

Comment reconnaître le T.D.A.H.?

Le T.D.A.H. (Trouble Déficit de l'Attention/ Hyperactivité) est défini comme un regroupement de symptômes. Ceux-ci se répartissent selon les trois axes principaux que sont le déficit de l'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Selon les classifications internationales, en particulier celle du D.S.M. IV (Manuel Diagnostique et Statistique dans sa 4^e version), un certain nombre de critères doivent être présents pour chacune des trois dimensions principales, pendant une durée de six mois au moins, pour que le diagnostic puisse être porté.

Les trois dimensions principales – déficit de l'attention, hyperactivité et impulsivité – n'apparaissent pas toutes dans le sigle « T.D.A.H. ». On notera toutefois que dans ce sigle actuel, qui remplace l'ancien « T.H.A.D.A. » (Trouble Hyperactivité avec Déficit de l'Attention), le « A » de « Attention » est venu se placer devant le « H » de « Hyperactivité ». Cela signifie que la place accordée au trouble attentionnel est devenue prépondérante. L'attention est actuellement au cœur de ce syndrome, même s'il ne s'agit pas de la partie la plus visible ou mesurable de l'iceberg.

Un diagnostic précis

Le T.D.A.H. (Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité) est défini comme un regroupement de symptômes qui se répartissent selon les trois axes principaux :

- déficit de l'attention,
- hyperactivité,
- impulsivité.

Selon les classifications internationales, un certain nombre de critères doivent être présents pour chacune de ces trois dimensions, pendant une durée de six mois au moins, pour que le diagnostic puisse être porté.

Oui je l'ai ! Non, je ne l'ai pas ! Le T.D.A.H. n'est pas la grippe, la varicelle ni même le diabète ! Pas de fièvre, pas d'éruption cutanée caractéristique, pas de chiffre de glycémie élevé... Les symptômes ne sont pas forcément évidents, peuvent se manifester de façon graduée et se modifier avec le temps.

Le T.D.A.H. est une entité clinique hétérogène. Son diagnostic repose sur une somme de critères préétablis et sur l'appréciation clinique du médecin ou de l'équipe médicale. Les trois principaux types de symptômes peuvent être associés en fonction de leur intensité, selon un nombre important de combinaisons. De plus, ces symptômes peuvent considérablement varier dans leur expression d'un moment à l'autre de la journée ou d'une circonstance à l'autre.

L'appréciation d'un spécialiste est nécessaire pour apporter au diagnostic les nuances voulues.

Le T.D.A.H. est comme une composition picturale : avec les mêmes ingrédients, le tableau clinique est différent à chaque fois. Beaucoup d'hyperactivité avec un soupçon de déficit attentionnel chez l'un, impulsivité-hyperactivité prédominante chez l'autre, trouble attentionnel au premier plan sans hyperactivité chez un troisième, hyperactivité pure sans déficit de l'attention (rare) chez un quatrième... Les compositions sont extrêmement variables, d'autant que peuvent se surajouter des troubles comorbides comme l'anxiété, la dépression ou les troubles des apprentissages.

Des sous-groupes ont donc été proposés afin de pouvoir comparer des individus ayant des caractéristiques cliniques plus proches et de mieux appréhender le devenir à l'âge adulte de chacun de ces ensembles.

Comment savoir si mon enfant présente un déficit de l'attention?

Inattention - Les mots clés

Absent, rêveur, dans sa bulle, n'écoute pas, ailleurs, dans le brouillard, dans les nuages, rêveuse, pense à autre chose, tête en l'air...

Tout d'abord, qu'est-ce exactement que l'attention ? Nous savons tous ce que signifie « être dans la lune », « rêvasser », « être distrait » ou encore « être dans sa bulle ». L'attention est un processus neurophysiologique complexe qui nous permet de nous orienter dans notre environnement et de réagir de façon appropriée en filtrant les stimuli les plus appropriés. Traverser une route demande de l'attention ; mais le degré d'attention ne sera pas le même s'il s'agit d'un chemin de terre ou d'une quatre voies. Lorsque vous conduisez sur une route que vous pratiquez tous les jours, faites-vous attention aux panneaux indicateurs et à la signalisation comme si vous étiez perdu en pleine agglomération ?

Le repérage des indices est un élément déterminant du processus attentionnel. Comment capter les indices (visuels, auditifs, tactiles, sensoriels) qui vont se révéler efficaces pour nous orienter ? Ce processus suppose que les indices non pertinents, ceux qui risquent de distraire notre attention, soient filtrés et écartés un à un. Trouver son chemin dans une gare ou un aéroport est souvent une épreuve pour beaucoup d'entre nous. Si l'on ajoute à cette difficulté la

nécessité de réaliser le parcours dans un temps limité, du stress, sans oublier le bruit alentour, la présence de la foule, le sentiment d'oppression, cela peut vite devenir insurmontable. Peut-on tenter d'imaginer que cette situation se répète chaque matin pour l'enfant inattentif?

Inattention - Les caractéristiques dans le T.D.A.H.

Prise d'indices (sélection) défaillante
Incapacité à maintenir un effort
Déficit de l'attention sélective
Déficit de l'attention soutenue

Quantifier l'attention n'est pas chose aisée. Des travaux de psychologie expérimentale tendent à montrer que les enfants T.D.A.H. ont une difficulté plus grande à maintenir leur attention que leurs camarades du même âge, mais que celle-ci pourrait être mobilisée de façon plus immédiate et plus intense. Des tests « papier-crayon » ou sur ordinateur ont été élaborés pour mesurer les capacités attentionnelles de ces enfants. Ces tests ne sont pas systématiquement utilisés en routine courante mais plutôt réservés à la recherche dans le domaine de l'évaluation du fonctionnement des « lobes frontaux ».

Qu'est-ce que l'hyperactivité « symptôme » et comment la reconnaître?

L'hyperactivité devient un symptôme véritable lorsqu'elle entrave de façon évidente et visible la vie de la personne, qu'il s'agisse d'un enfant, d'un adolescent ou d'un adulte. L'hyperactivité « symptôme » survient rarement de façon totalement isolée, mais entre le plus souvent dans le cadre d'un trouble plus général comme le T.D.A.H.

L'hyperactivité est une des composantes, peut-être la plus spectaculaire ou la plus visible « à l'œil nu » du T.D.A.H. Le terme « hyperactivité » employé seul est donc nécessairement réducteur si l'on veut parler d'un ensemble de symptômes dont l'hyperactivité n'est que l'un des éléments.

Hyperactivité - Les verbes d'action

Courir, grimper, sauter, trépanner, ramper, bouger, déplacer, aller, venir, descendre, monter, remuer, prendre, lâcher, tomber...

Parmi les trois composantes principales du T.D.A.H., l'hyperactivité est certainement la plus aisée à observer, d'autant que les parents et l'entourage de l'enfant y sont quotidiennement confrontés.

Comment reconnaît-on l'impulsivité?

La faculté d'inhiber une action verbale ou motrice (ne pas rire intempestivement, ne pas interrompre une conversation, ne pas se lever de table...) est essentielle à la vie en communauté et à l'adaptation sociale. Inhiber sert à choisir le comportement le plus approprié face à une situation donnée. Voilà justement ce que les enfants impulsifs-hyperactifs ne parviennent pas à faire : sélectionner la réponse adéquate au moment opportun. Tout se passe comme si le filtre ne fonctionnait pas et que plusieurs réponses se bousculaient en même temps vers la sortie. Certains travaux de psychologie expérimentale rattachent l'impulsivité à l'attention. L'impulsivité peut en effet être définie parallèlement comme une incapacité de s'arrêter pour réfléchir avant d'agir.

Impulsivité - Les attitudes significatives

N'apprend pas de ses erreurs...
Agit avant même de penser
Moins satisfait par les récompenses que les autres enfants
Moins sensible aux conséquences de ses actes que les autres enfants
Contrôle de soi inadéquat

L'impulsivité pourrait se définir « j'agis et je pense après »... L'impulsivité motrice est certainement la mieux connue. C'est à cause d'elle que l'enfant traverse la rue sans regarder, court sans prendre en compte les obstacles, arrache les objets des mains de ses copains. Mais il existe également une impulsivité cognitive (liée aux processus d'acquisition de la connaissance) qui ne lui permet pas de prendre le temps de la réflexion avant de résoudre une tâche, d'envisager les solutions possibles ou les conséquences de ses actes.

Les enfants hyperactifs ont aussi besoin de toucher à tout... Ce comportement traduit à la fois leur grande agitation, leur manque de contrôle moteur et leur impulsivité. Tripoter, malaxer, attraper, secouer, triturer, briser, craquer, tordre, remuer, plier, mordre, étirer, déformer, cisailier, ronger, sucer... Les verbes semblent ne pas suffire à décrire les comportements et l'inventivité dont font preuve les

enfants T.D.A.H. lorsqu'il s'agit d'occuper leurs mains, leurs doigts, leurs pieds ou leur bouche.

Tous les enfants turbulents sont-ils hyperactifs?

Non. Beaucoup d'enfants « mal élevés » et turbulents ne sont pas des hyperactifs, loin s'en faut ! Il peut « seulement » s'agir d'enfants qui manquent de limites éducatives ou qui perturbent délibérément leur environnement dans certaines situations précises (stress, etc.). Dans ce cas, le déficit de l'attention n'est pas retrouvé chez ces enfants, le trouble n'est pas présent depuis plus de six mois ou ne répond pas aux critères développementaux du T.D.A.H. Il pourrait être déculpabilisant pour certains parents de faire passer une carence éducative pour une hyperactivité, de même que l'enfant pourrait se retrancher derrière la « protection » conférée par ce diagnostic. Il est donc fondamental d'éviter l'écueil qui consisterait à « excuser » le comportement perturbateur de certains enfants sous prétexte d'« hyperactivité ». La plupart d'entre eux ne souffrent de rien d'autre que d'une insuffisance d'autorité parentale engendrant un manque de respect des limites et des consignes éducatives.

Les enfants « mal élevés » et turbulents – Les mots clefs

Mal élevé, turbulent, malpoli, insolent, coléreux, agressif, méchant, cruel, opposant, dangereux pour lui-même ou pour les autres...

Si les enfants hyperactifs peuvent parfois répondre aux qualificatifs ci-dessus (surtout lorsqu'un trouble des conduites ou oppositionnel est associé), ils sont, pour la plupart, des enfants sensibles, gentils et en quête d'affection. C'est davantage leur distraction et leur agitation que leur hostilité qui les amènent à se mettre en marge du groupe.

Combien de parents expriment leur déception que leur enfant « ne l'est pas ! ». Le docteur a dit que ce n'est pas un « hyperactif », ce qui semble sous-entendre qu'il est juste « mal élevé », quelle déception ! Il semblait si pratique de mettre une étiquette sur un comportement perturbateur et de médicaliser le tout. Déléguer sa responsabilité de parent au corps médical, « s'il n'obéit à rien, c'est que vos pilules ne marchent pas ! ».

La se trouve en grande partie l'origine de l'ambiguïté que soulève le diagnostic d'hyperactivité auprès des non-spécialistes. L'excès consiste en effet à vouloir appliquer à une grande partie de la population des éléments de diagnostic qui ne concernent qu'un

relativement petit nombre d'enfants ou d'adultes, ou à rechercher en désespoir de cause un diagnostic qui pourrait enfin « coller » à des difficultés relevant de la gestion du quotidien.

Pourquoi consulter?

Quentin, 12 ans, vu par ses parents

La maman de Quentin résume en quelques lignes le motif de la consultation qu'elle a souhaité avoir pour son fils au sein d'un service spécialisé dans le domaine de l'hyperactivité.

« Peur qu'il soit en échec scolaire par son attitude. Manque de concentration, comportement qui amène parents et professeurs à se fâcher avec lui... Les professeurs (et auparavant les instituteurs) disent qu'il est intelligent, intéressant, qu'il participe et gâche son potentiel par son hyperactivité incessante, son manque de concentration. Depuis la maternelle, ne tient pas en place, ne lève pas le doigt et répond spontanément, mécontent lorsqu'il lève le doigt sans être interrogé. Difficultés scolaires éventuelles : trop lent en écriture, faible en lecture, beaucoup de fautes en orthographe... En milieu familial, répond de plus en plus souvent. Se met toujours en valeur en commençant par « moi, je... », contredit systématiquement (« oui, mais »). Essaie toujours de discuter pour ne pas avoir tort et monte le ton de plus en plus. Tape des pieds. Même problème de comportement au judo, à l'athlétisme, en musique... Nous poussé à bout jusqu'à nous mettre en colère, génère des conflits permanents. A de grandes difficultés à être canalisé, cherchons à le faire aider. Souhaite lui-même être aidé car se plaint de ne pouvoir écouter ou se concentrer en classe même s'il tente d'y parvenir.

Dans les magasins : impulsif et distrait. Alors qu'on lui demande du sucre, il est devant le rayon avant même que l'on ait terminé sa phrase. Malheureusement, il ne sait déjà plus ce qu'il est venu y chercher...

Pendant les temps de loisirs, aime jouer avec les couteaux, mais surtout pour tailler des flèches dans le bois. En forêt, a toujours besoin d'être devant les autres. Emprunte des chemins en vélo sans attendre personne. Ne se retourne pas ou trop tard pour voir où sont ses parents. A sans cesse « l'esprit de course ». La nuit, fait tomber sa couette, bouge les jambes, est tombé plusieurs fois de son lit, a peur du noir... Dort de moins en moins (entre 5 et 7 heures selon les jours). Le matin, se lève d'un bond, comme monté sur ressorts, est tout de suite en action. Particularités : ouvre la porte aux dames âgées... Très sensible avec les animaux. »

Si les symptômes d'agitation sont relativement longtemps tolérés par les familles, c'est davantage la perspective de l'échec scolaire qui amène à consulter, d'autant

que les enfants hyperactifs sont pour la plupart vifs et intelligents. La maman de Quentin a attendu qu'il ait 12 ans pour prendre rendez-vous, mais les troubles sont présents depuis la maternelle. Quentin est gêné dans tous les domaines de sa vie, qu'ils soient scolaires, familiaux, relationnels, affectifs. C'est pourtant un enfant sensible et affectueux, intelligent, mais qui n'atteint pas le niveau de performances qu'il devrait avoir en raison de son manque d'application.

Comment réagissent les parents face à l'hyperactivité de leur enfant?

Le plus souvent, les pères et les mères réagissent différemment.

Les pères sont généralement plus tolérants aux symptômes. Moins présents dans la journée, moins souvent confrontés aux difficultés quotidiennes de l'enfant, ils semblent plus valorisés par les comportements « masculinisés » de leur enfant. Ils ont souvent tendance à minimiser ou dramatiser les symptômes, parfois à rejeter en bloc tout problème médical ou psychologique ; « J'étais comme lui au même âge, c'est un vrai petit gars, ça lui passera avec l'âge »...

Les mères sont souvent plus conscientes des difficultés de leur enfant, elles en subissent davantage les conséquences. Elles sont aussi plus exposées que les pères aux renforcements négatifs (commentaires désobligeants, convocations, retenues...) de la part de l'école, des enseignants, voire des autres parents d'élèves... Elles ont tendance à évaluer avec justesse ou à surévaluer les symptômes présentés par l'enfant. Elles recherchent plus volontiers de l'aide de la part de professionnels et sont souvent moins opposées à l'idée d'aider leur enfant avec un traitement médicamenteux.

Les invectives des parents...

- **À l'enfant hyperactif...**
Arrête ! Bouge pas ! Calme-toi ! Dépêche-toi ! On t'attend ! Arrête de bouger ! Fais attention ! Ça suffit ! Concentre-toi sur ce que tu fais... Attends que ta sœur ait terminé de parler ! Dis ce que tu as à dire, ensuite écoute les autres !
- **À la sœur ou au frère de l'enfant hyperactif...**
Laisse-le tranquille, ne réponds pas, laisse-le dire, ne l'énerve pas, laisse tomber, ça ne finira jamais, toi tu sais arrêter, alors arrête...

Parfois, les parents sont eux-mêmes hyperactifs. L'hyperactivité est en effet souvent un trouble affectant plusieurs membres d'une même famille, de générations différentes. Lorsqu'un parent est atteint, il est nettement plus

difficile pour lui d'organiser l'emploi du temps de son enfant et de se tenir aux exigences que cela suppose. Distrait, ayant tendance à oublier les rendez-vous ou arrivant en retard, il peut donner à son enfant l'impression que le cadre familial sur lequel il aurait tant besoin de se reposer est lui-même défaillant. « C'est toujours comme ça avec maman ! » s'exclame Jeremy, arrivé hors d'haleine avec 25 minutes de retard à son rendez-vous d'orthophonie, et déjà en retard pour son rendez-vous suivant chez l'orthodontiste !

Comment parler à un enfant de son hyperactivité?

Expliquer l'hyperactivité aux enfants n'est pas toujours chose aisée. Les enfants hyperactifs n'ont pas la sensation d'être malades, mais perçoivent bien que « quelque chose » ne va pas dans leur comportement, qu'ils sont « un peu » différents des autres enfants. Avoir à prendre chaque jour un médicament peut accroître chez eux ce sentiment de différence, tout au moins dans le regard que les autres, adultes et enfants, portent sur eux. Tenter de leur faire comprendre avec des mots simples est la meilleure façon de dramatiser la situation et d'obtenir la meilleure collaboration de leur part.

Le coin des enfants...

Maman, pourquoi certains enfants sont-ils trop actifs? Pourquoi est-ce que je n'arrive jamais à m'arrêter de bouger?
Bouger est normal pour un enfant; tu as beaucoup d'énergie et cette énergie déborde parfois. Tu dois apprendre à la maîtriser pour pouvoir faire de ton mieux.

Maman, l'hyperactivité me fait peur! Est-ce que quelque chose ne va pas dans mon cerveau?
Ton cerveau est normal, il est comme celui de tous les enfants. Mais parfois, comme sur une voiture, les freins ne sont pas assez forts pour arrêter la voiture, ou le moteur est trop puissant. Il faut donc aider les freins à mieux marcher et tout ira beaucoup mieux.

Maman, l'hyperactivité, est-ce une maladie?
Non, pas exactement. Plutôt un trouble. C'est-à-dire que quelque chose ne marche pas exactement comme il le faudrait, mais cela ne va pas s'aggraver. Il suffira d'en tenir compte et de s'organiser pour que tu puisses faire les choses au mieux.

On ne peut pas en mourir?
Pas du tout.

Comment le docteur fait-il pour savoir que je suis hyperactif?

Il t'a vu à sa consultation et sait comment tu es à la maison car papa et moi le lui avons dit. Le docteur est là pour t'aider. Il a vu beaucoup d'enfants qui ont le même problème que toi. Le docteur a même donné un papier avec des questions pour ta maîtresse, pour qu'elle puisse expliquer comment se passe la classe. Nous allons tous travailler ensemble pour que tu puisses réussir au mieux.

Maman, est-ce que je suis moins intelligent que les autres enfants?

Pas du tout. Tu es aussi intelligent que les autres enfants. Tu as plus de mal à te concentrer longtemps, mais tu es très curieux de tout ce qui se passe autour de toi. Parfois, tu te laisses distraire par des choses qui sont sans importance et cela t'empêche de bien te concentrer.

Pourquoi faut-il encore aller voir l'orthophoniste, je n'ai jamais le temps de jouer!

L'orthophoniste va t'aider à mieux parler, mieux lire et mieux écrire. C'est très important pour toi car tu seras beaucoup plus à l'aise en classe et les autres feront plus attention à toi. Tu dois apprendre à communiquer plus avec les mots et moins avec les gestes. Tu pourras jouer autant que tu le désires après ta séance avec l'orthophoniste, qui ne dure que 30 minutes.

Pourquoi faut-il toujours prendre un médicament si je ne suis pas malade?

Le médicament va t'aider à appuyer sur les freins pour que la voiture ne roule pas trop vite. Si tu ne le prends pas, tu n'as pas suffisamment de force pour y arriver toi-même. Peut-être que plus tard, quand tu seras plus grand, tu pourras y arriver sans médicament. Alors fais bien attention à ne pas l'oublier, car sinon la voiture pourrait sortir de la route!

Quelle peut être la prise en charge psychologique?

Elle relève des psychologues, des psychothérapeutes et des psychanalystes.

Les psychologues ont suivi des études en faculté ou dans des écoles de psychologie. Ils sont détenteurs d'une D.E.S.S. de psychologie clinique. Ils n'ont pas de formation médicale. Ils peuvent être ou non psychothérapeutes, c'est-à-dire inclure la psychothérapie dans leur pratique. Ils peuvent pratiquer des évaluations psychologiques, incluant des tests (intelligence, personnalité, anxiété, hyperactivité...) selon leur formation et leur orientation. Les psychologues

spécialisés dans l'évaluation et le traitement du T.D.A.H. sont formés à l'utilisation des échelles d'évaluation de ces troubles et aux tests d'attention (TEA-CH, tests de barrage, Stroop, Trail Making Test, T.O.V.A.).

Les psychothérapeutes sont des personnes pratiquant une technique de psychothérapie. Les psychothérapeutes peuvent être des médecins, intégrant cette pratique dans leur panel thérapeutique, ou des non-médecins. La psychothérapie a pour but de modifier l'expression de conflits psychiques, de comportements ou de processus de pensée censés nuire au sujet.

Parfois médecins ou psychologues, mais pas nécessairement, les psychanalystes ont suivi une formation à l'institut de psychanalyse. Ils s'inspirent des différentes théories de Freud ou de ses disciples, ou de celles du psychanalyste français Jacques Lacan. Lors de l'acure-type, le patient est allongé et parle librement. Les indications des techniques psychanalytiques sont très limitées dans le T.D.A.H. de l'enfant. Elles trouvent parfois leur place chez l'adulte, mais n'ont aucune spécificité par rapport à l'hyperactivité.

Les thérapies du comportement sont les plus utilisées dans le traitement non médicamenteux de l'hyperactivité. Elles s'adressent à l'enfant seul (ou l'adulte seul) ou à ses parents. Elles ont pour but de modifier certains comportements de l'enfant.

Les thérapies cognitives font davantage appel à un travail sur le raisonnement et la résolution de certains problèmes posés à l'enfant. Il lui sera par exemple demandé d'imaginer plusieurs solutions possibles par rapport à une situation donnée et de choisir celle qui lui semble la meilleure. Ces thérapies peuvent donner lieu à des jeux de rôle dans la situation qui pose problème. Il se confronte ainsi au jugement (bienveillant mais critique) de ses camarades, sous la supervision d'un thérapeute.

La thérapie familiale n'est pas recommandée en routine. Elle peut néanmoins aider de façon décisive les parents à s'adapter au comportement difficile de leur enfant hyperactif, à accepter le diagnostic ou le traitement médicamenteux.

L'annonce du diagnostic provoque en effet parfois un processus de deuil comparable à celui que peuvent vivre les parents d'un enfant handicapé. Les répercussions sur la vie du couple et sur la fratrie sont fréquentes. Une attention particulière doit être portée à l'isolement social et au sentiment d'incompétence que peuvent développer les parents d'un enfant ou d'un adolescent présentant un T.D.A.H. Si l'un des parents ou membre de la fratrie est lui-même touché, la dynamique et les capacités d'adaptation de la famille pourront être influencées de manière importante.

Une thérapie impliquant les différents membres de la famille, qu'ils souffrent ou non de T.D.A.H., aide à mieux comprendre les réactions de chacun et à harmoniser les relations dans la cellule familiale.

En fonction du contexte clinique et des difficultés de l'enfant, un suivi en orthophonie et/ou en psychomotricité peut s'avérer nécessaire.

..... **Pourquoi traiter avec des psychostimulants?**

Les psychostimulants sont les médicaments les plus utilisés dans le traitement pharmacologique du T.D.A.H. Ils appartiennent à la classe des psychotropes, des produits qui ont un effet sur le système nerveux central, donc sur le cerveau et ses mécanismes propres (transmission synaptique)... Comme l'indique leur nom, ces produits sont stimulants et ne cherchent donc pas à freiner l'activité mentale des enfants T.D.A.H. en les endormant ou en les « abrutissant ». Ils accroissent au contraire les capacités de vigilance et de concentration. Ils ne vont pas rendre l'enfant plus excité ou « speed » qu'il ne l'est déjà, mais le ramener à un niveau d'attention qui devrait être son niveau de fonctionnement habituel. Donnés à des sujets sains non T.D.A.H., les psychostimulants n'auraient aucun effet sur la performance et risqueraient d'entraîner des effets secondaires non négligeables. C'est en cela que ces produits agissent comme des médicaments et non comme des drogues qui augmenteraient les performances de sujets normaux.

De nombreux parents se posent légitimement la question de savoir s'ils « ne droguent pas » leur enfant T.D.A.H. en leur administrant quotidiennement un traitement psychostimulant. Les nombreuses études menées avec le méthylphénidate n'ont pas montré de dépendance ni d'accoutumance avec ce produit. De plus, des travaux scientifiques récents permettent de penser que le fait de proposer un traitement psychostimulant aux enfants T.D.A.H. pourrait avoir un effet protecteur par rapport au risque d'évolution vers des conduites addictives. Il pourrait ainsi être conseillé d'intervenir tôt dans l'évolution du T.D.A.H.

Certains se posent la question de savoir pourquoi on n'utilise pas chez les hyperactifs des médicaments qui calment, plutôt que des médicaments qui excitent... En fait, les médicaments dits « sédatifs » (calmans) entraînent une fatigue, une somnolence et des effets sur les fonctions intellectuelles et cognitives. Non seulement ils ne corrigent pas le problème biologique du T.D.A.H., mais ils peuvent

au contraire l'aggraver. C'est le cas des neuroleptiques, qui ont un effet dépressur sur le système dopaminergique, lequel est justement déjà défaillant chez les hyperactifs.

À court terme, le traitement par les psychostimulants donne au contraire des effets très rapides, voire immédiats. L'effet sur le comportement est généralement obtenu une heure après la prise du comprimé de Ritaline®. L'enfant est plus calme, moins agité, moins impulsif, il se contrôle mieux. Ses gestes sont moins désordonnés, moins parasites, plus précis. En classe, il est plus attentif et moins distrait, il peut rester plus longtemps concentré sur une tâche. Au retour de l'école, il adopte un comportement plus stable et se trouve dans de meilleures dispositions pour faire ses devoirs. Le week-end, si le traitement est poursuivi, l'implication dans des activités est plus aisée, moins conflictuelle et mieux maîtrisée.

Les stimulants sont de loin les médicaments les plus utilisés – et presque toujours le premier choix – dans le T.D.A.H. L'expérience acquise avec ce type de substance remonte à une soixantaine d'années. Selon les études, le taux de réponse positive est généralement de l'ordre de 75 % chez l'enfant, voire 95 % dans certains cas précis (interventions à divers niveaux, combinées à des doses variées de méthylphénidate ou de dextroamphétamine).

Quels effets bénéfiques peuvent avoir les psychostimulants ?

Le traitement améliore en premier lieu la réponse physiologique aux stimuli, c'est-à-dire les capacités attentionnelles (diminution de l'inattention).

Ceci entraîne une meilleure initialisation de l'action et un meilleur ajustement à la situation en intervenant sur la préparation de l'action (diminution de l'impulsivité).

Ce « meilleur » contrôle permet en troisième lieu une « amélioration » de la sélectivité aux stimuli (choix du stimulus le plus pertinent, non-prise en compte des stimuli secondaires) et donc de la réponse motrice adaptée à ces stimuli (diminution de l'hyperactivité).

Il est bon de préciser que :

- les amphétamines agissent principalement en augmentant la libération et en inhibant la recapture de la noradrénaline et surtout de la dopamine;
- tandis que le méthylphénidate agit en inhibant la recapture de noradrénaline et de la dopamine seulement, sans en augmenter la libération. Le mode d'action principal du méthylphénidate serait d'augmenter la concentration synaptique en dopamine en bloquant le transporteur de la dopamine (cf. question 14) et en agissant sur le transporteur D.A.T.

Le T.D.A.H. relève-t-il du handicap?

Nous rappelons ici l'article de loi L 114 qui précise la définition de handicap.

Art. L. 114 : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Selon cet article, les enfants présentant un T.D.A.H. aux répercussions sévères, pourraient se voir attribuer des aides réservées aux personnes handicapées, en particulier dans le domaine de la scolarité et de la rééducation. Effectuer une démarche de reconnaissance de handicap et donc demander la prise en compte des répercussions engendrées par le trouble, car même si celui-ci n'est pas un handicap en soi, ses conséquences le sont à juste titre. De plus, la loi handicap faisant de la scolarisation en milieu ordinaire la règle et non plus l'exception, il était indispensable de mettre en place des équipes dédiées et formées afin de faciliter l'insertion des enfants porteurs de handicap.

(L'une des nouveautés de la loi est également d'ouvrir droit à compensation du handicap et de la situation de handicap.)

Encart B.O. n° 6 du 7-2-2002

Mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit

Définition des troubles spécifiques du langage oral et écrit

« Les troubles spécifiques du langage oral et écrit (dysphasies, dyslexies) qui font l'objet de cette circulaire sont à situer dans l'ensemble plus vaste des troubles spécifiques des apprentissages qui comportent aussi les dyscalculies (troubles des fonctions logico-mathématiques), les dyspraxies (troubles de l'acquisition de la coordination) et les troubles attentionnels avec ou sans hyperactivité. »

Un enfant hyperactif le restera-t-il à l'âge adulte?

Bien connu des pédiatres et pédopsychiatres, le T.D.A.H. a longtemps été considéré comme un trouble de l'enfance ayant tendance à s'atténuer puis à disparaître vers l'âge de la puberté. Il est

maintenant bien établi que plus de la moitié des enfants hyperactifs garderont des manifestations plus ou moins invalidantes du trouble à l'âge adulte.

L'hyperactivité est à son paroxysme entre 6 et 12 ans, et se révèle particulièrement handicapante dans des conditions qui nécessitent calme, écoute et tranquillité. Or, ces situations s'enchaînent tout au long de la journée, de l'école jusqu'aux devoirs du soir, en passant par l'étude ou la leçon de piano et demandent à l'enfant un effort d'attention soutenu. C'est donc le plus souvent vers l'âge de 6 à 7 ans (C.P.-C.E.1) que les parents d'enfants supposés hyperactifs viennent en consultation, d'autant que les difficultés d'apprentissage, plus particulièrement de la lecture, sont susceptibles d'apparaître.

Dans la très grande majorité des cas, un adolescent ne devient pas hyperactif. Les adolescents hyperactifs sont en général d'anciens enfants hyperactifs qui le sont restés à l'adolescence. Les études montrent en effet que des symptômes persistent à l'adolescence dans près de 50 % des cas. Il semblerait également que l'hyperactivité motrice, dont le pic semble se situer vers 12 ans, tend à diminuer par la suite, sous l'effet probable des modifications hormonales de la puberté.

Enfin, les études actuelles montrent que un à deux tiers des enfants T.D.A.H. gardent des manifestations plus ou moins importantes de leur hyperactivité à l'âge adulte. On peut en déduire que 1 à 6 % des adultes sont concernés dans la population générale!

Ce n'est donc pas toujours la faute des parents?

Non, bien sûr. L'époque semble révolue ou tout était « de la faute des parents », jusqu'aux troubles sévères comme l'autisme ou les troubles envahissants du développement. Les psychiatres semblent enfin avoir admis que les modalités environnementales, familiales, interrelationnelles, aussi inadaptées soient-elles, ne peuvent être tenues pour responsables de pathologies ayant un substratum organique évident. Que ces troubles modifient en retour les relations familiales, cela semble inévitable et doit amener une attention toute particulière de la part des intervenants, médecins ou psychothérapeutes amenés à suivre les enfants et à conseiller leurs familles.

L'entourage de l'enfant joue néanmoins un rôle majeur. Il influencera de manière souvent déterminante la façon dont l'enfant vivra son trouble et avec son trouble. Si l'enfant se sent rejeté, mis à l'écart,

peu valorisé au sein même de sa famille, les symptômes peuvent aller en s'intensifiant. Si l'enfant est encouragé et compris comme ayant une difficulté dont on va s'occuper et que l'on va prendre en compte, l'évolution sera d'autant plus favorable.

S'occuper d'un enfant T.D.A.H. demande beaucoup de temps, de disponibilité... et de patience. Or les parents ne sont pas toujours disponibles au moment où le voudrait l'enfant. De plus, les visites répétées chez le médecin, l'orthophoniste, le psychomotricien et les rendez-vous avec l'école prennent beaucoup de temps, d'énergie et demandent une organisation sans faille...

Quels sont les conseils pour vivre au mieux avec mon enfant T.D.A.H.?

- Ne sur-stimulez pas ou ne fatiguez pas excessivement l'enfant.
- Limitez au maximum les possibilités de distraction ou de diversion.
- Ayez vos priorités sur un ou deux comportements ciblés (pas d'avantage).
- Cherchez à contenir plutôt qu'à éliminer les comportements négatifs.
- Soyez clair et prévisible dans vos règles et vos routines.
- Récompensez ce qui est fait de façon satisfaisante.
- Établissez des conséquences identiques pour un même comportement.
- Donnez à l'enfant un choix clair et limité.
- Préparez l'enfant à ce qui se passera ensuite.
- Soyez créatif et flexible tout en respectant le cadre que vous avez défini.
- Écrivez les instructions en même temps que vous les donnez oralement.
- Demandez à l'enfant de répéter les instructions.
- Jouez, faites des exercices qui répondent aux désirs de l'enfant.
- Mettez en place des périodes de repos.
- Acceptez les erreurs de l'enfant.
- Acceptez de changer d'endroit pour travailler si nécessaire.
- Utilisez des images visuelles pour enseigner et expliquer.
- Évitez les injonctions qui diminuent les efforts : « *Tu peux faire mieux si tu essaies davantage...* »
- Autorisez l'enfant à faire quelque chose de ses mains si la séance se prolonge, par exemple manipuler des objets, legos, crayons, pâte à modeler...
- Donnez des opportunités à l'enfant de pouvoir créer, utiliser son imagination, être récompensé de ses efforts.
- Sensibilisez l'école aux besoins de l'enfant.
- Établissez un partenariat avec les enseignants et les professeurs.
- Maintenez une homogénéité dans tous les domaines.
- Aidez l'enfant à exprimer ses émotions, au besoin, reformulez-les avec lui.

Les hyperactifs, qui sont-ils? Adultes, enfants, adolescents, hommes ou femmes, personnages célèbres ou êtres familiers, ils font partie de notre quotidien... En effet, près de 5 % des enfants et 2 % des adultes seraient atteints de ce syndrome qui associe une hyperactivité, un défaut de l'attention et une impulsivité.

Maladie, trouble, anomalie de fonctionnement de certaines régions du cerveau, l'hyperactivité représente souvent un handicap dans la vie de l'enfant et de sa famille. Reconnaître ce trouble, le réduire et prévenir ses complications sont autant de défis auxquels des professionnels de l'hyperactivité tentent de répondre à travers ce livre. Aucune voie n'est négligée : thérapie du comportement et de l'estime de soi, rééducation en orthophonie ou en psychomotricité, traitements médicamenteux sont successivement explorés, cette nouvelle édition tenant compte des recherches les plus récentes dans tous ces domaines.

La présente brochure est extraite du Livre :

L'hyperactivité - T.D.A.H.

Collection « Réponses à vos questions »

Auteurs : Michel Lecendreux

avec la participation du Dr Éric Konofal et de Monique Touzin

Éditions SOLAR

ISBN : 978-2-263-04341-3

384 pages - 148,5 x 220 mm

Prix TTC : 14,90 €