

Corps du texte

- [1. Ou'est-ce que le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ?](#)
- [2. Pourquoi ?](#)
- [3. Quels symptômes et quelles conséquences ?](#)
- [4. Quelques chiffres](#)
- [5. Traitement](#)
- [6. Conséquences sur la vie scolaire](#)
- [7. Quand faire attention ?](#)
- [8. Comment améliorer la vie scolaire des enfants malades ?](#)
- [9. L'avenir](#)

Qu'est-ce que le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ?

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) se caractérise par une **inattention**, de l'**impulsivité** ("l'action précède la réflexion"), et de l'**hyperactivité** ou agitation motrice non contrôlée. Il se développe chez un enfant intelligent, sans qu'une maladie neurologique ou psychiatrique l'explique exclusivement. On retrouve souvent d'autres troubles, associés ou partie intégrante du TDA/H, dont des troubles des apprentissages. Le TDA/H entraîne très souvent des difficultés scolaires.

Pourquoi ?

On retrouve certains facteurs de prédisposition génétique (antécédents familiaux), des facteurs biologiques (notamment un déficit en certains neurotransmetteurs- des molécules qui permettent de faire circuler les informations entre les neurones-), des facteurs psycho-sociaux.... Ces éléments semblent pouvoir altérer le fonctionnement de certains circuits du cerveau (striatum, lobe frontal...), impliqués dans le contrôle de l'attention et l'inhibition des réponses spontanées.

Quels symptômes et quelles conséquences ?

Un déficit attentionnel, une impulsivité et une agitation motrice constituent les principaux symptômes du TDA/H. Ces signes ne sont évidemment pas spécifiques de ce diagnostic et peuvent par exemple s'observer chez des enfants turbulents, en situation d'échec scolaire ou de carence éducative. Néanmoins si ces symptômes sont particulièrement intenses et durables (à début précoce et d'évolution prolongée), et s'ils s'expriment dans différentes situations (à l'école, au domicile, dans les loisirs...) avec des conséquences gênantes sur la vie sociale, scolaire et familiale de l'enfant, ils deviennent évocateurs de TDA/H.

Le diagnostic nécessite le recueil de divers éléments, à partir d'entretiens avec les parents et avec l'enfant, d'un examen clinique de l'enfant, de questionnaires d'évaluation destinés aux parents et aux enseignants (comme les échelles de Conners : voir document en lien), d'un bilan psychologique et neuropsychologique et éventuellement de différents bilans paramédicaux (orthophonie, psychomotricité, ...) selon les troubles repérés.

Les critères diagnostiques sont ceux de la classification du DMS-IV qui figure en annexe ; six des neuf symptômes d'inattention ou six des neuf symptômes d'hyperactivité et impulsivité doivent être présents, et ce depuis 6 mois.

L'inattention est le symptôme le plus constant, parfois masqué par l'agitation et l'impulsivité, ou d'autres fois, à l'inverse, au premier plan. Elle se traduit par des difficultés fréquentes à rester concentré sur une activité en classe, dans les jeux (enfant distrait au moindre bruit), mais aussi par des difficultés à suivre l'ensemble des consignes et à s'organiser (perte de matériel...).

L'hyperactivité est souvent évidente. L'enfant est perpétuellement en mouvement ; en classe, il remue sur son siège, piétine, se déplace sans arrêt ou renverse ses affaires. Son agitation peut aussi s'exprimer par un bavardage excessif, par le fait de manipuler en permanence des objets ou par des mouvements involontaires des doigts lors de la manœuvre du serment (chorée de Prechtl), expliquant l'écriture souvent irrégulière de ces enfants.

L'impulsivité se manifeste par un enfant qui réagit trop vite, sans réfléchir ni mesurer les conséquences de ses actes, qui n'attend pas la fin des questions pour y répondre, qui a du mal à laisser parler/faire ses camarades. Dans les activités cognitives, il a tendance à « brûler les étapes » de raisonnement.

Compte-tenu du caractère non spécifique des symptômes, l'examen initial doit rechercher certains troubles susceptibles de provoquer des déficits de l'attention secondaires (déficit sensoriel visuel ou auditif, troubles du sommeil, apnées du sommeil, fatigabilité liée à une maladie chronique...) et éliminer une déficience intellectuelle globale. Il doit également apporter des données objectives sur l'importance et le profil des troubles :

- **Quantifier le déficit attentionnel et préciser son profil** (évaluation de l'attention soutenue, de l'attention sélective ou divisée, de l'attention visuelle, auditive, des fonctions exécutives).

- Analyser les troubles cognitifs spécifiques par des tests psychométriques et par des bilans selon les troubles repérés (orthophonie, psychomotricité, orthoptie, ergothérapie...) pour préciser **l'existence éventuelle de troubles des apprentissages** (en particulier du langage écrit, mais aussi du graphisme ou du calcul), fréquemment retrouvés.

- **Evaluer les troubles psychoaffectifs** : troubles émotionnels dont les troubles anxieux particulièrement fréquents, troubles oppositionnels (provocation, désobéissance, contestation, colères...), parfois troubles des conduites (comportement de transgression des droits d'autrui et des règles sociales). La perte de l'estime de soi est fréquente.

Une évaluation initiale rigoureuse, si possible par une équipe multidisciplinaire (neuropédiatre, pédopsychiatre, psychologue, orthophoniste,...) est donc nécessaire pour affirmer le diagnostic de TDA/H, apprécier le retentissement du trouble, préciser les besoins de l'enfant, en classe et dans sa vie quotidienne, puis plus tard permettre d'apprécier l'évolution des troubles.

Quelques chiffres

Le TDA/H affecterait 3 à 6 % des enfants d'âge scolaire, soit près de 200 000 enfants de 4 à 19 ans, toutes classes sociales confondues. C'est un trouble à prédominance masculine avec quatre garçons atteints pour une fille. Un trouble des apprentissages est présent dans 60 à 80 % des cas, c'est-à-dire 15 à 20 fois plus souvent que dans la population générale.

Traitement

Le traitement du TDA/H est toujours pluriel et doit être adapté au cas par cas. Il associe un traitement médicamenteux si la gêne le justifie, un suivi psychothérapeutique si nécessaire, la prise en charge de troubles spécifiques des apprentissages, s'il y en a ; la guidance parentale est essentielle.

1. Le traitement médicamenteux repose sur le Methylphenidate (Ritaline®, RitalineLP® ou Concerta®). Il est indiqué chez l'enfant de plus de 6 ans, dans le cadre d'un TDA/H confirmé, existant dans plusieurs situations et entraînant un échec à l'intégration important (échec scolaire et/ou retentissement sur l'équilibre familial). Lorsque l'indication respecte les critères diagnostiques, ses effets bénéfiques touchent environ 90% des enfants traités et sont alors spectaculaires en quelques jours, dans tous les domaines. La première prescription doit émaner d'un médecin hospitalier ou travaillant dans une structure sanitaire (comme un CMP ou un CAMSP). Le plus souvent avec les nouvelles formes à libération retardée, le traitement est administré en une prise par jour. Ce traitement est parfois interrompu pendant les vacances scolaires.
2. La nécessaire prise en charge de troubles des apprentissages comprend selon les cas de l'orthophonie et/ou de la psychomotricité, de l'ergothérapie....
3. Une indication de psychothérapie est fonction de la symptomatologie associée (mauvaise estime de soi, syndrome dépressif...).
4. La guidance parentale, et en particulier les groupes de parents, sont une aide remarquable pour faciliter le cadrage et l'étayage du jeune et diminuer les conséquences au quotidien du trouble.

Conséquences sur la vie scolaire

Les **difficultés scolaires sont fréquentes chez les enfants atteints de TDA/H, alors même que leur niveau cognitif global est correct.** La scolarisation en milieu ordinaire peut demander des aménagements spécifiques pour favoriser les apprentissages, qu'il s'agisse d'aide humaine (AESH), d'aide technique (ordinateur) ou d'aménagement pédagogique. Ceux-ci doivent être précisés dans le cadre d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP), parfois d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) avec la MDPH. D'autres fois, une scolarisation avec une structure de type ULIS sera nécessaire. Les établissements spécialisés ne semblent pas constituer des orientations adaptées aux difficultés de ces enfants.

Quand faire attention ?

- Les enfants atteints de TDA/H peuvent souffrir d'un certain isolement relationnel. Du fait de leurs difficultés à intégrer les consignes, à respecter le tour de rôle et à se concentrer sur une activité, ils sont en effet susceptibles d'être rejetés par leurs camarades. Ils peuvent également souffrir des remarques répétées concernant leur comportement, et de leurs éventuelles difficultés scolaires. Une perte de l'estime de soi, un manque de confiance en soi et une anxiété sont donc fréquents et il convient d'y être vigilant. Ces sentiments peuvent quelquefois s'accompagner d'un authentique syndrome dépressif.

- Il faut, dans la mesure du possible, **éviter les sources de renforcement de l'inattention et de l'hyperactivité : bruits, agitation, circonstances angoissantes**. Créer une atmosphère de travail calme et sereine favorise les apprentissages et permet de briser le cercle vicieux hyperactivité-remontrance-angoisse de l'enfant- accentuation de l'hyperactivité.

Comment améliorer la vie scolaire des enfants malades ?

Certains points permettent de faciliter l'adaptation de l'élève aux nécessités des activités scolaires en classe et à la maison :

- Créer un cadre de travail calme et structuré, ritualiser l'emploi du temps ;
- Faciliter l'insertion et la concentration de l'enfant par un placement judicieux au sein de la classe ;
- Permettre des expressions socialement acceptables du besoin de bouger ;
- Proposer des solutions alternatives pour éviter l'interruption bruyante de l'enseignant lorsque les consignes sont oubliées (lever la main, demander discrètement à son voisin de classe...) ;
- Raccourcir les tâches, fractionner les demandes avec des consignes courtes et claires énoncées à proximité de l'enfant, et les renforcer pour pallier le déficit d'attention soutenue et sa fluctuation ;
- Aider l'enfant à s'organiser, à acquérir des stratégies ;
- Dialoguer avec l'enfant, établir un système d'encouragements lorsqu'il réalise quelque chose de positif...

L'avenir

Un diagnostic précoce, une prise en charge médicale et éducative, en lien étroit avec les enseignants et avec les parents donne les meilleures chances sur le long terme de réussite scolaire, professionnelle, sociale et familiale aux enfants atteints de TDA/H.

L'enseignant a une place majeure pour évaluer, avec les différents professionnels de la santé et les parents, l'évolution du comportement de l'enfant et la progression de ses acquisitions, indices très importants de son évolution.

[Critères diagnostiques du TDAH dans la classification du DMS IV](#) [1]

Associations [HyperSupers TDAH France](#) [2]

[3]

Liens:

[1] <http://tousalecole.fr/sites/default/files/medias/integrascal/documents/criteres%20diagnostiques%20TDAH-%20V2.pdf>

[2] <http://tousalecole.fr/content/hypersupers-tdah-france>

[3] <http://tousalecole.fr/content/trouble-d%C3%A9ficit-de-lattention-avec-ou-sans-hyperactivit%C3%A9-tdah>