dans chaque séance de suivi par le spécialiste.

Le **traitement stimulant par méthylphénidate** est recommandé par de nombreuses lignes de recommandations internationales en première ligne de traitement lorsque l'impact fonctionnel est important.

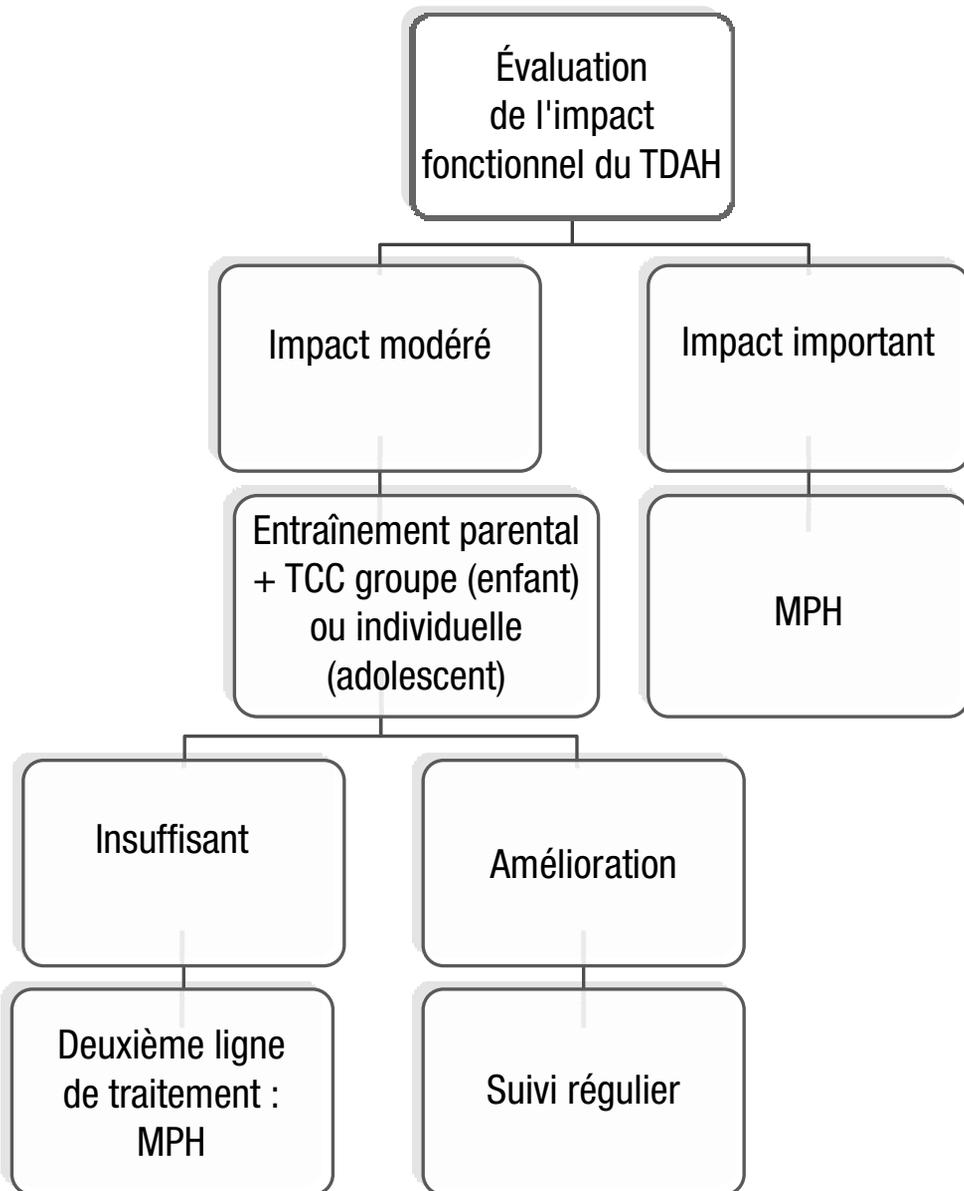


Figure 7.3. Traitement de l'enfant de plus de 6 ans

## Traitement du TDA/H avec comorbidités

Le TDA/H avec comorbidités est sujet à un impact fonctionnel plus important, le diagnostic peut être retardé par les co-occurrences qui ont pris le devant de la scène. Nous en avons discuté, parfois l'anxiété ou le stress chronique de performance est un puissant mobilisateur, mais au coût d'un retentissement sur les processus nécessitant un traitement de l'information et la disponibilité de la mémoire de travail. L'impact est aussi important sur la qualité de vie de l'enfant et de l'adolescent. Les comorbidités sont soigneusement prises en compte dans l'élaboration de la stratégie thérapeutique initiale.

**TDA/H et trouble spécifique des apprentissages** est à considérer comme un TDA/H avec impact fonctionnel important du fait de l'auto-entraînement de chaque trouble sur l'autre. Si l'on considère l'exemple du TDA/H avec dyslexie, le TDA/H entraîne des difficultés supplémentaires au trouble de la lecture et ralentit les progrès de la rééducation, car ils diminuent la disponibilité psychique de l'enfant en séance. La situation duelle lui est favorable, mais n'empêche pas la fatigabilité psychique et il est plus difficile pour l'enfant d'utiliser les compétences nouvellement acquises en dehors des séances.

La dyslexie rend difficile l'acquisition de la lecture et de l'écriture pour l'enfant qui est déjà en situation de difficulté comportementale ou scolaire. Le sentiment de frustration est dédoublé chez l'enfant qui est atteint de ces deux conditions, il mène à un sentiment d'impuissance à agir sur les événements et perd confiance en lui. L'estime de soi est d'autant plus fragilisée que le patient suit une rééducation dont on pense qu'elle suffira à améliorer ses symptômes, mais que les progrès ne viennent pas.

Parfois, on entend « il a fait 3 ans de rééducation, ça n'a servi à rien », il est important d'aider les parents à moduler cette vision négative, car l'enfant a peut-être encore besoin de rééducation. C'est l'adolescent qui parfois nous met au défi : « j'ai vu plein de monde, des pys, des orthophonistes, des médecins, personne n'a réussi à m'aider, vous ne pourrez pas non plus », c'est sa propre impuissance qu'il nous signifie l'air bravache. Mais elle cache un fort sentiment de culpabilité, de détresse et marque une importante atteinte à l'estime de soi.

Le traitement du TDA/H avec trouble spécifique des apprentissages repose sur la prise en charge combinée des deux conditions, avec l'ensemble des mesures psychologiques, éducatives et psychosociales habituelles. Un traitement par psychostimulant peut être initié en première intention devant l'impact majoré.

**TDA/H et trouble spécifique des apprentissages**

- Rechercher d'autres comorbidités et les traiter.
- Dyslexie et dyspraxie font rechercher un trouble oculomoteur.
- Rééducation spécifique, coordination avec le professionnel de santé.
- Psychoéducation.
- Entraînement parental, au minimum à communiquer de manière plus efficace, à motiver l'enfant, à le soutenir dans les apprentissages scolaires.
- Aménagements scolaires.
- Traitement par méthylphénidate

**TDA/H et trouble du sommeil** est une comorbidité très fréquente en pratique clinique. Les troubles du sommeil peuvent être transitoires et survenir en cours de suivi, ils sont parfois chroniques. Manque de sommeil et altération de l'architecture du sommeil sont responsables d'un retentissement sur les fonctions cognitives, sur l'humeur, d'un état de fatigue, de somnolence. La présence d'un trouble du sommeil peut aggraver nettement la symptomatologie du TDA/H et son impact fonctionnel social, scolaire et familial. Les troubles anxieux sont plus fréquents dans les cas d'association entre TDA/H et trouble du sommeil.

Il est nécessaire d'éliminer des éléments en faveur d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, d'un syndrome des jambes sans repos et d'un décalage de phase. S'ils sont présents, ils feront l'objet d'une prise en charge en première intention puis le patient sera réévalué au niveau de la symptomatologie de TDA/H. Si la symptomatologie persiste après six mois de traitement du trouble du sommeil, on considère alors que les deux sont comorbides et on peut traiter le TDA/H avec un psychostimulant en surveillant le sommeil. En l'absence de diagnostic différentiel, on distingue deux situations : le TDA/H avec impact fonctionnel modéré et celui dont le retentissement est sévère.

En cas de trouble de l'endormissement chez un patient dont l'impact est modéré, on traite le trouble du sommeil en premier lieu par l'apprentissage des **règles hygiéno-diététiques** nécessaires habituelles. Le patient est encouragé à avoir une activité sportive régulière, une thérapie comportementale est parfois indiquée. En cas d'échec de ces mesures, un traitement par **mélatonine** peut être prescrit. La symptomatologie et l'impact fonctionnel du TDA/H sont ensuite réévalués régulièrement afin de poser l'indication à une prise en charge spécifique du TDA/H si nécessaire.

En cas de trouble du sommeil et TDA/H avec impact fonctionnel important, les deux conditions doivent être traitées simultanément. En pratique clinique, les troubles à l'endormissement font l'objet d'une prise en charge dès l'entretien avec l'enfant ou l'adolescent par l'instauration des mesures hygiéno-diététiques et d'un traitement par mélatonine. Un à trois mois peuvent s'écouler entre ce deuxième entretien, l'entretien familial, la réalisation des examens complémentaires

et du bilan préthérapeutique au méthylphénidate. Cet intervalle permet de « laisser le temps au temps », parents et enfant ont besoin que l'idée d'un traitement du TDA/H fasse son cheminement depuis le premier entretien, jusqu'à l'entretien de restitution où nous avons toutes les données en mains et l'entretien réservé à la prescription. Cet intervalle de temps permet de réévaluer la symptomatologie de TDA/H et son impact fonctionnel après amélioration des troubles à l'endormissement.

Le traitement du TDA/H avec trouble du sommeil repose sur la prescription de **méthylphénidate** avec toutes les mesures psychoéducatives et psychosociales usuelles. Le trouble du sommeil peut être amélioré par le traitement du TDA/H ou aggravé, il n'y a pas de règles. Il est important de réévaluer régulièrement la persistance ou la survenue du trouble du sommeil durant le suivi du patient. En cas de prescription initiale de mélatonine, on proposera de ne pas prendre systématiquement la mélatonine afin de réévaluer son indication régulièrement.

### TDA/H et troubles du sommeil

- Traiter une comorbidité en premier puis réévaluer la symptomatologie de TDA/H et son impact fonctionnel.
- La première ligne de traitement dépend de l'impact fonctionnel du TDA/H.
- Impact modéré : traitement du trouble du sommeil par règles hygiéno-diététiques, éducation, éventuellement thérapie comportementale, +/- mélatonine.
- Impact important : traitement par méthylphénidate et traitement du trouble du sommeil.
- Réévaluer régulièrement la persistance, rechute de troubles du sommeil.

**TDA/H et troubles anxieux** ont été développés dans le chapitre sur les comorbidités, nous développerons ici quelques points majeurs de cette association. Il est capital de rechercher un trouble anxieux chez tout enfant ou adolescent présentant un TDA/H, la présentation inattentive n'est pas la plus fréquemment atteinte contrairement à l'idée reçue. La chronologie de survenue des troubles doit être soigneusement étudiée afin de déterminer si le TDA/H peut être considéré comme responsable de l'anxiété par la vulnérabilité qu'il entraîne.

Le fonctionnement exécutif est attentivement évalué in vivo (interrogatoire) et in vitro (évaluations psychométriques), des difficultés d'organisation et de perception du temps ne sont pas classiquement retrouvées dans l'anxiété. La mémoire de travail est le plus souvent particulièrement fragilisée et nécessite une remédiation cognitive.

Devant un TDA/H et anxiété avec **impact fonctionnel modéré**, on propose une prise en charge sans médication en première intention. Elle repose sur le traitement du trouble anxieux en **thérapie comportementale et cognitive**. Le TDA/H fait l'objet d'une psychoéducation, d'entraînement parental, de thérapie comportementale en groupe ou individuelle et autres

mesures psychosociales. La symptomatologie et l'impact fonctionnel sont réévalués régulièrement et l'indication à un traitement médicamenteux posée en cas d'échec de ces mesures.

Devant un TDA/H et anxiété avec **impact fonctionnel important**, lorsque l'on considère que le TDA/H est responsable du trouble anxieux, on traite par **méthylphénidate** en première intention avec les mesures psychosociales et éducatives usuelles. Le patient est adressé en thérapie comportementale et cognitive en parallèle pour traiter le trouble anxieux. Le MPH peut contribuer à une amélioration symptomatique du trouble anxieux, mais il peut aussi accroître l'anxiété en début de traitement.

La règle d'or est de commencer le traitement plus lentement que nous en avons l'habitude et de réévaluer le patient plus fréquemment : « comme le lait sur le feu » (Vera, 2014). L'enfant ou adolescent et les parents ont pour instruction de diminuer la posologie en cas de stress intense ou baisse de l'humeur pendant 5 jours consécutifs (règle empirique issue de notre expérience clinique).

#### TDA/H et trouble anxieux

- Déterminer la chronologie de survenue des troubles.
- Rechercher des signes atypiques chez l'anxieux : difficultés d'organisation, de perception du temps, recherche de sensations fortes.
- Évaluation soigneuse des fonctions exécutives et de la mémoire de travail.
- Remédiation cognitive, notamment mémoire de travail.
- Méthylphénidate en première intention si impact important et TDA/H considéré comme causal de l'anxiété.
- Traitement plus progressif, éducation au risque d'augmentation de l'anxiété et de la conduite à tenir.
- Rythme de surveillance plus soutenue.

**TDA/H et trouble oppositionnel avec provocation (TOP)** est une association fréquente et aggrave considérablement le pronostic. Les signes de provocation et d'opposition sont à rechercher de façon active lors de l'anamnèse parentale, les compétences sociales sont évaluées soigneusement.

Ces symptômes ne sont pas toujours rapportés par les parents qui parfois pensent qu'ils font partie intégrante du TDA/H et que son traitement permettra de les éliminer. L'enfant ou l'adolescent ne les rapporte pas spontanément, ils sont à évaluer indirectement lors de l'évaluation de la qualité des interactions sociales et de l'impact familial. Un trouble anxieux ou un trouble de l'humeur est fréquent chez les individus ayant un TDA/H avec TOP, le pronostic s'en trouve aggravé.

**Devant un TDA/H avec TOP**, le traitement par **méthylphénidate** est indiqué en première intention, il permet souvent d'obtenir une amélioration des symptômes de trouble oppositionnel. La prise en charge est multimodale avec comme priorité d'indiquer un entraînement parental en groupe par la méthode d'économie de jeton ou le programme Incredible Years (Chapitre 6).

#### TDA/H et trouble oppositionnel avec provocation

- Entraînement parental.
- Groupe d'habiletés sociales pour l'enfant.
- Entraînement aux habiletés sociales pour l'adolescent et/ou thérapie comportementale individuelle.
- Méthylphénidate indiqué en première ligne.
- Rechercher un trouble anxieux ou trouble de l'humeur associé et le traiter.

**TDA/H et trouble du spectre autistique** est une association fréquente, le DSM-V reconnaît la non-exclusion de ces deux diagnostics, allant ainsi dans le sens de l'expérience clinique. Le dysfonctionnement exécutif est plus important dans cette population de patients, l'impact social est également majoré par la coexistence de ces deux troubles.

Le traitement médicamenteux permet d'améliorer la symptomatologie de TDA/H mais le bénéfice est souvent moins important que chez les patients ayant un TDA/H seul. On note également une amélioration des symptômes de la lignée autistique chez ces patients. Les patients ayant un TSA présentent une sensibilité plus importante au MPH et nécessitent une augmentation plus lente des posologies en début de traitement et une surveillance rapprochée (CADDRA, 2014). La prise en charge du TSA consiste en une rééducation orthophonique spécialisée et la participation à un groupe d'entraînement aux habiletés sociales. On est particulièrement attentif au dysfonctionnement exécutif dans cette population de patients.

#### TDA/H et trouble du spectre autistique

- Rééducation orthophonique de la pragmatique du langage.
- Groupe d'entraînement aux habiletés sociales.
- Remédiation cognitive.
- Méthylphénidate avec augmentation plus progressive de la posologie.

**TDA/H et état dépressif majeur** sont également une association fréquente avec majoration de la symptomatologie du TDA/H, le risque de dépression augmente avec l'âge. Au niveau

chronologique, la symptomatologie de TDA/H a précédé la survenue de la dépression. Deux types de situations cliniques sont rencontrés : l'état dépressif majeur d'intensité modérée à sévère et la dépression chronique ou légère.

Devant un état dépressif majeur d'intensité modérée à sévère, le traitement de cette condition est la priorité. La littérature ne met pas en évidence d'augmentation du risque suicidaire lié au méthylphénidate, ce risque est augmenté par les comorbidités.

Le trouble le plus sévère et précoce doit être traité en premier lieu en ayant à l'esprit que le risque suicidaire n'est pas augmenté par le MPH et que la réponse au psychostimulant est diminuée par la comorbidité dépressive. Un effet antidépresseur léger peut être noté avec le MPH, mais la comorbidité dépressive entraîne une majoration du risque de survenue de symptômes dysphoriques et de troubles du sommeil. Les deux conditions doivent être traitées en parallèle par les thérapies adaptées, la séquence du traitement médicamenteux dépend des facteurs précédemment cités.

#### TDA/H et dépression

- Évaluer la chronologie de survenue des troubles.
- Un état dépressif majeur d'intensité modérée à sévère doit être traité en premier lieu par traitement antidépresseur.
- Un état dépressif chronique ou une dépression légère associée au TDA/H plaident pour un traitement du TDA/H en première intention.
- Lors de l'introduction du méthylphénidate, il faut surveiller la survenue de symptômes dysphoriques et de troubles du sommeil.

## INITIATION ET SUIVI DE TRAITEMENT

### Instauration du traitement

Le méthylphénidate est le seul traitement médicamenteux disponible, et ayant l'autorisation de mise sur le marché, en France, à l'heure où nous écrivons ces lignes. Le méthylphénidate est sous délivrance contrôlée dans de nombreux pays, dont la France où il est inscrit dans le tableau des stupéfiants. Des traitements non psychostimulants devraient être bientôt disponibles pour compléter les moyens thérapeutiques dont nous disposons.

Le traitement par psychostimulant fait l'objet d'une recherche de contre-indication cardiologique (risque de mort subite), d'une dysthyroïdie et d'une carence martiale (traitement stimulant moins efficace).

Tableau 7.1. Bilan préthérapeutique

Examen cardiologique	Examen cardiologique	Biologie
<p><b>Anamnèse :</b> antécédents familiaux de cardiopathie grave, de syndrome de Marfan, antécédents personnels d'épilepsie, de perte de connaissance à l'effort, de rhumatisme articulaire aigu, antécédents de palpitation, essoufflement à l'effort.</p> <p><b>Examen clinique :</b> auscultation cardiaque (souffle ou arythmie), pression artérielle.</p>	<p><b>Électrocardiogramme</b></p> <p><b>Échographie cardiaque</b> en cas de doute sur une malformation</p>	<p><b>TSHus</b></p> <p><b>Ferritinémie</b></p>

Le méthylphénidate est disponible depuis plus de 60 ans et ses effets indésirables sont bien documentés, ainsi que son innocuité sur le long terme. La question de l'impact sur la croissance a fait l'objet de nombreux questionnements, on peut observer un ralentissement en début de traitement, mais il est réversible. Le ralentissement est dose-dépendant et n'a pas de retentissement sur la taille définitive à l'âge adulte.

#### **Effets indésirables du méthylphénidate**

- Diminution de l'appétit : il peut y avoir ralentissement de la courbe de croissance au début (premières années, dose dépendant), mais compensation sur le long terme sans impact significatif sur la taille définitive.
- Céphalées : le plus souvent transitoires (1 ou 2 premiers jours et après augmentation de la posologie).
- Douleurs abdominales : le plus souvent transitoires.
- Difficultés d'endormissement : prendre en compte le caractère souvent transitoire.
- Nervosité : tension ou agitation interne .
- Augmentations modérées de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque.
- Effet rebond : agitation, impulsivité en début de soirée (classiquement vers 17 h), survient lorsque le traitement ne fait plus effet, notamment les libérations intermédiaires.
- Effet « robot » : le patient est très gêné, il décrit une attention excellente en classe, comme s'il n'avait pas le choix de se concentrer ou non. Entre les cours, il a des difficultés à se désengager et reste focalisé, il a de grandes difficultés à participer aux conversations avec ses camarades qui le trouvent triste.

La législation impose une *prescription initiale hospitalière* par un médecin psychiatre, neurologue ou pédiatre, le nom de la pharmacie doit figurer sur l'ordonnance, il s'agit d'une ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 28 jours. Le patient et ses parents sont prévenus des modalités particulières nécessitant de choisir une pharmacie et de s'y présenter dans les 3 jours pour obtenir une délivrance complète (en début de traitement, cette information doit être répétée à chaque séance). L'ordonnance doit faire figurer la posologie du traitement en toutes lettres.

Le renouvellement de l'ordonnance doit être fait par le médecin tous les 28 jours, les ordonnances ne sont pas renouvelables. La consultation de renouvellement est l'occasion de faire le point sur la survenue d'éventuels nouveaux effets indésirables, de poursuivre l'éducation thérapeutique et d'examiner le patient. L'examen clinique mensuel consiste en une prise de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque ; le poids est surveillé tous les mois en début de traitement puis tous les 3 mois. La taille est relevée tous les 6 mois et les courbes de croissance staturo-pondérale sont réalisées tous les six mois. Les modalités du traitement, les effets indésirables éventuels, l'augmentation progressive, les bénéfices attendus sont explicités au patient et à ses parents.

#### ***Éducation liée à la prise de méthylphénidate***

- Il n'y a pas de dépendance au méthylphénidate ni d'augmentation du risque de consommation de substances, au contraire.
- Le cannabis n'est pas incompatible avec le MPH sur le plan pharmacologique, mais en atténue les effets positifs.
- La consommation d'alcool est déconseillée, risque de survenue plus rapide de la sensation d'ébriété.
- L'après-méthylphénidate doit être préparé pendant toute la durée de prescription.
- Les attentes du patient et de la famille sur l'efficacité du MPH doivent être tempérées en rappelant l'impact des comorbidités éventuelles et la nécessité de rééduquer le dysfonctionnement exécutif.
- Certains patients présentent une sensibilité accrue en début de traitement, d'autres peuvent ressentir des symptômes dépressifs, il faut en surveiller l'apparition.
- Le traitement doit être pris en continu et pas uniquement les jours de classe.
- La durée de traitement dépend de chaque individu et est évaluée chaque année.
- L'impact sur la croissance est rare et minime lorsqu'il survient.

La galénique prescrite dépend des habitudes du praticien, de son appréciation et de sa connaissance de celle-ci, elle n'a pas une grande importance en dehors de quelques considérations.

#### **Choix de la galénique**

- Les formes à libération intermédiaire ou prolongée sont pratiques pour l'enfant scolarisé, la gélule peut être ouverte et les microbilles versées dans une cuillère de compote, de yaourt ou de confiture.
- Pour le TDA/H avec trouble anxieux ou trouble du spectre autistique, l'augmentation posologique se fait tous les 15 jours plutôt que 7. L'entretien de suivi a lieu avant d'atteindre les 1 mg/kg/j.
- Il n'y a pas de correspondance entre les différentes galéniques, elles peuvent produire des effets bénéfiques ou indésirables différents.



- Le Concerta® LP ne doit pas être coupé ; la capsule ne se dissout pas dans l'organisme et peut entraîner une constipation.
- Un patient avec phobie de la déglutition (vérifier chez les anxieux et TSA) n'avalera pas le Concerta® LP.
- Les recommandations internationales autorisent une prise matin et midi de la forme intermédiaire en cas d'efficacité trop courte, en France cette prescription est hors AMM, mais de pratique courante.
- Une prise de MPH en libération immédiate peut, en fin d'après-midi permettre de limiter l'effet rebond ou l'épuisement de fin de journée que certains patients ressentent

Les galéniques disponibles, en France, sont résumées dans le tableau ci-dessous, l'AMM pour le Concerta® LP est de 54 mg/j, certains patients répondent mieux à 72 mg/j, cette prescription est de pratique admise, mais engage la responsabilité du médecin.

Tableau 7.2. Formes galéniques de méthylphénidate

Galéniques	Efficacité	Nombre de prises	Posologie
Libération immédiate (Ritaline® LI)	3 à 5 h	2-3 par jour	5-20 MG
Libération intermédiaire (Ritaline® LP, Quasym® LP)	3 à 8 h	1 à 2 prises	20-60 MG
Libération prolongée (Concerta® LP)	8 à 12 h	1 prise	18-72 MG

La *posologie efficace* se situe le plus souvent entre 0,3 mg/kg/j et 1 mg/kg/j avec des disparités, certains individus répondant à 1,5 mg/kg/j. Le patient et les parents sont instruits de débiter progressivement le traitement, chaque semaine, jusque 1 mg/kg/j maximum, ils évaluent les bénéfices de chaque palier et n'augmentent pas si l'effet est satisfaisant ou en cas de survenue d'effets indésirables (autres que céphalées ou douleurs abdominales). Ils sont revus dans les 30 jours suivant l'instauration du traitement.

Il est préférable de remettre aux parents et à l'enfant une fiche récapitulative des précautions d'emploi du méthylphénidate et récapitulant les paliers d'augmentation progressive (Annexe 6) ; on leur remet également deux tableaux de suivi pour les effets bénéfiques et indésirables du traitement (Annexe 7 et 8).

## Suivi du traitement

Les recommandations internationales vont dans le sens d'un examen par le spécialiste dans le mois suivant la prescription et au moins deux fois dans les 9 mois qui suivent. Le

Tableau 7.3. Première prescription

Ritaline® LI	Ritaline® LP ou Quasym® LP	Concerta® LP
Prendre $\frac{1}{2}$ comprimé matin et midi pendant 7 jours	Prendre 1 gélule, le matin, pendant 7 jours	Prendre 1 comprimé le matin, avant 9 heures, pendant 7 jours
Puis, augmenter à 1 comprimé matin et midi	Puis prendre 2 gélules, le matin, pendant 7 jours	Puis prendre 2 comprimés le matin, pendant 7 jours
Puis, augmenter à 1,5 comprimé matin et midi	Puis prendre 3 gélules le matin, jusqu'au rendez-vous suivant	Puis prendre 3 comprimés le matin jusqu'au prochain rendez-vous
En cas de mauvaise tolérance : diminuer le traitement s'il est mal toléré au-delà de 5 jours		

médecin de famille qui connaît bien le patient participe au suivi et au renouvellement des prescriptions, en cas de difficulté il adresse l'enfant vers le spécialiste.

Le médecin traitant a la possibilité de modifier la posologie et la galénique du traitement sans nécessité que cette ordonnance de renouvellement soit rédigée par un spécialiste.

Le patient est revu dans les 30 jours suivant la prescription initiale afin de s'assurer, en premier lieu, de la tolérance et des bénéfices constatés par le patient et son entourage ; le médecin s'assure d'avoir un maximum d'informations auprès de tiers qui encadrent l'enfant. La consigne a été donnée aux parents de prendre rendez-vous avec l'enseignant quelques jours avant le premier rendez-vous de suivi afin de faire le point sur la situation scolaire.

Si l'enfant est suivi par un(e) orthophoniste, un(e) psychomotricien (ne) ou psychologue, ils sont contactés afin d'obtenir leurs observations. Elles sont importantes dans le sens où elles permettent de mettre en évidence un patient plus disponible, attentif, impliqué dans la rééducation, plus calme, moins impulsif ou au contraire énervé, agité, voire triste.

Le premier rendez-vous de suivi permet donc de faire la synthèse des bénéfices, effets indésirables, amélioration globale ressentie par le patient, son entourage, le corps enseignant et les professionnels de santé qui participent à la prise en charge.

#### **Description de l'efficacité attentionnelle par les patients**

- « Tout paraît un peu plus clair »
- « Mes pensées sont un peu plus carrées »
- « Mes pensées sont un peu plus longues, je ne m'interromps plus au milieu »
- « J'arrive à écrire et à écouter en même temps, avant c'était les deux à moitié avec une pensée qui n'avait rien à voir, du genre qu'est-ce que je fais ce week-end »
- « Maintenant je comprends le cours immédiatement et j'arrive à comprendre les questions que posent mes camarades, j'arrive à imaginer pourquoi ils se posent cette question »
- « J'arrive à faire mes devoirs maintenant »
- « J'ai moins le nez en l'air »

Dans l'idéal, ce premier entretien est réalisé avec le spécialiste prescripteur, mais cela n'est pas toujours possible au vu des contraintes hospitalières, c'est donc parfois le médecin traitant ou le pédiatre qui réalise ce premier entretien. Au-delà des bénéfices et effets indésirables ressentis par l'enfant et son entourage, l'évaluation pose la question majeure des difficultés qui persistent au niveau comportemental ou scolaire.

Le traitement n'est pas miraculeux dans le sens où il permet de stimuler l'attention du patient, les fonctions exécutives, mais lorsqu'il y a des difficultés d'organisation il faut développer des stratégies compensatoires. Lorsque l'enfant a une mauvaise estime de soi et a perdu confiance en ses capacités il a parfois du mal à se mettre au travail et reste encore bloqué lorsqu'il a peur de mal faire.

Les attentes auxquelles la stratégie thérapeutique ne répond pas sont interrogées et des hypothèses formulées. Les éléments à passer en revue sont résumés dans le tableau suivant. On aura pris soin de remettre les tableaux de suivi aux parents, que l'on passe en revue avec eux (Annexe 7 et 8). L'entretien avec le patient et ses parents est également l'occasion de faire le point sur les difficultés qui persistent sous traitement malgré l'amélioration symptomatique. Les entretiens de suivi sont l'occasion de faire le point sur les *rééducations* en cours et d'évaluer les priorités thérapeutiques, elles peuvent changer avec le temps et les axes de prise en charge doivent être revus régulièrement.

Tableau 7.4. Suivi du patient

Suivi médical	Suivi psychosocial	Suivi de la scolarité	Suivi psychologique
Évolution de la symptomatologie du TDA/H	Comportement à domicile	Nécessité de transmission d'informations complémentaire au corps enseignant	Perception, ressenti du TDA/H chez l'enfant et sa famille
Tolérance du traitement	Fonctionnement familial : communication, encouragements	Comportement en milieu scolaire : relations avec ses enseignants et ses pairs	Adhésion à la prise en charge
Observance du traitement	Relations avec les pairs	Aménagements scolaires	Psychoéducation continue
Examen clinique : PA, poids, taille	Comportement dans les activités extrascolaires	Progrès réalisés dans le domaine scolaire	Évolution de l'estime de soi
Survenue de troubles du sommeil, d'anxiété, de dysphorie	Hygiène de vie : écrans, sommeil, alimentation, activité sportive	Difficultés se présentant encore à l'enfant	Frustration ressentie par rapport aux bénéfices escomptés
Effets indésirables somatiques	Rééducations en cours		

La survenue de nouveaux effets indésirables doit être relevée à chaque consultation, car certains, notamment les troubles du sommeil, peuvent être transitoires et survenir en cours de suivi. Comme nous le disions, la « pilule miracle » n'existe pas et bien souvent, des difficultés liées au dysfonctionnement exécutif persistent en cours de traitement. En l'absence de prise en charge, elles peuvent avoir un retentissement important sur l'amélioration fonctionnelle du patient et mener parents et enfant à une incompréhension et perte de confiance.

#### Signes évocateurs de dysfonctionnement exécutif durant le suivi

- Trouble à l'initiation : met un temps infini à se décider à travailler, s'assoit à son bureau sans que rien ne se passe, met du temps à commencer à travailler en évaluation.
- Difficultés d'organisation, de planification : oublie ses affaires, feuilles volantes, n'a pas son matériel pour travailler, bureau et chambre en désordre, difficulté à intégrer des routines, difficulté à faire les tâches dans le bon ordre, difficulté à organiser ses idées à l'écrit.
- Mauvaise perception du temps : est en retard, passe beaucoup de temps sous la douche, remet à plus tard en se disant qu'il a le temps.
- Trouble de la flexibilité : prépare ses évaluations, mais ne réussit pas (difficulté à répondre si la question est posée différemment à ses attentes, énoncé de mathématique où quelques valeurs sont changées), n'arrive pas à changer de stratégie et persiste dans l'erreur, perdu quand l'emploi du temps change.
- Difficultés d'anticipation : prépare ses affaires, son travail à la dernière minute, se retrouve submergé de tâches remises à plus tard.
- Mauvaise gestion des émotions : se laisse envahir par ses émotions et est paralysé pour mener à bien ses tâches, difficulté à se motiver.

## Gestion des effets indésirables

En pratique clinique, lorsqu'un effet indésirable est observé, nous allons peser le poids de cet effet indésirable face aux bénéfiques qu'en tire le patient avant d'envisager une modification ou un arrêt de traitement médicamenteux (Annexe 5). En cas de mauvaise tolérance, on envisage : diminution de la posologie du traitement ou changement de forme galénique.

#### *Pourquoi changer de galénique*

- Environ 60 à 70 % des sujets répondent favorablement lorsque l'on essaye une seule galénique.
- Les galéniques différentes n'ont pas forcément les mêmes effets positifs et indésirables.
- Le taux de réponse favorable passe à 80 % si l'on essaye toutes les formes galéniques disponibles.

L'effet indésirable le plus fréquent est la **diminution de l'appétit**, c'est celui qui inquiète le plus. Si l'on peut observer un ralentissement dans les deux premières années de traitement (dose-dépendant et réversible à l'arrêt du traitement), il ne laisse pas d'impact définitif. Une mauvaise alimentation est contre-productive pour les individus sur le fonctionnement cognitif quotidien, il faut donc inciter le patient à observer quelques règles :

#### Gestion de la diminution de l'appétit

- Prendre un solide petit-déjeuner.
- Prendre des barres de céréales à l'école et en manger dès que l'on ressent la faim.
- Ne pas sauter le déjeuner (diminution de l'appétit prédominant sur le repas du midi).
- Ne pas substituer les nutriments essentiels par des sucreries.
- Avancer le repas du soir en cas de besoin.
- Autoriser les collations après le dîner.
- Envisager la prescription d'une forme à libération immédiate.

Les **céphalées** sont fréquentes en début de traitement et après augmentation de posologie, en général elles sont transitoires (1 à 2 jours) et répondent très bien aux antalgiques usuels. En cas de persistance, il faut envisager un changement de galénique. Penser au bilan orthoptique s'il n'a pas été fait.

Les **douleurs abdominales** sont également fréquentes en début de traitement et après augmentation posologique, elles répondent favorablement aux antispasmodiques usuels en cas de besoin. On propose, en parallèle de prendre le traitement avant la fin du repas afin de les limiter, en cas de persistance on envisage un changement de galénique.

La gestion des **troubles du sommeil** implique de prendre en compte tous les facteurs pouvant intervenir (anxiété, dépression, hygiène de sommeil) et de déterminer s'il y a un lien de causalité avec le traitement. Si l'on estime que le traitement est responsable, la gestion de l'effet indésirable prend en compte le contexte de survenue. En cas d'*effet rebond* avec agitation en fin de soirée, il peut être utile de prescrire une dose réduite de méthylphénidate à libération immédiate (5 Mg). En cas d'échec de cette mesure, on envisagera un changement de galénique ou une prescription de mélatonine. En l'absence d'effet rebond, on propose une galénique à diffusion moins longue ou bien de la *mélatonine*.

### Prescription de mélatonine

- Préparation magistrale de mélatonine à 2 mg.
- Prendre le traitement 3 heures avant le coucher, en dehors des repas.
- Si insuffisant : augmenter de milligramme en milligramme.
- Mentionner : préparation prescrite en l'absence de spécialité équivalente disponible sur l'ordonnance.

En cas de survenue de **nervosité** ou de tension interne durant le traitement, il faut en premier lieu diminuer la posologie du traitement. Si le traitement n'est plus efficace ou si la mauvaise tolérance persiste, un changement de galénique est envisagé. Cet effet indésirable peut être transitoire et s'estomper naturellement après un à deux mois de traitement, dans ce cas il n'y a pas lieu d'agir spécifiquement.

Lorsque le patient décrit ce que nous appelons « *l'effet robot* » : attention soutenue pour le travail, mais difficulté à se désengager de la tâche et retrait social, car il reste encore focalisé sur le cours qui a pris fin, il faut diminuer la posologie du psychostimulant. Le patient est revu un mois après diminution du traitement et l'efficacité et la tolérance sont évaluées de nouveau. En cas d'échec de cette mesure, on proposera un changement de galénique.

La majoration de **tics** existants est assez rare et est totalement réversible après arrêt du traitement. En cas d'aggravation de tics préexistants, il est recommandé d'attendre au moins 3 mois avant de prendre une décision thérapeutique, du fait de la fluctuation symptomatique des tics. Il peut s'agir de tics transitoires liés à une augmentation de l'anxiété, ils s'atténuent le plus souvent d'eux-mêmes. Lorsque les tics persistent au-delà de 3 mois et sont liés à une maladie de Gilles de la Tourette, un traitement par antipsychotique (aripirazole en préparation magistrale progressivement croissante) peut être proposé.

### Majoration de tics

- Surveiller pendant les premiers mois : peut-être transitoire.
- Interroger sur la survenue de stress, d'anxiété ou de maladie de Gilles de la Tourette connue.
- En cas d'impact fonctionnel important : envisager la prescription d'un antipsychotique : aripirazole en préparation magistrale à 1 mg/j à posologie progressivement croissante, à réévaluer toutes les 6 semaines.
- Prescription d'aripirazole en association au méthylphénidate après avis cardiologique.

Rarement, l'augmentation de l'impulsivité peut entraîner une majoration ou apparition de **troubles du comportement** chez l'enfant ou adolescent sous psychostimulant, cet effet indésirable est réversible à l'arrêt du traitement. En premier lieu, une diminution de la posologie est proposée, en cas de persistance des troubles un changement de galénique est proposé.

On évalue la durée d'efficacité du traitement, sur la journée et s'enquiert d'un effet rebond lorsque le traitement n'agit plus :

### L'effet rebond

- Survient lorsque l'effet du psychostimulant disparaît.
- Concerne surtout les galéniques à libération prolongée.
- N'est pas obligatoire.
- Survient brutalement en fin d'après-midi : l'enfant ou l'adolescent commence à s'agiter, s'énerve plus qu'habituellement (avant médication), a des difficultés d'endormissement et parfois un sommeil agité.
- Peut s'atténuer ou disparaître après quelques semaines de traitement.
- Peut être limité dans ses effets par une petite dose de méthylphénidate environ 30 minutes avant la survenue habituelle de l'effet rebond (sous condition d'horaires de prise réguliers le matin).

En cas d'épuisement du bénéfice perçu par le patient et l'entourage, il faut avoir quelques hypothèses à l'esprit : réévaluer la posologie, la qualité et le temps de sommeil, l'alimentation, survenue d'un choc psychologique, augmentation de l'anxiété.

### Diminution d'efficacité

- Investiguer la qualité et la quantité de sommeil.
- L'alimentation joue un rôle important dans les fonctions cognitives, évaluer les prises alimentaires.
- Rechercher la survenue d'anxiété.
- Rechercher un traumatisme psychologique récent.
- Réévaluer la posologie si l'enfant a grandi.
- Faire une fenêtre thérapeutique de quelques jours : l'enfant habitué aux effets du traitement ne les perçoit plus et se rendra compte de l'effet.

**CE QU'IL FAUT RETENIR**

- La stratégie thérapeutique est sur-mesure pour chaque patient.
- Il faut anticiper et s'adapter constamment.
- De l'impact fonctionnel dépend la ligne de conduite.
- La présence de comorbidités est en faveur d'un traitement médicamenteux.
- Les comorbidités font l'objet d'une prise en charge adaptée.
- La psychoéducation est la première ligne de traitement pour tous les patients.
- Le méthylphénidate est un traitement bien documenté.
- Le bilan cardiologique précède l'instauration du méthylphénidate.
- Toutes les galéniques n'ont pas la même efficacité et la même tolérance, il est légitime de toutes les essayer en cas de mauvaise tolérance.
- La surveillance comprend : pression artérielle, fréquence cardiaque, poids, courbes staturo-pondérales et recherche d'effets indésirables à chaque rendez-vous mensuel.
- La stratégie thérapeutique évolue au fil du temps.

**BIBLIOGRAPHIE**

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. (2011). ADHD : Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *PEDIATRICS* Vol. 128 N°. 5 November 1, 2011 pp. 1007 -1022 (doi : 10.1542/peds.2011-2654).

AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT. (2013). *Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France*. [\[destination-des-patients-et-de-leur-entourage-Point-d-information\]\(#\).](http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Donnees-d-utilisation-et-mesures-visant-a-securer-l-emploi-du-methylphenidate-en-France-publication-par-l-ANSM-d-un-rapport-d-analyse-et-d-une-brochure-d-information-a-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

CANADIAN ADHD RESSOURCE ALLIANCE. *Lignes directrices canadiennes sur le TDAH*, 3<sup>e</sup> édition, 2014.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. (2012). *Note de cadrage : Conduite à tenir devant un enfant ou un adolescent ayant un déficit de l'attention et/ou un problème d'agitation. Recommandation de bonne pratique*.

NICE (2014). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder : The NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children young people and adults*. London : The British Psychological society and The Royal College of Psychiatrists.

# Annexes

## ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX PARENTS

Date du jour	.....
Nom de l'enfant et Date de naissance	.....
Nom du renseignant et lien de parenté	.....
Adresse	..... .....
Téléphone	.....
Mail	.....

<b>1 - Histoire familiale</b>		
Langue(s) parlée(s) à la maison	.....	
Profession	Père : .....	Mère : .....
Niveau d'études	Père : .....	Mère : .....
Situation matrimoniale des parents	.....	
En cas divorce, âge de l'enfant au moment de la séparation ? .....		
L'enfant vit	Père	Mère
	Garde partagée	Famille recomposée
L'enfant est-il adopté ?	oui	non
Est-il en famille d'accueil ?	oui	non
Avez-vous d'autres enfants ?	oui	non
Si oui, inscrivez le nom et l'âge :		.....
.....		.....
.....		.....

**2 – Motif de consultation**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3 - Histoire de la grossesse et de la naissance**

Le médecin et la mère ont-ils noté des problèmes lors :

De la grossesse	oui	non
-----------------	-----	-----

Si oui explications : .....

.....

.....

De l'accouchement	oui	non
-------------------	-----	-----

Si oui explications : .....

.....

.....

Enfant né à terme	oui	non
-------------------	-----	-----

Combien de semaines d'aménorrhée : .....

Accouchement par	Voie basse	Césarienne
------------------	------------	------------

Prise de médicament durant la grossesse	oui	non
---	-----	-----

Si oui, lesquels et pourquoi : .....

.....

.....

Consommation d'alcool	oui	non
	nombre de verres par jour : .....	

Cigarettes	oui	Non
	nombre par jour : .....	

<b>4 – Histoire médicale</b>			
L'enfant a-t-il déjà eu des convulsions ou des crises d'épilepsie ?	oui		non
Si oui	Quel âge avait-il (année et mois) ? ..... .....	En présente-t-il toujours ? ..... .....	À quelle fréquence ? ..... .....
Antécédents médicaux de l'enfant	..... .....		
Antécédents médicaux familiaux	..... .....		
L'enfant a-t-il déjà consulté en neurologie ?	oui		non
Si oui, précisez :			
Considérez-vous votre enfant comme :	Agité	Distrait	Perturbateur
L'enfant a-t-il des troubles de la vision ?	oui		non
Si oui, précisez : .....			
L'enfant a-t-il des problèmes auditifs ?	oui		non
Si oui, précisez : .....			
L'enfant a-t-il eu plusieurs infections ORL ?	oui		non
Si oui	Fréquence : .....		Quand : .....
Votre enfant présente-t-il des troubles du sommeil ?	oui		non
Si oui, précisez : .....			
Dort-il seul ?	oui		non
Lui arrive-t-il de dormir avec vous ?	oui		non
En général, la semaine	Il se lève à : .....		Il se couche à : .....
Combien de temps prend-il pour s'endormir ? .....			
Le matin, au lever, est-il en forme	oui		non
Si non, combien de temps lui faut-il pour être bien éveillé ? .....			

Votre enfant présente-t-il des troubles de l'alimentation ?	oui	non
Si oui, décrivez : .....		
Faites la liste des médicaments que prend votre enfant actuellement : .....		

<b>5 – Histoire du développement</b>		
Les premiers mois à la maison, suivant la naissance ont-ils été difficiles ?	oui	non
Si oui, précisez : .....		
Au cours de la petite enfance (0-2 ans) comment qualifieriez-vous les comportements de votre enfant : .....		
Comparativement à d'autres enfants, a-t-il présenté des retards de langage ?	oui	non
À quel âge a-t-il dit :	Ses premiers mots : .....	Ses premières phrases : .....
À l'entrée en petite section était-il autonome sur le plan du langage ?	oui	non
Comparativement à d'autres enfants, a-t-il présenté des difficultés dans :		
Habiletés motrices globales (marcher, sauter, faire du vélo, etc.)	oui	non
Si oui, précisez : .....		
Habiletés fines (boutonner, lacer, découper, dessiner etc.)	oui	non
Si oui, précisez : .....		
Habiletés préscolaires : nommer les couleurs, alphabet, etc.	oui	non
Âge de la marche ?	.....	

Comparativement à d'autres enfants a-t-il déjà eu des difficultés à :			
À rester assis pour écouter une histoire ou regarder la télévision ?	oui		non
À jouer et se socialiser avec les autres enfants ?	oui		non
Se repérer dans le temps (semaine/mois, etc.)	oui		non
À quel âge a-t-il été propre	Le jour : . . . . .		La nuit : . . . . .
Lui arrive-t-il encore d'avoir des « accidents » ?	oui		non
A-t-il eu des difficultés de séparation lors de départs ?	oui		non
Si oui jusqu'à quel âge ? . . . . .			
L'enfant préfère-t-il jouer avec des enfants	Plus jeune	Plus vieux	Du même âge
L'enfant a-t-il des occasions de jouer avec des enfants de son âge ?	oui		non
L'enfant a-t-il des comportements à caractère restreint et/ou répétitif et/ou stéréotypé, des centres d'intérêt particulier, des comportements atypiques ?	oui		non
Si oui, précisez : .			
L'enfant a-t-il suivi une psychothérapie ?	Oui		Non
Si oui, pour quelle raison : .			
L'enfant a-t-il eu une évaluation en :			
Psychologie ?	Oui (âge ?) : . . . . .	Non	
Orthophonie ?	Oui (âge ?) : . . . . .	Non	
Psychomotricité ?	Oui (âge ?) : . . . . .	Non	
Ergothérapie ?	Oui (âge ?) : . . . . .	Non	
Orthoptie ?	Oui (âge ?) : . . . . .	Non	
Autre ?	Oui (âge ?) : . . . . .	Non	

Quelles en ont été les conclusions ? .....			
.....			
.....			
<b>6 – Histoire scolaire</b>			
En quelle année est-il actuellement ?		.....	
Nom de l'école		.....	
A-t-il déjà redoublé une année ?		oui	non
Si oui, laquelle et pourquoi ? .....			
.....			
Avez-vous l'impression que votre enfant présente des troubles d'apprentissage ?		oui	non
De quelle nature ? .....			
.....			
.....			
En quelle année ces difficultés ont-elles commencé ?			
Avez-vous des inquiétudes sur le rendement de votre enfant dans l'un ou l'autre de ces secteurs dans la vie quotidienne ?			
Attention	Apprendre de nouvelles connaissances	Mémoire	Développement social
Autonomie	Motricité globale	Confiance en soi/estime de soi	Motricité fine
Autre : .....			
Avez-vous des inquiétudes sur le rendement de votre enfant dans l'un ou l'autre de ces matières académiques ?			
Lecture	Écriture	Épellation	Mathématiques
Graphisme			
Autre : .....			
Votre enfant reçoit-il, dans le cadre scolaire ou auprès d'un professeur particulier des cours de soutien :			
Français	oui	non	fréquence : .....
Mathématique	oui	non	fréquence : .....
Votre enfant est-il actuellement rééduqué en :			
Orthophonie	oui		non
Nom du praticien	Adresse	Fréquence	Depuis
.....	.....	.....	.....
Psychomotricité	oui		non



## ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX ENSEIGNANTS

**Docteur Attentif**  
**Rue des doux rêveurs**  
**Adresse email**

### OBSERVATION PÉDAGOGIQUE<sup>1</sup>

(Questionnaire à faire remplir par les enseignants et/ou le professeur principal de l'établissement)

**NOM DE L'ÉLÈVE :** .....

**CLASSE SUIVIE :** .....

**ÂGE :** .....

### I. SCOLARITÉ ANTÉRIEURE

- L'élève a-t-il redoublé une classe ? .....
- Laquelle : .....
- Pour quels motifs ? .....
- L'élève a-t-il fréquenté une autre école ? .....
- Laquelle ? .....

### II. SCOLARITÉ ACTUELLE

- Depuis combien de temps connaissez-vous cet élève ? .....
- Vous pose-t-il un problème ? .....
- Lequel ? .....

1. Cette observation pourra être confiée à la famille sous enveloppe fermée ou adressée directement à la Consultation du Docteur Attentif, Rue des doux rêveurs

- Comment situez-vous ses réalisations par rapport à celles de la classe ? :

Niveau inférieur

Niveau moyen

Niveau supérieur

- Notes moyennes ou évaluation des connaissances en :

Français : .....

Langues vivantes : .....

Physique : .....

Mathématiques : .....

- La fréquentation scolaire est-elle régulière ? .....
- La famille participe-t-elle à votre travail ? .....
- Si oui, de quelle manière et avec quelle régularité ? .....

### III. ANALYSE DES DIFFICULTÉS POUR LES DISCIPLINES SCOLAIRES

- **Français** (lecture, compréhension et explication de texte, rédaction, syntaxe, orthographe, richesse des idées)

.....  
.....  
.....

- **Mathématiques** (algèbre, géométrie, comportement face aux mathématiques)

.....  
.....  
.....

- **Histoire-Géographie**

.....  
.....  
.....

- **Langues vivantes**

.....  
.....  
.....

**IV. COMPORTEMENT FACE AU TRAVAIL**

- Respect des consignes orales et écrites

.....  
.....  
.....  
.....

- Soin

.....  
.....  
.....  
.....

- Autonomie dans le travail

.....  
.....  
.....  
.....

- Vitesse d'exécution

.....  
.....  
.....  
.....

- Capacités d'attention

.....  
.....  
.....  
.....

- Comportement perturbateur

.....  
.....  
.....  
.....

- Commentaires

.....  
.....  
.....  
.....

**V. RELATIONS INTERPERSONNELLES**

- Relations avec ses camarades

.....  
.....  
.....  
.....

- Relations avec les adultes

.....  
.....  
.....  
.....

- Intégration dans les jeux en récréation

.....  
.....  
.....  
.....

- Présence de comportements inadaptés

.....  
 .....  
 .....  
 .....

- Commentaires

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**VI. ÉCHELLE D'HÉTÉRO-ÉVALUATION**

**Joindre une échelle d'évaluation : cf. chapitre 3**

**Échelle de Conners, Brief, SNAP-IV 26**

**VII. GRAVITÉ DES DIFFICULTÉS**

- Quel est votre sentiment sur la gravité des difficultés de l'enfant ?

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

DATE : .....

NOM DU PROFESSEUR PRINCIPAL : .....

ADRESSE ET TÉLÉPHONE DE L'ÉTABLISSEMENT : .....

## ANNEXE 3 : CONDUITE À TENIR POUR LES PATIENTS SOUS MÉTHYLPHÉNIDATE

### Prescription de méthylphénidate : indications pour le patient et ses parents

I) Prendre le traitement *tous les jours*, y compris le week-end, jours fériés et petites vacances scolaires.

II) Prendre le traitement avant . . . . . Heure, le matin.

III) Il est conseillé de prendre le traitement à *horaires réguliers*.

IV) Conduite à tenir *en cas d'oublis* de prise :

Libération immédiate : prendre le traitement quand on y pense et décaler les prises suivantes de 4 heures (dernière prise à 18 h maximum)

Libération LP : ne pas prendre le Concerta® au-delà de 10 h 30, ne pas prendre Ritaline® LP ou Quasym® LP au-delà de midi.

Reprendre le traitement le lendemain aux horaires habituels

V) En cas de maux de tête : paracétamol ou aspirine.

VI) En cas de douleurs abdominales : prendre du Spasfon®.

VII) *Augmenter progressivement* le traitement tous les 7 jours, de préférence le week-end.

VIII) Éviter de prendre les vasoconstricteurs nasaux pour le rhume vendu en pharmacie sans prescription : Actifed®, Fervex®, Dolirhume®, Humex®.

IX) En cas d'anesthésie générale ou locorégionale pour soins dentaires importants : arrêter le traitement le jour de l'intervention.

X) *Contactez votre médecin* ou diminuer la posologie du traitement (s'il n'est pas joignable) en cas de persistance (5 jours) de : *signes de dépression* (tristesse, apathie, envie de rien, pleurs), irritabilité importante, nervosité importante.

XI) En cas de *surdosage accidentel*, gardez votre calme, contactez le centre antipoison afin de voir si une surveillance hospitalière s'impose en fonction des doses ingérées.

XII) *Informez votre médecin et votre pharmacien* de la prise de méthylphénidate avant de prendre un autre traitement.

XIII) La prise *d'alcool est déconseillée* durant le traitement, limiter les boissons à base de caféine.

## ANNEXE 4 : COURRIER AU MÉDECIN TRAITANT – 1

### Courrier de transmission au médecin traitant

Mon cher Confrère,

Votre patient. . . . . présente un Trouble Dysfonctionnel de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H). Pour rappel, il s'agit d'un trouble neuro-développemental qui touche 5 % de la population infanto-juvénile mondiale.

Le traitement médicamenteux a pour objectif d'apporter une amélioration symptomatique au patient, mais ne constitue pas une fin en soi et la prise en charge de ce trouble est multimodale. La prescription de renouvellement a lieu tous les 28 jours, sur une ordonnance sécurisée, la posologie doit être inscrite en toutes lettres et le nom de la pharmacie doit figurer sur l'ordonnance. En cas de chevauchement de prescription (avant départ en vacances par exemple), il faut libeller la mention « avec chevauchement autorisé » sur la prescription.

Ce trouble a été diagnostiqué avec les comorbidités suivantes :

- . . . . .
- . . . . .

Les acteurs de soins de la prise en charge multimodale suivants sont actifs dans la rééducation de . . . . . : . . . . . :

- . . . . .
- . . . . .
- . . . . .

Le traitement suivant a été instauré : . . . . . à la posologie de . . . . .

Ce traitement nécessite un suivi régulier de la pression artérielle, du poids (élévation fréquente de l'ordre de 10 % par rapport aux valeurs de base du patient), du poids et de la taille (possibilité de ralentissement dans les deux premières années de traitement, compensée habituellement sur le long terme). Les valeurs hémodynamiques sont prises à chaque rendez-vous et la survenue de nouveaux effets indésirables est discutée (notamment anxiété, dépression, trouble du sommeil). Le poids est pris mensuellement pendant les premiers mois puis tous les 3 mois, la taille est mesurée tous les 6 mois et les courbes staturo-pondérales sont faites une fois par an.

Les effets indésirables les plus fréquents sont : diminution de l'appétit, céphalées, douleurs abdominales, difficultés d'endormissement.

Je reverrais l'enfant à la fréquence suivante : . . . . .

En cas de survenue d'effet indésirable majeur (élévation hémodynamique > 10 %, dyspnée), de troubles du sommeil résistant, de retentissement sur l'humeur, d'augmentation des tics, je suis joignable afin de discuter avec vous de la conduite à tenir.

Je vous remercie de votre concours dans la prise en charge de . . . . .

Salutations confraternelles

(Ne pas oublier de signer...)

## ANNEXE 5 : COURRIER AU MÉDECIN TRAITANT – 2

### Gestion des effets indésirables à destination du médecin traitant

Effets indésirables	Conduite à tenir	Persistance de l'effet indésirable
Céphalées	Antalgiques usuels	1) Diminution de posologie 2) Changement de galénique et bilan orthoptique
Douleurs abdominales	Antispasmodiques Prendre le traitement en cours de repas	1) Diminution de posologie 2) Changement de galénique
Diminution de l'appétit	Surveillance staturo-pondérale et conseils alimentaires	1) Prescrire une libération immédiate le week-end et pendant les vacances scolaires 2) Prescrire une libération immédiate en continu
Augmentation de la PA	Adresser le patient au cardiologue	Adresser au spécialiste
Effet rebond	Ajout d'une libération immédiate vers 16 heures	Essai d'une autre galénique
Dysphorie	Diminution de posologie	Essai d'une autre galénique Adresser au spécialiste
Nervosité	Surveillance	1) Diminution de posologie 2) Essai d'une autre galénique
Trouble du sommeil	Hygiène de sommeil Prise du médicament le plus tôt possible le matin	1) Mélatonine 2) Galénique plus courte
Anxiété	Diminution de posologie	1) Essai d'une autre galénique 2) Association à un antidépresseur
Tics	Surveillance	1) TCC 2) Antipsychotique
Bouche sèche	Chewing-gum sans sucre (stimulation des glandes salivaires)	

## Hygiène de sommeil

Routine du coucher	Hygiène de sommeil
<p>Conditionner son organisme au coucher en adoptant la même routine tous les soirs</p> <p>Cette routine doit comporter les mêmes éléments et ils doivent se dérouler dans le même ordre</p> <p>Par exemple : prendre une douche, se brosser les dents, se mettre en pyjama, fermer les rideaux de la chambre, etc.</p> <p>On peut inclure une séance de relaxation ou de méditation dans cette routine.</p>	<p>Respecter des horaires de lever et de coucher réguliers</p> <p>La grasse matinée ne doit pas excéder de 2 heures l'horaire de lever habituel</p> <p>Repas léger au moins 2 heures avant le coucher</p> <p>Pas de sieste dans la journée en cas de difficultés d'endormissement</p> <p>Éteindre les écrans au moins 1 heure avant le coucher</p> <p>Baisser les lumières 1 heure avant le coucher</p> <p>Faire une activité calme avant le coucher</p> <p>Proscrire d'autres activités que le sommeil dans le lit</p> <p>Pratiquer une activité physique régulière</p>

## ANNEXE 6 : CONTRAT AVEC LA MAÎTRESSE

<b>Les efforts que je dois faire en classe :</b>	<b>Ce que la maîtresse peut faire :</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Je ne parle pas sans avoir levé la main et attendu qu'on me donne la parole.</li><li>- J'essaie de faire mon travail seul quand j'en suis capable.</li><li>- Si j'ai besoin d'aide, je pose une carte « JOKER » sur ma table et j'attends que la maîtresse vienne (attention : j'ai 6 JOKERS par jour, je ne peux en utiliser plus).</li><li>- Je ne fais pas de remarques qui n'ont aucun rapport avec ce que nous faisons.</li><li>- Je ne chantonne pas.</li><li>- Je peux manipuler une balle antistress si je ressens le besoin de bouger ou demander à faire une pause « pipi ».</li><li>- Je n'envoie pas de petits mots.</li><li>- Je ne me retourne pas pour parler et faire de petits signes.</li><li>- En classe, je ne m'occupe pas des « histoires » avec mes copains.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Relire les consignes avec moi, me les réexpliquer, les décomposer (quand il y a plusieurs choses à faire dans la même consigne).</li><li>- Venir pour m'aider quand il y a une carte « JOKER » sur ma table.</li><li>- Raccourcir certains exercices quand c'est long et que j'ai déjà bien travaillé.</li><li>- M'aider à m'organiser dans mon travail.</li><li>- Me réexpliquer une leçon que je n'ai pas comprise (après que j'ai essayé de la comprendre tout seul).</li></ul>

Date et Signature :

Élève

Enseignant(e)

Parents



## ANNEXE 8 : SUIVI DES EFFETS INDÉSIRABLES DU TRAITEMENT

		Suivi des effets indésirables du traitement															
		Semaine 1		Semaine 2		Semaine 3		Semaine 4		Semaine 5		Semaine 6		Semaine 7		Semaine 8	
		Léger	Important	Léger	Important	Léger	Important	Léger	Important	Léger	Important	Léger	Important	Léger	Important		
Appétit																	
Sommeil																	
Céphalées																	
Douleurs abdominales																	
Nervosité																	
Humeur																	
Autres																	