

TDAH

Trouble **D**éficitaire de l'**A**ttention
avec ou sans **H**yperactivité

*Journée régionale des DYS organisée
par PLURADYS*

Document réalisé par:

- *Mathilde MIGNON, Neuropsychologue
et membre de l'Equipe Ressource
PLURADYS*
- *Sandra MAREY, Neuropsychologue*

PLAN

1. Symptomatologie / Aspects cliniques
2. Symptomatologie selon l'âge et le sexe / Données épidémiologiques
3. Origine du trouble
4. Prises en charge
5. Aménagements scolaires
6. Bibliographie

1. Symptomatologie / Aspects cliniques

1. SYMPTOMATOLOGIE / ASPECTS CLINIQUES

Reconnaissance officielle du trouble:

- * DSM IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
- * CIM 10 (Classification Internationale des Maladies)

1. SYMPTOMATOLOGIE / ASPECTS CLINIQUES

TRIADE SYMPTOMATIQUE :

- Déficit de l'attention



- Impulsivité



- Hyperactivité



Triade / 1. Déficit d'attention:



- Trouble de l'attention sélective /inhibition
- Trouble de l'attention soutenue (ou maintien attentionnel)
- Trouble de l'attention partagée (ou partage attentionnel)

Triade / 2. Impulsivité :

Quelques exemples:



- 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
- Intolérance aux frustrations, aux règles: « *Je veux quelque chose, je ne l'ai pas tout de suite, c'est insupportable* »
- Prend des risques

Triade / 3.Hyperactivité :



- Agitation motrice et 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

1. SYMPTOMATOLOGIE / ASPECTS CLINIQUES

DIFFERENTES FORMES DE TDAH :

- **Type mixte** : troubles attentionnels et hyperactivité-impulsivité : le plus fréquent **50 à 75 %**
- **Type inattention prédominante** : moins fréquent que type mixte mais souvent sévère / difficultés plus marquées au niveau scolaire **20 à 30 %**
- **Type hyperactivité-impulsivité prédominante** : assez rare **5%**

1. SYMPTOMATOLOGIE / ASPECTS CLINIQUES

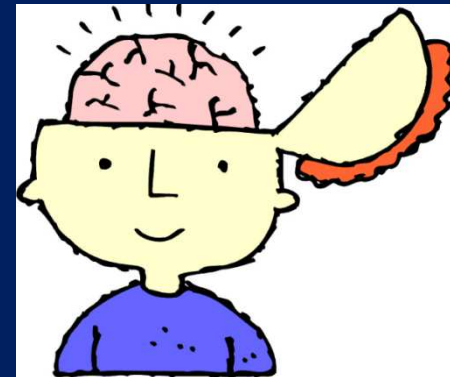
* Symptômes présents **avant l'âge de 7 ans** et observés **dans toutes les situations** (sphère scolaire, familiale, etc.)

* **Intelligence normale**

- même si décalage de 15 points au test de QI.

DANS ECHELLES DE WESCHLER :

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



2. Symptomatologie selon l'âge et le sexe /

Données épidémiologiques

SELON ÂGE:

Différence enfance / Adolescence / âge adulte

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

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

3. Origine du trouble

EN FRANCE 2 APPROCHES DOMINANT

* Approche pédo-psychiatrique

* Approche cognitive:

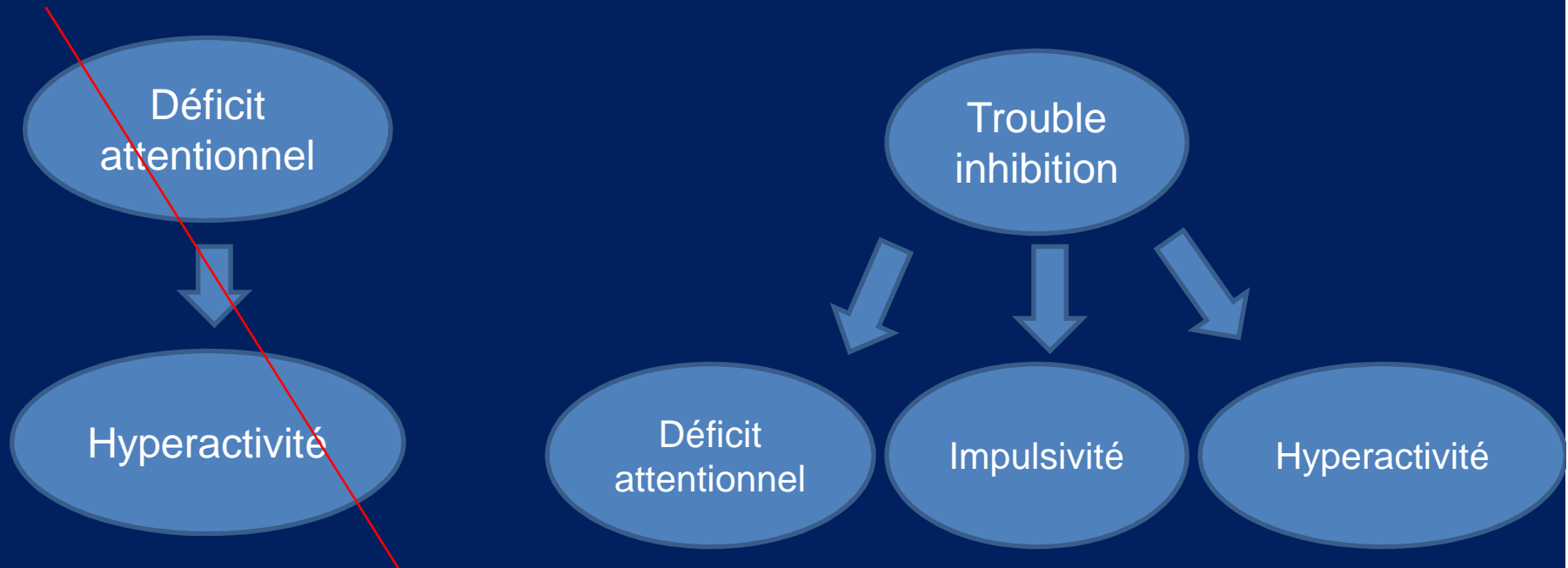
MODELE DU TDAH DE BARKLEY(1997) :

→ 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

*Inhibition =
Fonctions exécutives =
Cortex préfrontal*





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

3. ORIGINE DU TROUBLE

DONNES NEUROLOGIQUES

Dans cortex frontal:

- Anomalies de taille, de volume et/ou de symétrie, etc.
- Hypo-fonctionnement (qui disparaît avec prise de Méthylphénidate)
- Déficit des systèmes dopaminergiques et noradrénergiques
- Etc.

DONNES GENETIQUES

Gènes mis en évidence dans les études :

- SLC3A6 transporteur de dopamine
- DRD4 récepteur dopaminergique

3. ORIGINE DU TROUBLE

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. Prises en charge

PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

En France : seul est autorisé depuis 1995 le méthylphénidate
Ritaline, Concerta, Quasym

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 / béquille pour le quotidien

→ Autres PEC pour leur rôle à long terme

- **Psychothérapies cognitivo-comportementales** (= pour les difficultés de comportement)
- **Neuropsychologie** = pour le déficit attentionnel)

5. Aménagements scolaires

LIMITER L'INATTENTION

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

LIMITER L'AGITATION

- 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**
- Eviter le retrait de récréation qui lui permet de se dépenser

LIMITER L'IMPULSIVITE

- Lui apprendre à **relire son travail** systématiquement (fait plus d'erreurs d'étourderie)
- Lui apprendre à **répéter dans sa tête les consignes** avant de commencer le travail
- Pour impulsivité verbale : **lui donner rapidement la parole s'il lève le doigt** avant de parler pour encourager ce comportement

CONSEILS GENERAUX

- Lui laisser **plus de temps** pour faire les exercices ou lui permettre d'en faire un peu moins
- Enfants sensibles aux renforcements positifs, encourager

6. Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

- Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité: soigner, éduquer, surtout valoriser, Nicole Chevalier, PUQ, 2006
- Troubles de l'attention chez l'enfant- Prise en charge psychologique, Jacques Thomas, Célia Vaz-Cerniglia, Guy Willems, MASSON, 2007
- Déficit de l'attention et hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent, Isabelle Wodon, MARDAGA, 2009
- Hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte, 2^{ème} Edition, Manuel Bouvard, Marie France Le Heuzey, Marie-Christine Mouren, DOIN, 2006

MERCI DE VOTRE ATTENTION

