# TDA/H

## Trouble déficitaire de l’attention avec ou sans hyperactivité

Jean Chambry

Réseau TAP

# Symptômes d'inattention

- Maintien attention : difficulté à rester concentré sur une tâche, à terminer ce qu'il entreprend
- Focalisation attention : difficulté à focaliser sur une tâche
- Distractible : perd ses affaires, ses outils, oublie ce qu'on lui a demandé de faire
- Partage de l'attention : ne peut faire plusieurs choses en même temps
- Semble ne pas écouter, ne pas se souvenir

# Symptômes d’hyperactivité

- HA motrice: Hyperkinésie
  - Bouge sans cesse, tripote tout à sa portée
  - Ne peut rester en place assis
  - Court et grimpe partout
- HA comportementale: instabilité psychomotrice
  - Ne peut aller au bout d’un tâche, d’un exercice
  - Difficultés d’organisation
  - Parle trop
  - Sensibilité des affects, des émotions

# Symptômes d’impulsivité

- Répond avant la fin de la question
- Ne peut se conformer aux ordres, aux consignes
- Intolérance à frustration, colères
- Difficulté à attendre son tour
- Interrompt les autres (conversations, jeux)
- Passe d’un activité à l’autre
- Problème d’organisation dans son travail

# Elements diagnostiques

- Caractères des symptômes :
  - **Durables**
  - **Permanents** : à l'école, à la maison, partout mais fluctuations possibles selon cadre
  - **Retentissement** sur vie scolaire, sociale
  - **Ancienneté** des troubles (avant 7 ans)
- Diagnostic clinique +++
- Éliminer cause : diagnostic différentiel

# Diagnostic différentiel : Causes d'inattention

- Déficience mentale
- Absences épileptiques
- Fatigue +++
- Absence de motivation ou d'intérêt
- Inhibition psychique (anxiété, dépression)
- Trouble de la pensée (envahie ou entravée)
- Enfant rêveur

# Diagnostic différentiel : Causes d'hyperactivité

- Troubles psychopathologiques (dépression, psychose, etc…) et maltraitance
- Déficience mentale
- Troubles d'apprentissage
- Déficit sensoriel (surdité)
- Pathologie neurologique (épilepsie, IMC, hydrocéphalie, narcolepsie)
- Syndrome génétique (Sd de Williams)
- Toxiques (plomb, mercure)
- Médicaments (cocaïne, psychostimulants, phénobarbital, benzodiazépines)
- Hyperthyroïdie

# Epidémiologie TDA/H

- Prévalence : 5.29% (Polanczyk Am J Psychiatry 2007)
- En France, étude de Lecendreux (2010) : 3.5 à 5.6 %
- Majorité de garçons 5 à 6/1 (Lecendreux 8 à 9/1)
- Prévalence internationale très hétérogène

# DEFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITE
## Etiologie

- Troubles neuropsychologiques : vigilance, mémoire de travail, troubles de l'attention, … mais cela ne suffit pour expliquer le syndrome.
- Vulnérabilité génétique
- Troubles des neurotransmetteurs (dopamine, noradrénaline,norepinephrine)
- Trouble du fonctionnement préfrontal et du lobe cingulaire antérieur
- Facteurs environnementaux: conflits familiaux, bas niveau socio économique

# Origine du TDA/H

- Arguments pour des bases neurobiologiques :
  - Imagerie fonctionnelle :
    - Hypoactivité système striato-préfrontal (SPECT, PET, IRMf) et du système dopaminergique (18 fluorodopa)
    - Effet du méthylphénidate sur système dopaminergique
  - Génétique :
    - Etudes de jumeaux : mono 66%, di 28%
    - Incidence familiale : risque x 5
    - Héritabilité 76 %
    - Gênes candidats  : $ dopa (DAT1, DBH, DRD4, DRD5), $ sérotonine (HTRB1, SLC6A4/5HTT), autres (SNAP25)

# Origine du TDA/H

- Influence de facteurs environnementaux :
  - In utero :
    - alcoolisme fœtal
    - tabagisme ou toxicomanie maternels
  - RCIU, prématurité, anoxo-ischémie néonatale
  - Sd apnées du sommeil
  - Carence martiale ?
  - Socio-éducatifs

# Démarche diagnostique

- Diagnostic à partir du DSMV
- Critères d ’inattention (9)
- Critères d ’hyperactivité et impulsivité (9)
- Au moins 6 critères d’inattention et/ou d’HA présents pour évoquer le diagnostic
- Critères obligatoires : début avant 12 ans, durée > 6 mois

# Critères d’ Inattention

- Souvent
  - Ne parvient pas à maintenir son attention dans les détails ou fait des erreurs d’ inattention dans son travail scolaire ou dans d’ autres activités
  - Ne parvient pas à maintenir son attention dans des tâches ou des jeux
  - N’ a pas l’ air d’ écouter quand on lui parle
  - Ne suit pas l’ ensemble des consignes
  - Difficultés à organiser son travail ou autres activités
  - Semble démotivé pour son travail scolaire ou toute tâche nécessitant un effort mental
  - Perd les affaires nécessaires à son travail ou ses jeux
  - Est facilement distrait par les stimuli externes
  - Est négligent dans ses activités quotidiennes

# Critères d'HA/Impulsivité

- Remue souvent ses mains et ses pieds ou bouge sur son siège
- Quitte souvent sa place en classe ou dans toute autre situation où l'on demande de rester en place
- Court souvent ou grimpe partout dans des circonstances inappropriées
- A souvent des difficultés à avoir des jeux ou des activités de loisir calmes
- Est souvent « sur la brèche » ou agit avant de réfléchir
- Parle souvent trop

- Se précipite souvent pour répondre aux questions avant qu'elles n'aient été totalement formulées
- A du mal à attendre son tour
- Interrompt souvent autrui

# Formes cliniques

- Type I : Mixte
- Type II : Inattention prédominante
- Type III : HA/Impulsivité prédominantes

# Co-morbidités

- Trouble des conduites
- Trouble oppositionnel
- Trouble anxieux
- Tics
- Troubles des apprentissages :
  - TLO
  - Dyslexie (30% des TDAH, souvent visuo-attentionnelle)
  - Dyspraxie

# DEFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITE
## Autres évaluations

- Aucun marqueur physique, aucun test cognitif, d'imagerie ou de laboratoire ne peut confirmer ou infirmer ce diagnostic
- Intérêts d'évaluer la capacité intellectuelle, d'explorer un trouble d'apprentissage
- Importance des échanges d'informations avec l'enseignant mais avec l'accord de la famille

# Diagnostic TDA/H

- Si critères présents au DSM V : en fonction des situations
  - Questionnaires de Conners
  - Questionnaire d'Achenbach
  - Bilan neuropsychologique de l'attention et des fonctions exécutives : TEA-Ch, Nepsy, CPT-II
  - WISC IV : faible IVT en faveur (code)

Questionnaire complété le : 18/02/2005 (date à laquelle le questionnaire est rempli)

Vous trouverez ci-dessous une liste décrivant des comportements.
Placer une croix dans la colonne qui décrit le mieux cet enfant.
RÉPONDRE A TOUTES LES QUESTIONS. Merci.

| Observation | pas du tout | un petit peu | beaucoup | énormément |
|---|---|---|---|---|
| 1. Agité, se « tortille » sur sa chaise | | | | X |
| 2. Fait des bruits incongrus quand il ne faut pas | | X | | |
| 3. On doit répondre immédiatement à sa demande | | | X | |
| 4. Fait le malin | X | | | |
| 5. Crises de colère et conduites imprévisibles | X | | | |
| 6. Trop sensible à la critique | | X | | |
| 7. Distrait ou attention fluctuante | | X | | |
| 8. Perturbe les autres enfants | | | X | |
| 9. Rêveur | X | | | |
| 10. Fait la moue et boude | | X | | |
| 11. Humeur changeant rapidement et de façon marquée | | X | | |
| 12. Bagarreur | | X | | |
| 13. Attitude soumise face à l'autorité | X | | | |
| 14. Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche | | | | X |
| 15. S'excite facilement, impulsif | | | | X |
| 16. Demande une attention excessive de l'enseignant | | | | X |
| 17. Semble mal accepté par le groupe | X | | | |
| 18. Se laisse mener par les autres enfants | X | | | |
| 19. Est mauvais joueur | | X | | |
| 20. Semble manquer de capacités à entraîner ou mener les autres | X | | | |
| 21. Difficultés à terminer ce qu'il commence | | X | | |
| 22. Puéril et immature | | X | | |
| 23. Nie ses erreurs et accuse les autres | X | | | |
| 24. A des difficultés à s'entendre avec les autres enfants | X | | | |
| 25. Peu coopérant avec ses camarades | X | | | |
| 26. S'énerve facilement quand il doit faire un effort | | X | | |
| 27. Peu coopérant avec ses camarades de classe | X | | | |
| 28. Difficultés d'apprentissage | | X | | |

# Conséquences

- Difficultés relationnelles et d’intégration : rejet,  pas d’amis
- Faible estime de soi, anxiété
- Troubles du sommeil
- Conduites à risque : pour eux-mêmes, pour les autres

# DEFICIT DE L’ATTENTION/HYPERACTIVITE Evolution

- Persistance possible à l’adolescence voire à l’âge adulte
- Vulnérabilité vers l ’évolution d’autres troubles: personnalité antisociale, conduites addictives
- Conséquences scolaires et sociales: rejet, trouble des apprentissages

# DEFICIT DE L’ATTENTION/HYPERACTIVITE
## Approche thérapeutique

- La médication seule n’est jamais suffisante
- Première étape: soutien familial, groupe Barkley
- Seconde étape en fonction de l’âge: psychomotricité
- Troisième étape: le traitement médicamenteux
- Quatrième étape: les aides complémentaires

# DEFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITE
## Interventions auprès de la famille

- Consultation familiale
- Programme d'entraînement des parents
- Approche éducative
- Thérapie familiale

# Traitement

- Age ≥ 6 ans
- Prescription initiale hospitalière uniquement par pédiatre, neurologue ou psychiatre, valable 1 an
- Renouvellement tous les 28 j par médecin sans modification
- 2 ordonnances nécessaires pour pharmacie
- Liste 1 : en toutes lettres

# DEFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITE Methylphénidate

- En France

Prescription initiale par le spécialiste

Posologie: entre 0,5et 1 mg/kg/j

Soit 10 à 60 mg/j

Dose progressive en deux à trois prises au cours de la journée

Il exsiste aussi des formes LP (Ritaline LP; Concerta(18 à 54 mg/j) Quasym (10 à 40 mg), Medikinet (5 à 40 mg)

- Commencer à dose progressive en 15 j environ pour dose efficace
- Effet très rapidement visible : agit en 45 mn et pdt 4 heures, 8 heures avec forme retard

# Traitement : effets secondaires

- Transitoires : céphalées, vertiges, somnolence, nausées, douleurs abdominales
- Anorexie, baisse d'appétit
- Troubles du sommeil : prise matin ou matin-midi si forme standard
- Trouble de l'accomodation : flou visuel
- Palpitations, tachycardie, élévation TA : surveillance TA
- Ralentissement staturo-pondéral : arrêter pendant vacances scolaires, parfois WE
- *Rares si posologie faible <1mg/kg/j*

# Traitement : contre-indications

- Affections cardio-vasculaires sévères
- Glaucome
- Hypersensibilité au méthylphénidate
- Grossesse, allaitement
- Traitement par IMAO(anti-dépresseurs)

A surveiller si Trouble psychiatrique avéré : dépression, psychose, anxiété importante, si epilepsie

# Critères De Traitement Médicamenteux

- Pas de contre-indication
- Si tests en faveur du diagnostic de TDA/H
- Si gêne suffisante et retentissement

# DEFICIT DE L’ATTENTION/HYPERACTIVITE
## Methylphénidate

- Durée Globale, arrêt de week end ou de vacances en fonction des cas
- Retentissement sur la croissance?
- Problème des tics
- Pas de dépendance observée

Questionnaire complété le : 18 mai 2006 (date à laquelle le questionnaire est rempli)

Vous trouverez ci-dessous une liste décrivant des comportements.
Placer une croix dans la colonne qui décrit le mieux cet enfant.
RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS. Merci.

| Observation | pas du tout | un petit peu | beaucoup | énormément |
|---|---|---|---|---|
| 1. Agité, se « tortille » sur sa chaise | | X | | |
| 2. Fait des bruits incongrus quand il ne faut pas | X | | | |
| 3. On doit répondre immédiatement à sa demande | X | | | |
| 4. Fait le malin | X | | | |
| 5. Crises de colère et conduites imprévisibles | X | | | |
| 6. Trop sensible à la critique. | X | | | |
| 7. Distrait ou attention fluctuante | | X | | |
| 8. Perturbe les autres enfants | X | | | |
| 9. Rêveur | | X | | |
| 10. Fait la moue et boude | X | | | |
| 11. Humeur changeant rapidement et de façon marquée | X | | | |
| 12. Bagarreur | X | | | |
| 13. Attitude soumise face à l'autorité | | X | | |
| 14. Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche | X | | | |
| 15. S'excite facilement, impulsif | X | | | |
| 16. Demande une attention excessive de l'enseignant | X | | | |
| 17. Semble mal accepté par le groupe | X | | | |
| 18. Se laisse mener par les autres enfants | X | | | |
| 19. Est mauvais joueur | | X | | |
| 20. Semble manquer de capacités à entraîner ou mener les autres | X | | | |
| 21. Difficultés à terminer ce qu'il commence | | X | | |
| 22. Puéril et immature | X | | | |
| 23. Nie ses erreurs et accuse les autres | X | | | |
| 24. A des difficultés à s'entendre avec les autres enfants | X | | | |
| 25. Peu coopérant avec ses camarades | X | | | |
| 26. S'énerve facilement quand il doit faire un effort | X | X | | |
| 27. Peu coopérant avec ses camarades de classe | X | | | |
| 28. Difficultés d'apprentissage | | | | |

| OBSERVATIONS | Signature du Professeur | Signature du Directeur | Signature des parents |
|---|---|---|---|
| ***Période 1*** Cyril fait beaucoup d'efforts mais en raison de ses difficultés à l'écrit, les résultats restent très moyens. Il faut améliorer la lecture. Cyril ne doit pas se décourager. | | | |
| ***Période 2*** Cyril a beaucoup de mal à se concentrer sur son travail. S'occupe trop de ce qui se passe autour. Les résultats restent insuffisants. Attention aux leçons ! | | | |
| ***Période 3*** Bravo à la "ritaline" qui a vraiment transformé Cyril. Beaucoup plus d'attention et les résultats sont bien meilleurs. Enfant très stimulé par ce qui "arrive". Bon courage pour le CM2 | | | |

Admis au CM2

# DEFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITE
## Interventions auprès de l'enfant ou l'adolescent

- Thérapie comportementale

Moins efficace que le traitement médicamenteux et elles ne contribuent pas à l'arrêt du traitement

- Psychothérapie individuelle
  - Cognitive: peu de résultats
  - Psychodynamique: en particulier si comorbidité anxieuse, dépressive. Permet à l'enfant d'être actif dans le soin
- Activités sportives et de loisirs
- Aide instrumentale
- Neurofeedback
- Remédiations cognitives

# DEFICIT DE L’ATTENTION/HYPERACTIVITE
# Intervention auprès de l’école

- Aménagement pédagogique
- Premier rang, limiter les distracteurs, capter l’attention, tolérance sur les déplacements
- Faciliter les évaluations orales
- Tolérance sur l’écrit