

TDAH

Trouble Déficitaire de l'Attention
avec ou sans Hyperactivité

PLURADYS/intervention Lycée Castel

*Mathilde MIGNON
Neuropsychologue*

Symptomatologie/Aspects cliniques

Symptomatologie selon l'âge et le sexe

Données épidémiologiques

Comorbidités

Origine du trouble

Prises en charge

Aménagements scolaires

1. Symptomatologie / Aspects cliniques

Triade symptomatique:

- Déficit de l'attention
- Impulsivité
- Hyperactivité

→ Différentes formes de TDAH :

- **Type mixte** : troubles attentionnels et hyperactivité-impulsivité : le plus fréquent
- **Type inattention prédominante** : moins fréquent que type mixte mais souvent sévère / difficultés plus marquées au niveau scolaire
- **Type hyperactivité-impulsivité prédominante** : assez rare

Attention = Processus primaire qui influe directement sur les autres capacités cognitives (mémoire, langage, compréhension, lecture, etc.)

Ensemble de processus psychologiques:

- se préparer à l'action à entreprendre
- sélectionner des informations particulières et les traiter de manière approfondie
- tout en rejetant les objets inutiles
- afin de traiter efficacement les premières

- **Vigilance :**

Etat de préparation dans lequel le sujet doit rester mobilisé, prêt à employer toute son attention

→ Capacité à réagir à ce qui se passe dans l' environnement au cours d'une tâche longue et monotone

- **Attention soutenue (ou maintien attentionnel) :**

Maintenir un niveau d'efficacité adéquat et stable au cours d'une activité d'une certaine durée sollicitant un contrôle attentionnel continu

→ traitement actif ininterrompu

- **Attention divisée ou partagée (ou partage attentionnel) :**
Partager son attention entre différentes sources d'informations ou différentes tâches
- **Attention sélective / Inhibition :**
 - Traiter sélectivement certains événements ou éléments au détriment des autres
 - Empêcher l'entrée d'informations non pertinentes/ antérieurement pertinentes mais désormais inutiles
 - Inhiber des comportements dominants et automatiques

Déficit de l'attention :

- Difficulté à se concentrer
- Peut difficilement travailler seul
- Facilement distrait. On ne peut le placer à côté de la fenêtre en classe. Tout bruit le perturbe
- Ne parvient pas à prêter attention aux détails
- Ne termine pas ce qu'il entreprend, y compris les jeux
- Ne peut pas faire plusieurs choses à la fois
- Evite les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu

Au niveau scolaire :

- Arrive difficilement à terminer son travail
- Ne peut maintenir suffisamment longtemps son attention et se concentrer sur des tâches trop longues ou nécessitant plusieurs étapes
- Difficulté d'attention sélective visuelle : mauvaises prises des indices visuels = difficultés en lecture avec inversions spatiales de lettres, sauts de mots ou de parties de mots, de lignes
- Difficulté d'attention sélective auditive : csq sur l'apprentissage par manque de mémorisation. Besoin de répéter plusieurs fois l'information pour qu'elle soit captée et mémorisée
- Difficulté d'attention soutenue : problème dès que leçon ou poésie trop longue, compréhension de texte
- Difficulté d'attention partagée : ne peut pas lire et à la fois comprendre le sens, ne peut pas à la fois écouter l'instituteur et commencer un exercice

Impulsivité :

- N'attend pas son tour. Se précipite pour répondre même s'il n'a pas été interrogé. Coupe la parole. Dit ce qui lui passe par la tête sans réfléchir
- Manque de censure sociale, a peu de retenue
- Passe d'une activité à une autre sans avoir fini
- Peu de stratégie, a du mal à organiser son travail. Il faut lui faire des listes de ce qu'il doit faire/emporter
- Ne peut se conformer aux ordres
- Intolérance aux frustrations, aux règles: *je veux quelque chose, je ne l'ai pas tout de suite, c'est insupportable*
- Prend des risques

Au niveau scolaire :

- n'attend pas de prendre connaissance de toute l'information avant de répondre
- ne considère pas toutes les alternatives
- n'envisage pas les conséquences de sa réponse
- planifie peu
- ne demande pas de l'aide quand besoin car incapable d'attendre et de différer
- comportements perturbateurs en classe: se lève, fait des bruits, etc.

Hyperactivité :

- Agitation motrice
- Agitation verbale
- S'agite, se tortille sur son siège
- Tripote tous les objets posés sur le bureau
- Ne reste pas assis en classe, ne reste pas à table
- Ne joue/ne travaille pas en silence

Symptômes présents **avant l'âge de 7 ans** et observés **dans toutes les situations** (sphère scolaire, familiale, etc.)

Intelligence normale même si décalage de 15 points au test de QI.

Compétences cognitives sous estimées en raison de l'interférence des troubles attentionnels

2. Symptomatologie selon l'âge et le sexe

SELON ÂGE

Petite enfance (0-3 ans) :

- agitation extrême durant les premiers mois de vie
 - bébé qui rampe partout dès qu'il en est en mesure
 - difficultés d'endormissement et réveil au moindre bruit
 - développement du langage et de la propreté retardé
- Mais le trouble peut passer inaperçu avant 3 ans*

Chez l'enfant d'âge préscolaire (3-6 ans) :

- enfant turbulent, opposant
- agitation motrice ++ (hyperactivité prédomine pour cette tranche d'âge)

Chez l'enfant d'âge primaire (6-12 ans):

- principales caractéristiques décrites précédemment

Chez l'adolescent (12-18 ans) :

- signes persistent en général au cours de l'adolescence
- se doublent de difficultés familiales et d'ajustement social
- diminution de l'hyperactivité motrice
- impulsivité et inattention restent stables

- Echech scolaire: 80% (en lien direct avec difficultés cognitives, + l'estime de soi et rejet social qui s'aggravent)
- Abandon de l'école: 32-40%
- Etudes supérieures terminées: 5-10%
- **Conduites à risque** (drogues, etc.), infractions aux règles familiales, scolaires et sociales
- Développement d'une personnalité antisociale dans 23% des cas (Mannuza et al, 98)

ATTENTION :

TDAH ≠ facteur prédisposant à la délinquance

TDAH = facteur de risque pour le développement d'une personnalité antisociale, elle-même facteur de risque pour le développement d'une délinquance ultérieure

Chez l'adulte :

- 50 % gardent l'inattention
- Sans soins, 20 % des TDAH guérissent spontanément à l'adolescence
- 30 % évoluent vers des "troubles des conduites sociales" ou une toxicomanie. Un enfant hyperactif dans un milieu non favorable ou qui a été rejeté, déscolarisé, a des risques de passer à l'acte
- Impatience
- Agitation
- Faibles capacités attentionnelles et exécutives
- Difficultés sur le plan social (isolement social: 50 à 70% des individus disent ne pas ou peu avoir d'amis; plus grand taux d'échecs au mariage ...

SELON LE SEXE

TDAH garçons >> filles

Taylor (1991) :

- hyperactivité chez filles << à celle chez garçons
- pas de différence au niveau de l'impulsivité et des troubles attentionnels pour la tranche d'âge 6/11 ans
- difficultés d'apprentissage égales

3. Données épidémiologiques

4 à 6% des enfants d'âge scolaire et 3 à 5 % de la population générale

9 fois plus souvent chez les garçons que chez les filles (attention : les filles présentent rarement l'hyperkinésie et sont donc moins fréquemment dépistées)

Beaucoup de facteurs environnementaux et familiaux ont tenté d'être mis en évidence:

→ aucun n'a pu être établi

→ TDAH dans toutes les cultures et classes socio-économiques

→ pratiques éducatives qui jouent en revanche un rôle dans l'évolution du trouble

4. Comorbidités

Comorbidité avec les troubles des apprentissages la plus fréquente :

- Dyslexie, dysorthographe, dysphasie, dyspraxie, dyscalculie
- Fréquence estimée à 10 à 92% selon les études...

Comorbidité importante dont l'origine fait l'objet d'études++. Difficulté de savoir si :

- Association de plusieurs dys (origine génétique commune?)
- conséquences du TDAH

Exemples :

TDAH et CALCUL :

Mathématiques : attention sélective et soutenue et mémoire à court terme ++

« Léa s'achète 3 cahiers à 2€ chacun, et 3 stylos à 3€ chacun. Combien de monnaie lui rendra t-on sur un billet de 20€?

$$3 \times 2 = 6$$

$$3 \times 3 = 9$$

$$6 + 9 \\ = 15$$

$$20 - 15 \\ = 8 !!$$



TDAH et LANGAGE ECRIT

TDAH et GRAPHISME

...

5. Origine du trouble

EN FRANCE 2 APPROCHES DOMINENT

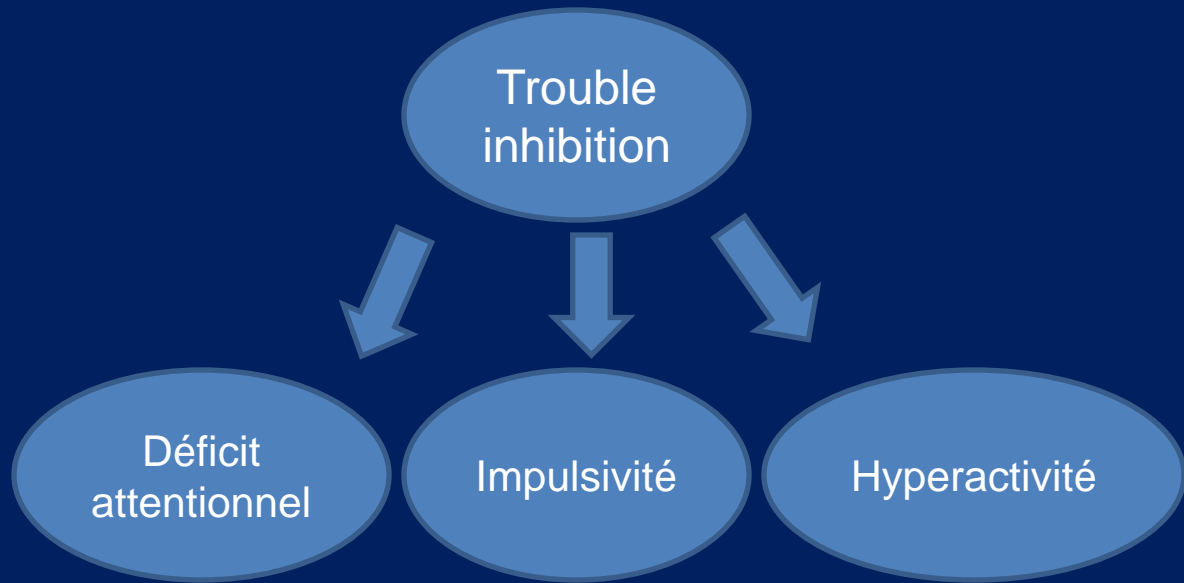
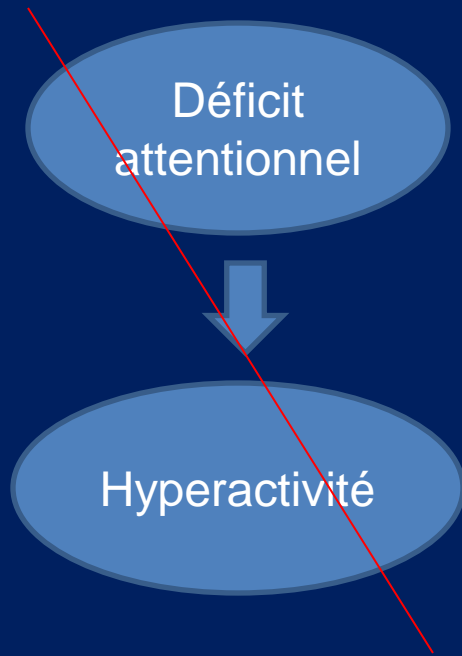
L'approche pédo-psychiatrique :

L'approche cognitive:

Travaux des 15 dernières années qui suggèrent que TDAH lié à un déficit des fonctions exécutives régies par les lobes frontaux

MODELE DU TDAH DE BARKLEY(1997) :

- trouble du développement des capacités d'inhibition du comportement et non un trouble de l'attention comme le laisse sous-entendre son nom
- difficultés d'attention = conséquences du trouble de l'inhibition



Uniquement pour sous types **hyperactivité/ impulsivité prédominante** et **mixte**

EXEMPLE DE DONNES NEUROLOGIQUES:

- **IRM** : anomalies de taille, de volume et/ou de symétrie, etc. dans différentes structures : cortex préfrontal droit plus petit, asymétrie des noyaux caudés, globus pallidus (G), corps calleux, cervelet

EXEMPLE DE DONNES GENETIQUES:

- **Etudes d'agrégation familiale** : fréquence de TDAH 5 fois >> dans les familles de sujets TDAH que dans les familles témoins
- **Etudes de jumeaux**: → forte héritabilité. Concordance plus élevée chez les JM que chez les JD
 - JM (100% de gènes communs): corrélations entre .69 à .92
 - JD (50% de gènes communs): corrélations entre .30 à .57

TDAH ≠ PRECOCITE ≠ DEPRESSION ≠
CARENCES EDUCATIVES ≠ ANXIETE ≠
HYPERACTIVITE REACTIONNELLE ≠ AUTISME
ETC.

Diagnostic
différentiel

Prises en
charge
spécifiques

6. Prises en charge

PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

- Troubles = gêne dans la scolarité, le quotidien et la vie familiale.
- En France : seul est autorisé depuis 1995 le méthylphénidate
 - Psychostimulant / **Ritaline, Concerta, Quasym**
 - interdit avant 6 ans
 - première prescription doit se faire par un médecin hospitalier par ordonnance sécurisée (service de pédiatrie, neurologie ou psychiatrie), ensuite peut être renouvelée par généraliste mais sans chgt de dose

- **Sous traitement → 70 % des TDAH largement améliorés**, voire totalement améliorés, dans trois domaines :
 - **moteur** : retrouve un niveau d'activité comparable à celui des autres enfants de son âge
 - **social** : moins coléreux, plus autonome. Réduction des comportements oppositionnels et d'agressivité. Meilleure obéissance. Meilleur contrôle de soi
 - **cognitif** : meilleure attention soutenue, réduction de l'impulsivité, augmentation de la qualité et de la quantité du travail scolaire

AUTRES PRISES EN CHARGE

Traitement médicamenteux = efficacité à court terme

→ Autres PEC indispensables pour leur rôle à long terme

Psychothérapies cognitivo-comportementales :

- But : modifier directement le comportement observable de l'enfant.
- Ex: Entraînement à la résolution de problèmes :
Apporte à l'enfant des stratégies de contrôle de son comportement qui ne sont pas assez développées.

Générer de multiples solutions et anticiper pour chaque solutions les conséquences possibles (comportementales, émotionnelles) pour l'enfant et pour autrui

Apprendre à l'enfant à évaluer l'efficacité de son plan et à s'autorenforcer

Pour chaque étape : jeux de rôles, techniques d'auto-instruction, instructions didactiques, discussions, etc.

Individuel ou en groupe.

Neuropsychologie :

- But: améliorer/ développer les fonctions attentionnelles et exécutives atteintes
- Différents programmes informatisés
- Matériel spécifique
- Jeux
- ...

Psychomotricité pour l'agitation motrice (relaxation, etc.)

Ergothérapie si difficultés dans les habiletés en motricité fine et globale (Sensori Motor Training Program → études montrent que réduit l'hyperactivité)

Psychothérapie si troubles de l'estime de soi, etc.

Orthophonie si troubles du langage associés

Nécessité de :

- Découper en séquences brèves
- Proposer des exercices ou activités variés
- Renouveler le matériel
- Utiliser des renforçateurs (sociaux : Bravo, c'est super, tu es un champion) pour inciter l'enfant à poursuivre ses efforts, contribuant à améliorer son estime de soi. Renforçateurs doivent être immédiats, fréquents et variés (exemple : méthode des jetons)

7. Aménagements scolaires

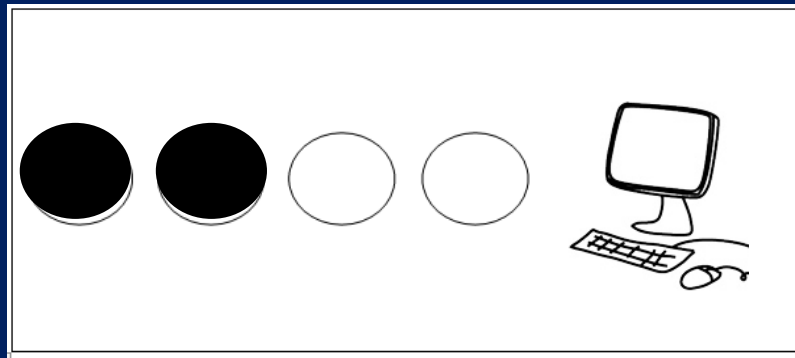
- **placer l'élève dans les premiers rangs**, face au bureau, afin d'éviter toutes distractions (fenêtre, etc.)
- placer des **élèves calmes près de lui**
- **réduire le bruit ambiant** (en lui fournissant un casque anti bruit, ou des boules QUIES par exemple)
- solliciter sa **participation orale** afin de maintenir sa vigilance
- Maintenir un **contact visuel régulier**
- Utiliser des **consignes courtes et concises**, et éviter d'en donner plusieurs à la fois
- S'assurer que les consignes orales aient été bien intégrées
- S'assurer que les consignes écrites aient été lues jusqu'au bout

- prévoir des **moments où l'élève peut bouger** sans déranger (distribuer des documents, effacer le tableau, etc)
- délimiter, à l'aide d'un ruban par exemple, un espace autour de son bureau auquel il a droit, mais qu'il ne peut pas dépasser
- Lui permettre de **faire des pauses**
- lui **laisser un peu plus de temps** lors des contrôles ou bien lui donner moins d'exercices à réaliser
- **éviter les situations de double tâche** ou les exercices présentant une double consigne
- utiliser au maximum des **supports visuels** (exemple : consignes écrites au tableau, schéma représentant la notion à intégrer)

- Time timer



- Système d'économie de jetons, avec renforcement positif



MERCI DE VOTRE ATTENTION