

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

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.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} 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

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.

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).



© Dunod, 2015

5 rue Laromiguière, 75005 Paris

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-072412-3

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o 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

Introduction	1
Chapitre 1 Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	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
Chapitre 2 TDA/H et comorbidités	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

Chapitre 3	Investigations complémentaires	88
	Hétéro et auto-questionnaires	90
	Les outils psychométriques	99
	Examens complémentaires	107
	Vignettes cliniques	114
Chapitre 4	Le recueil de données	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
Chapitre 5	Entretien avec le patient	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
Chapitre 6	Les traitements du TDA/H de l'enfant et de l'adolescent ..	176
	Psychoéducation	179
	Thérapie comportementale et cognitive	185
	Interventions psychosociales	190
	Aménagements scolaires	198
	Entraînements cognitifs	201
	Bibliographie	203

Chapitre 7	Synthèse et décision thérapeutique.....	204
	Enjeux de la prise en charge	206
	Bilans complémentaires	211
	Stratégies thérapeutiques	214
	Initiation et suivi de traitement	227
	Bibliographie	237
Annexes.....	238
	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^e 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 ?	10
Un problème de santé publique	12
Le concept d'attention	15
Quelques idées reçues sur le TDA/H	16
Les critères diagnostiques	19
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	31
Les fonctions exécutives	31
Bases neurobiologiques	34
Apports de l'imagerie cérébrale	35
Diagnostic différentiel du TDA/H	36
Les troubles anxieux	36
Les troubles de l'humeur	39
Le haut potentiel	41
Diagnostic positif de TDA/H	42
Un diagnostic clinique	42
Présentations cliniques	43
Évolution clinique naturelle	45
Bibliographie	48

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

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

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.

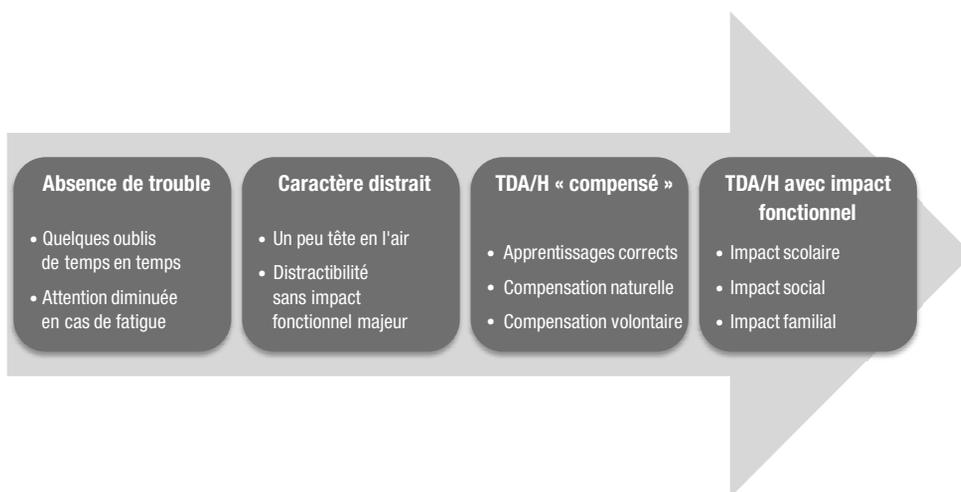


Figure 1.1. Le spectre de trouble dysfonctionnel de l'attention

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 ^{er} 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) ;