

Dr Laurent Victoor
(pédopsychiatre)



Avenue Jacques Pastur 47a
1180 Bruxelles

Le Trouble: Déficit d'Attention avec/sans Hyperactivité-Impulsivité

Dr Laurent Victoor

I. TDA/H

Versus

Trouble Hyperkinétique

« Le trouble Hyperkinétique est diagnostiqué en fonction des critères ICD-10 »

« Les critères DSM IV sont plus larges et communs »

« Dans les deux cas, les éléments à investiguer sont très semblables »

II. LE TDA/H:

SYMPTOMES et ENVIRONNEMENT

L'Attention



- Processus neurophysiologique complexe qui nous permet de nous orienter dans notre environnement et de réagir de façon appropriée en filtrant les stimuli appropriés
- Tous les enfants TDAH ont une difficulté à fixer leur attention sur un seul sujet, ils “rêvassent”, ils sont “dissipés” et “distracts”
 - incapacité à maintenir un effort
- Déficit d'attention sélective
Déficit d'attention soutenue

L'Hyperactivité



- Définie par les verbes d'action : courir, grimper, sauter, trépigner, ramper, bouger, déplacer, aller, venir, descendre, monter, remuer, prendre, lâcher, tomber...
- Les pensées sont aussi “hyperactives”
- Elle s'exprime différemment selon les circonstances
- L'hyperactivité motrice persiste pendant le sommeil ...

L'Impulsivité



- Définie comme l'incapacité d'inhiber une action immédiate: verbale ou motrice
- Intolérance à la frustration...
- Inhiber sert à choisir le comportement le plus approprié face à une situation donnée (modulation de l'activité motrice, attentionnelle et émotionnelle)

III. LE TDA/H

UN DIAGNOSTIC CLINIQUE

UNE VARIANTE DE LA NORME...

DES COMPENSATIONS

« ...est à l'origine d'une souffrance et de désordres psychologiques permanents et sévères, résultant d'un haut niveau d'inattention, d'agitation motrice et d'impulsivité »

« ...par définition avant l'âge de 7 ans, presque toujours avant 5 ans et fréquemment avant l'âge de 2 ans »
persiste souvent à l'adolescence et chez les adultes... »

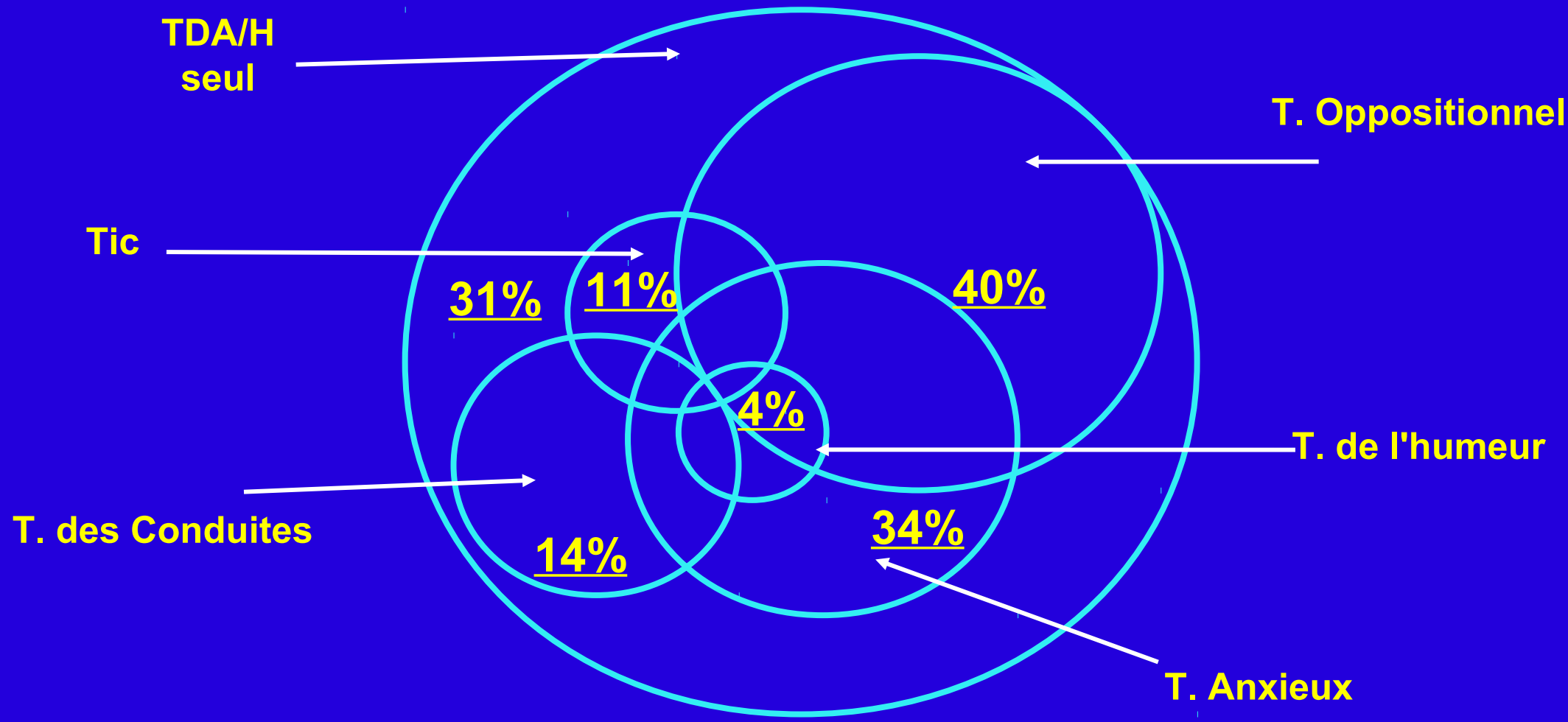
« Les conséquences n'impliquent pas seulement la sévérité et la fréquence des symptômes mais aussi leur interférence avec les domaines principaux de la vie des enfants (adolescents et adultes) à savoir: la vie familiale (ou de couple), la situation scolaire (ou professionnelle), les interactions sociales et tous les autres domaines. »

Diagnostic Clinique mais,

- **Kiddie Sadds**
- **Tests de Connors**
- **Tests Neuropsychologiques**
- **et tests concernant les comorbidités...**

IV. TDA/H et comorbidités

- Entre 60 et 100% des patients (selon les études...)
- Comorbidités *versus* symptômes secondaires au TDA/H
- Comorbidités les plus fréquentes:
 - Les troubles d'apprentissages spécifiques (~ 30%)
 - Le trouble oppositionnel avec provocation
 - Le trouble des conduites
 - Les troubles anxieux
 - Les troubles de l'humeur
 - Tics - Sd de Gilles de la Tourette
 - Autisme
 - Abus/dépendance de substances



La présence de comorbidités implique:

(quelque soit l'âge)



- Une difficulté supplémentaire dans la démarche diagnostique (diagnostic différentiel)
- Une aggravation de l'impact sur le fonctionnement global du patient, sur son évolution et sur le pronostic
- une influence directe sur les mesures thérapeutiques

V. TDA/H et impact sur le fonctionnement

Scolaire/professionnel:

Echec scolaire, faible rendement, situation professionnelle précaire

Familial:

Stress familial, problèmes de couple

Social:

contexte relationnel pauvre, bas niveau académique, exclusion sociale, conflits interpersonnels fréquents

Médical: accidents, abus/dépendance de subst.,
délinquance, comorbidités

Personnel: Faible estime de soi, problèmes de gestion
des émotions

VI. Traitements du TDA/H

– **MEDICAMENTEUX**

méthylphénidate, atomoxétine, ...

NON-MEDICAMENTEUX

Psychoéducation

Psychothérapie cognitivo-comportementale

Logopédie

- « La plupart des patients ont de nombreux problèmes.
Une intervention multimodale est donc, en règle générale,
indiquée. »
- Chaque médecin et chaque patient est unique...(situation, croyance, antécédents personnels, ressources, environnement, moyens financiers,...)
- Traiter par priorité...

Principales interventions :

- Psychoéducation (individuelle et familiale)
- Psychothérapie
- Psychopharmacologie

(Méthylphénidate (MPH) – Atomoxétine (ATX))

Familiales et individuelles

- psychoéducation (individuelle – groupe)- psychomotricité - Thérapie (cognitivo-comportementale, systémique)

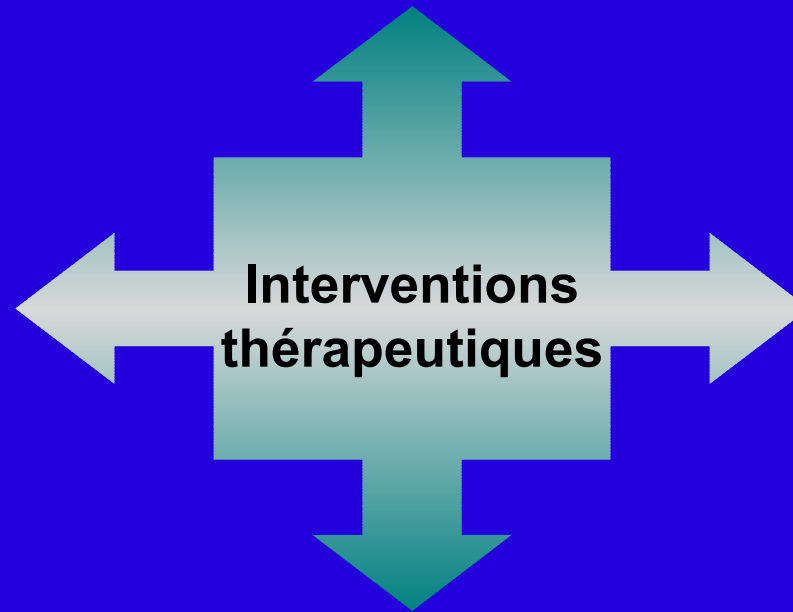
- psychopharmacologie

Scolaires

- Interventions directes: avec l'enseignant, environnement scolaire (place en classe, voisin en classe,...), école des devoirs,...

- Aide au niveau de la méthodologie de travail

- ...



Sociales et sur les loisirs

- training social (individuel ou en groupe)

Au niveau des comorbidités

- Troubles apprentissages spécifiques

- Troubles anxieux, troubles dépressifs,...

Pharmacothérapie

« Chez les enfants, le traitement médicamenteux est indiqué lorsque les traitements alternatifs (TCC, psychoéducation,...) sont insuffisants. Il peut être recommandé en première intention dans les cas sévères et dans les troubles attentionnels prédominants, mais reste toujours associé à d'autres mesures thérapeutiques. »

VII. CONCLUSIONS

Inattention

Hyperactivité

Impulsivité

Impact sur le fonctionnement



+/-

Impact sur la qualité de vie

Comorbidités (csq et/ou T. associé)

- **Diagnostic clinique**
 - **Variante de la norme**
 - **Savoir/pouvoir**
 - **Chaque patient est différent**
 - **Chaque environnement est différent**
- > guidelines européens...**