



Association  
Elisabeth d'Ornano  
pour le trouble du déficit de  
l'attention et hyperactivité



# TDAH

GUIDE RÉCAPITULATIF POUR  
LES SOIGNANTS



Le TDAH est l'un des troubles du comportement les plus fréquents de l'enfance (prévalence de 5 à 7 % environ et de 3 % environ chez les adultes). Il survient plus fréquemment chez les petits garçons que chez les petites filles (3:1). Son étiologie est multifactorielle, influencée par des facteurs environnementaux comme par des facteurs génétiques (héritabilité de 70 %).

Parmi les facteurs environnementaux les plus typiques, on trouve :

- ~ la souffrance périnatale
- ~ l'exposition au tabac (notamment à l'étape prénatale)
- ~ une alimentation déséquilibrée
- ~ des environnements peu structurés et incohérents
- ~ une exposition au plomb

Le **DIAGNOSTIC** du TDAH nécessite :

- un professionnel expert dans le développement de l'enfant
- suffisamment de temps pour évaluer l'enfant et collecter des informations de la part de l'enfant, de sa famille et de l'école

Ces dernières années, nous sommes passés d'une situation de grand infradiagnostic du TDAH à une inversion de la situation qui conduit parfois à des diagnostics précipités ou exclusivement fondés sur des difficultés d'attention ou une agitation, qui sont des symptômes non spécifiques susceptibles de répondre à bien d'autres problèmes ou pathologies.

Le diagnostic de TDAH ne se fonde sur aucun examen technique (radiographie, électroencéphalogramme, IRM ni aucun autre examen physique) mais sur des *antécédents cliniques* exhaustifs et une *exploration psychopathologique et psychopédagogique* rigoureuse. Le diagnostic s'articule autour du :

- » **Diagnostic différentiel organique**
- » **Diagnostic différentiel psychopédagogique**
- » **Diagnostic différentiel psychiatrique**

Les échelles ou questionnaires servent uniquement à soupçonner la présence d'un TDAH, à estimer sa gravité et à en évaluer l'évolution.

## PRINCIPAUX SYMPTÔMES

### **IMPULSIVITÉ, HYPERACTIVITÉ, INATTENTION**

Évidents par rapport à la majorité des enfants de son âge.  
Présents de façon chronique (antérieurs à l'âge d'aller à l'école)  
Dans différents domaines (famille, école, rue).

## AUTRES SYMPTÔMES

Problèmes pour :

- » **Planifier**
- » **S'organiser**
- » **Hiérarchiser**
- » **Estimer le temps**

Et, de manière secondaire :

- » **Échec scolaire**
- » **Faible estime de soi**
- » **Relations familiales et bien souvent sociales problématiques**

## CE QUE LES PARENTS ET PROFESSEURS REMARQUENT EN GÉNÉRAL

### Inattention

*« L'enfant est inattentif, étourdi, il n'écoute pas, n'obéit pas, perd tout, est incapable de faire ses devoirs seul, met beaucoup de temps à faire des choses qu'il sait parfaitement faire, commet beaucoup d'erreurs bêtes, peut avoir un 8 ou un 2 dans la même matière à deux jours de différence, pourrait faire beaucoup plus, pourrait avoir de meilleures notes »*

- ~ Ils sont distraits par des stimuli extérieurs.
- ~ Ils éprouvent des difficultés à garder les informations à l'esprit tout le temps nécessaire pour prendre une décision afin de réaliser une activité complexe.
- ~ Ils rencontrent des difficultés à réaliser des tâches mentales « complexes » qui nécessitent de planifier, d'organiser, d'anticiper, etc. Altération des fonctions exécutives.

### Hyperactivité

*« Il ne s'arrête jamais, vous met hors de vous continuellement en donnant des petits coups ou en bougeant la jambe, il ne peut pas faire une seule chose à la fois, il est incapable de rester assis à table pendant tout le repas, il monte et descend des chaises sans arrêt, il semble motorisé, il n'arrête pas de parler »*

- ~ Ils sont toujours en mouvement.
- ~ Ils font en général beaucoup de bruit.
- ~ Ils rencontrent des difficultés à rester assis.

## Impulsivité

*« Il parle sans réfléchir, met systématiquement les pieds dans le plat, puis s'en veut, il a des accès de colère ou des changements de ton brutaux, il se précipite pour répondre, il parle sans avoir la parole en classe, interrompt les autres, ne peut pas faire la queue, se précipite pour les devoirs, répond trop vite et se trompe sur des bêtises sans finir de lire les énoncés, nous avons passé la journée aux urgences parce qu'il trébuche, tombe, fait le clown, il est toujours écorché ou blessé »*

- ~ Ils parlent avant de réfléchir.
- ~ Ils s'en veulent généralement pour les comportements qui nuisent aux autres ou qui sont irrespectueux.
- ~ Ils sont nobles, mais maladroits.
- ~ Ils peuvent dire des choses socialement inappropriées.
- ~ Ils sont parfois rejetés par leurs pairs.
- ~ Ils sont parfois qualifiés de « patauds », « clowns » ou « gaffeurs ».
- ~ Ils sont impatients.
- ~ Ils sont imprudents et entreprennent des comportements dangereux.
- ~ À l'adolescence, ils peuvent s'exposer à la consommation de drogues (du fait de leur propre imprudence ou parce qu'ils recherchent quelque chose qu'ils n'ont pas : la tranquillité).
- ~ Ils peuvent s'exposer à des conduites dissolues et ce, sans les moyens de protection adaptés.
- ~ Ils peuvent souffrir des effets de décisions précipitées.

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

» **Problèmes médicaux qui peuvent entraîner des symptômes similaires :**

~ problèmes sensoriels (de vue, d'audition).



~ troubles du sommeil (absence de sommeil réparateur, crises convulsives, apnées, etc.).

~ troubles neurologiques, tels que l'épilepsie, plus particulièrement du genre absences.

~ pathologies générales (systémiques), par exemple, allergies, syndromes de malabsorption, hyperthyroïdie, syndromes génétiques, etc.

## » Autres déséquilibres mentaux

- ~ troubles de l'apprentissage (dyslexie, intelligence limite, etc.). Il s'agit de la cause la plus fréquente d'un trouble hyperkinétique apparent qui n'en est pas un.
- ~ anxiété
- ~ dépression
- ~ manie (trouble bipolaire)
- ~ réaction à un traumatisme ou à des changements importants dans la vie
- ~ trouble psychotique
- ~ mauvaise utilisation ou abus de drogues
- ~ tics
- ~ troubles du développement (Asperger, par exemple)
- ~ retard mental
- ~ troubles neuropédiatriques génétiques (Huntington, Williams, etc.)

## LE RÔLE DU PÉDIATRE

- ~ Obtenir les antécédents médicaux complets, à partir de la grossesse et lors de toutes les étapes du développement. Si possible, mener un entretien avec le père et la mère.
- ~ Explorer l'enfant pendant un temps suffisant.
- ~ Éliminer un diagnostic médical sous-jacent (auditif, visuel, etc.).

~ Obtenir des informations du centre scolaire avec la permission des parents ou par leur intermédiaire, notamment une évaluation des capacités et des problèmes spécifiques de l'apprentissage.

» **Faire particulièrement attention :**

~ les symptômes typiques (hyperactivité, inattention, impulsivité) doivent s'être manifestés chez l'enfant en moyenne ou en grande mesure *avant ses 7 ans*, même si jusqu'alors les problèmes occasionnés n'étaient pas graves.



~ les symptômes typiques doivent être présents au minimum *dans deux des trois environnements* dans lequel l'enfant évolue (maison, école, rue).

~ si le problème semble être présent uniquement à l'école, il peut contacter directement le service de psychodiagnostique ou d'orientation psychopédagogique ou suggérer aux parents de le faire.

~ s'il suspecte un problème familial, il peut contacter les services sociaux ou directement les « *centros de atención a las familias* » (CMP de la famille), où se trouvent des psychologues expérimentés en thérapie familiale. La majorité des provinces espagnoles comptent au moins une équipe de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent faisant partie du système de santé national.

~ s'il soupçonne un problème de santé mentale supplémentaire ou qu'il n'a pas le temps ou n'a pas reçu la formation adéquate pour réaliser le diagnostic différentiel complet (dans ses aspects organiques et psychiatriques), *il transmet le cas au pédopsychiatre ou, à défaut, au neuropédiatre*. La majorité des provinces espagnoles comptent au moins une équipe de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent faisant partie du système de santé national.

## » Suivi

*Le dosage et le monitoring fréquents semblent s'avérer un des facteurs les plus importants pour le succès du traitement pharmacologique.*

Pour cela, il est fondamental :

~ de connaître des traitements et les effets secondaires les plus typiques de ceux-ci.

~ *d'être disponible pour le patient.*

~ d'essayer de renforcer le *respect du traitement* (et dans le cas contraire, en informer le spécialiste et la famille).

~ de surveiller les constantes de poids et de taille, en les comparant aux courbes de croissance normalisées, ainsi que la pression artérielle (PA).



- ~ de réaliser un *électrocardiogramme* initial, puis à trois mois du début du traitement, puis tous les six mois, et tous les ans à partir de la troisième année de traitement.
- ~ de recueillir à chaque visite le *profil des effets secondaires éventuels* des médicaments pris par l'enfant.
- ~ de conseiller des modes de vie qui encouragent une vie saine : régime alimentaire, exercice physique, communication des sentiments, participation à des activités de loisir et de distraction, etc.
- ~ d'insister sur les facteurs connus comme étant les médiateurs d'une évolution pire ou meilleure du TDAH : les relations positives avec les pairs et un climat familial adéquat sont particulièrement importants (dans le cadre d'émotions exprimées).

## MÉDICAMENTS



Le TDAH a traditionnellement été traité avec des médicaments psychostimulants, comme le méthylphénidate à courte action, mais, récemment, de nouvelles formules et de nouveaux principes actifs sont apparus. Le choix entre les uns et les autres dépend des caractéristiques individuelles, de l'âge et des besoins de l'enfant et de sa situation scolaire et familiale. Les médicaments généralement utilisés pour le traitement du TDAH sont :

- ~ Le MÉTHYLPHÉNIDATE à courte action (*Rubifen*) ou à action prolongée (*Concerta, Medikinet*).
- ~ L'ATOMOXÉDINE (*Strattera*).
- ~ Dans d'autres pays : la DEXTROAMPHÉTAMINE et d'autres dérivés amphétaminiques.

**MÉTHYLPHÉNIDATE.** Le plus utilisé dans notre pays. Des études démontrent son efficacité, particulièrement dans les phases efficaces et dans les cas les plus sévères.

Le méthylphénidate à courte action : cette formule produit un effet rapide, en moins d'une heure et l'effet dure habituellement entre 2 et 4 heures. En général, il est nécessaire d'en prendre 2 ou 3 doses dans la journée, en principe jamais après 16 h.

Le méthylphénidate à action prolongée : permet de maintenir son effet avec un seul comprimé pendant 12 heures environ. Ce fait améliore la facilité de son administration, car il est possible de le prendre une seule fois par jour.



Aucune formule ne s'est pas montrée plus efficace que l'autre et ne présente pas un profil d'effets secondaires particulièrement différent. Le méthylphénidate n'est pas compatible avec la prise des antidépresseurs du groupe IMAO.

Effets secondaires. Nous pouvons fréquemment observer : *une perte d'appétit et des difficultés à trouver le sommeil. Dans certains cas, l'apparition de tics, céphalées, douleurs abdominales, personnes qui se mangent les doigts ou les ongles et même isolement social, effondrement affectif ou tristesse* (comme si les personnes étaient immergées dans leur monde) a été décrite. Dans des cas extrêmes, des symptômes psychiques et même des crises convulsives ou des altérations non spécifiques de l'électrocardiogramme ont été signalés.

Les modifications du sommeil et de l'appétit sont habituellement gérables en modifiant les doses ou les heures de prise, en donnant le médicament après le repas ou en augmentant les calories au déjeuner et au dîner.

En général, la dose ne doit pas être augmentée au-delà de 1 mg/kg/jour.

Monitoring du traitement au méthylphénidate :

~ *électrocardiogramme* et prise de la PA avant d'initier le traitement pharmacologique, puis à 3 mois et tous les 6 mois pendant les trois premières années de traitement. Il suffira ensuite de le faire une fois par an, pendant la durée de prise du médicament.

~ *Peser et mesurer le patient tous les 3 à 6 mois* (en comparant ces paramètres avec les tableaux normalisés). En cas de perte de poids ou de taille susceptible d'interférer avec la croissance de l'enfant, en informer immédiatement le spécialiste.

Sauf indication expresse du spécialiste, ne pas suspendre le traitement les week-ends ni pendant les vacances. Le méthylphénidate n'engendre aucune addiction.

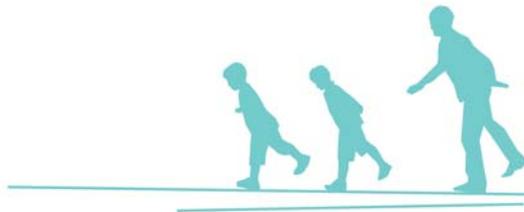
**ATOMOXÉTINE.** Médicament de la famille des antidépresseurs (sur le plan pharmaceutique) même si son effet n'est pas antidépresseur. Il aide à soulager les symptômes du TDAH. Son action apparaît après deux semaines de traitement continu et la prise ne doit pas être interrompue brusquement.

Les effets secondaires sont habituellement brefs et apparaissent au début uniquement. Les plus fréquents sont *les nausées, une gêne abdominale, une sensation de mal de mer, une augmentation de la fréquence cardiaque et une perte de l'appétit, surtout au début*. Ensuite, le médicament n'est pas habituellement associé à une perte de poids. Des études démontrent son efficacité dans le traitement

du TDAH et le fait qu'il n'engendre aucune action. Il est généralement utilisé comme médicament de deuxième ligne, lorsque le méthylphénidate n'est pas bien toléré ou qu'il n'a pas prouvé son efficacité, bien que, dans des cas particuliers, son emploi puisse être indiqué comme traitement de première ligne.

Voici d'autres médicaments utilisés comme traitement de deuxième ligne : le BUPROPION, la CLONIDINE, la GUANFACINE, le PÉMOLINE et même les ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES. Leur efficacité est douteuse et ils sont plus utilisés dans les cas de comorbidité.

**Il n'est pas toujours nécessaire d'utiliser les médicaments dans les cas de TDAH diagnostiqué.** Il faut prendre en compte la sévérité des symptômes, l'âge à la date du diagnostic et la possibilité des parents à apporter le soutien adéquat à l'enfant.



## RÉSUMÉ FINAL

- » Attitude réceptive : ne pas minimiser l'importance des plaintes, même si les parents semblent exagérer.
- » Demander des informations à l'enfant affecté, à sa famille et à l'école.
- » Réaliser un récapitulatif complet des antécédents cliniques, depuis la grossesse et au long du développement.
- » Pour le diagnostic du TDAH, les symptômes typiques doivent s'être manifestés avant les 7 ans de l'enfant et dans au moins deux des trois environnements (maison, école, rue).
- » Ne pas se précipiter pour le diagnostic, une deuxième visite est souvent essentielle.
- » Si un déficit cognitif est suspecté, demander un rapport psychopédagogique.
- » Si le problème semble être présent à l'école uniquement, il est possible de contacter l'école directement ou par l'intermédiaire des parents. Peut-être le problème est-il un problème de mauvaise affectation scolaire ou de trouble de l'apprentissage.

- » Si le problème ne survient que dans l'environnement familial, explorer les difficultés possibles au sein de la famille ; il est également possible de contacter les Centros de atención a las familias (CMP de la famille) ou les services sociaux si le problème semble grave.
- » Conseiller de nombreux modes de vie sains : régime alimentaire, exercice physique, communication des sentiments, participation à des activités de loisir et de distraction, etc.



Pendant les visites d'enfants qui reçoivent un traitement pharmacologique :

- ~ Revoir le traitement et les effets secondaires les plus typiques.
- ~ Renforcer le suivi du traitement.
- ~ Surveiller les constantes de poids et de taille, en les comparant aux courbes de croissance normales.
- ~ Prendre la PA et réaliser un électrocardiogramme initial et un ECG de suivi.



Association  
Elisabeth d'Ornano  
pour le trouble du déficit de  
l'attention et hyperactivité

Association Elisabeth d'Ornano  
pour le trouble du déficit de l'attention et hyperactivité

[www.elisabethornano.org](http://www.elisabethornano.org)

Illustrations d'Isabel Gómez





Association  
Elisabeth d'Ornano  
pour le trouble du déficit de  
l'attention et hyperactivité

c/ Velázquez 3 planta 1 - 28001 Madrid

[www.elisabethornano.org](http://www.elisabethornano.org)