

# Trouble déficit de l'attention : le rôle du pédiatre de premier recours

Thiébaud-Noël Willig, Anne Gramond, Jean-Paul Blanc

## Points essentiels

→ Le pédiatre libéral, médecin traitant de l'enfant, a un rôle essentiel dans les différentes étapes comprenant le diagnostic évoqué en consultation, la prescription des premiers bilans et l'adressage éventuel vers une consultation spécialisée et, en parallèle, l'accompagnement de la famille, puis le suivi régulier des propositions de prise en charge de traitement.

→ Ce suivi, au plus près de l'enfant et de sa famille, représente une prise en compte de toutes les dimensions de la vie de l'enfant : suivi médical, accompagnement psychologique, guidance parentale, conseils d'aménagements scolaires, coordination des différents intervenants rééducateurs et pédagogues de l'enfant.

→ La connaissance des différentes facettes du trouble déficit de l'attention permet ainsi au pédiatre ou au médecin généraliste d'adapter le suivi en fonction des besoins de l'enfant.

*Trouble neurodéveloppemental, le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) a fait l'objet en 2014 de recommandations de bonnes pratiques médicales par la Haute Autorité de santé (HAS), définissant ainsi le rôle des médecins de premier recours en coordination avec les consultations spécialisées [1]. Le rôle des médecins de premier et de second recours autour du TDA/H a été illustré à l'occasion d'un pas-à-pas présenté au congrès de la Société française de pédiatrie (SFP) à Lille en 2016, disponible en téléchargement sur Internet [2].*

## I • Trois présentations cliniques autour d'un même trouble

En effet, les différents mécanismes physiopathologiques sous-jacents peuvent correspondre à trois gammes de symptômes : hyperactivité, impulsivité, inattention. Les deux premières sont plus facilement repérées, notamment à partir de la petite enfance, compte tenu du caractère « bruyant » des manifestations comportementales qui peuvent ainsi donner l'alerte, aussi bien à la maison qu'à l'école, le plus souvent à partir de la scolarisation en maternelle.

La première facette du trouble déficit de l'attention correspond à l'*hyperactivité* qui se manifeste par une agitation motrice, avec un enfant qui gigote, ne peut s'empêcher de toucher ou de jouer avec ses affaires de classe, ne tient pas en place. Son comportement perturbe les autres, peut entraîner des mises en danger. Il peut être ingérable en cour de récréation, alors qu'en salle de classe, il peut tomber de sa chaise, se tortiller de façon constante, comme mu par un moteur, et déranger les autres.

Mais cette plainte, même précoce, n'est pas spécifique. Elle constitue une tendance naturelle d'un comportement moteur des premières années de la vie de l'enfant, avec une excitation de celui-ci face à la découverte de ses capacités à interagir avec le monde, sans limite. Souvent maximale à l'âge de trois ans, elle s'atténue avant l'entrée au cours préparatoire. Elle s'accompagne également d'une aptitude naturelle des enfants à pouvoir exploiter les failles éducatives naturelles des parents. Cette agitation, non spécifique, est

également retrouvée comme mode d'expression d'autres troubles : les troubles du sommeil de l'enfant et notamment du syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'enfant (SAOS), les troubles du spectre de l'autisme (TSA) et, de façon plus générale, les difficultés psychoaffectives de l'enfant.

Dans le trouble déficit de l'attention, cette agitation motrice se renforce année après année, notamment en lien avec des stratégies éducatives inadaptées des parents qui n'arrivent plus à faire face à la situation et des cercles vicieux qui devront être abordés dans le cadre de la prise en charge rééducative. Le retentissement dans la vie sociale de l'enfant va croissant avec le temps, malgré l'envie de celui-ci de nouer des interactions sociales : il se fait souvent rejeter progressivement des différents cercles relationnels, de ses pairs à l'école ou en sport, des enseignants, des éducateurs sportifs, etc.

La deuxième facette du trouble déficit de l'attention correspond à l'impulsivité, fréquemment associée à l'hyperactivité. L'enfant va ainsi agir ou répondre sans réfléchir ni sélectionner sa réponse, alors inadaptée à la question ou au contexte. Il peut manifester un manque de contrôle dans ses gestes, dans ses paroles, dans la régulation émotionnelle. Dans la vie scolaire, il va répondre sans lever le doigt, n'arrivant pas à attendre son tour ; il commencera la tâche avant la fin de la consigne. Cela peut également se traduire par des difficultés de précision visuomotrice pour le découpage, le dessin, l'écriture des lettres, par des difficultés d'organisation, par un manque d'anticipation dans les actions avec des gestes pouvant entraîner des blessures ou des mises en danger. Olivier Revol évoque ainsi une pensée en « boule de flipper » : « le Petit Chaperon rouge allait dans la forêt – moi aussi je suis allée me promener

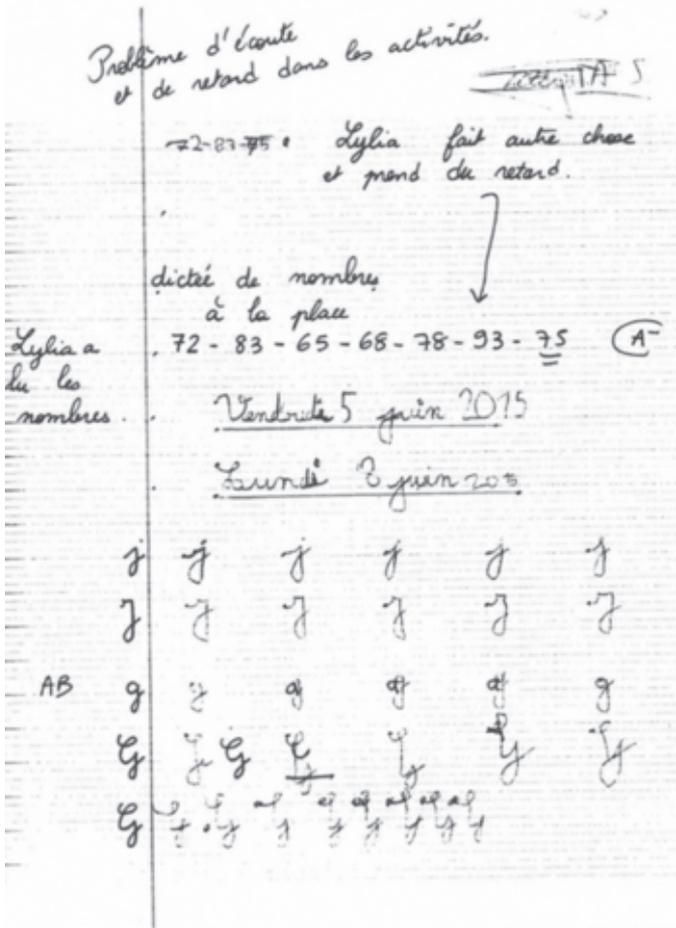


Figure 30.1 Cahier d'école d'une enfant « distraite ».

dans la forêt et j'ai vu des écureuils – et les écureuils ils sautaient partout – et ils mangeaient des noisettes – et... tu disais quoi, au fait ? »

*L'inattention* est souvent repérée plus tardivement. Elle peut être isolée ou associée aux autres gammes de symptômes. Isolée, son retentissement reste important, notamment dans les apprentissages scolaires, mais peut ne pas attirer l'attention des équipes enseignantes face à un enfant « calme ». L'enfant inattentif est alors souvent diagnostiqué face à des troubles d'apprentissage au primaire : trouble de langage écrit, difficultés praxiques, avec des phénomènes de lenteur, de fluctuation dans les capacités de mémorisation d'un jour à l'autre. Il perd facilement le fil de la tâche, avec des exercices non terminés, des dessins intercalés dans les pages de travail plus académiques. Il reste très dépendant de l'adulte pour son travail (fig. 30.1). Dans la vie quotidienne, l'inattention peut s'exprimer par un manque d'autonomie dans les activités habituelles avec un besoin de répéter et de séquencer les consignes usuelles aussi bien pour la toilette, l'habillage, la préparation pour le départ à l'école ou pour les activités. Les mêmes difficultés sont retrouvées dans les jeux de société ou les sports collectifs avec un enfant qui décroche de la tâche, oublie la phase de jeu dans laquelle il se situe ou est décrit comme « lunaire » par l'entourage. Les familles sont en général très habituées et peuvent avoir intégré ce « manque d'autonomie » de l'enfant, ne se rendant plus compte des renforcements permanents accordés à celui-ci dans la vie quotidienne.

## II• Autres présentations ou signes d'appel

À côté de ces trois modes de présentation, d'autres expressions du TDA/H sont fréquemment rencontrées avec, d'une part, les troubles de régulation émotionnelle, les troubles des fonctions exécutives et, d'autre part, les troubles des apprentissages scolaires. Ainsi, comme dans les autres troubles du neurodéveloppement, les présentations sont souvent complexes, intriquées entre, d'une part, le trouble avec ses symptômes d'origine, les renforcements acquis au fil des années et, d'autre part, les conséquences secondaires. Il faut bien les distinguer, même si certaines peuvent nécessiter une prise en charge spécifique.

Ainsi, l'association fréquente entre des troubles d'attention et le trouble développemental de la coordination n'est pas un hasard. Elle est fréquemment retrouvée chez les mêmes enfants où se mêlent les différents symptômes. De même, certains enfants présentant également un trouble spécifique de langage écrit (dyslexie dysorthographe) et certains enfants de haut potentiel intellectuel peuvent également éprouver des difficultés dans la mise en œuvre de leurs capacités en lien avec un trouble spécifique de l'attention (**encadré 30.1**).

### Encadré 30.1 Distinguer la plainte liée au TDA/H des comorbidités fréquentes

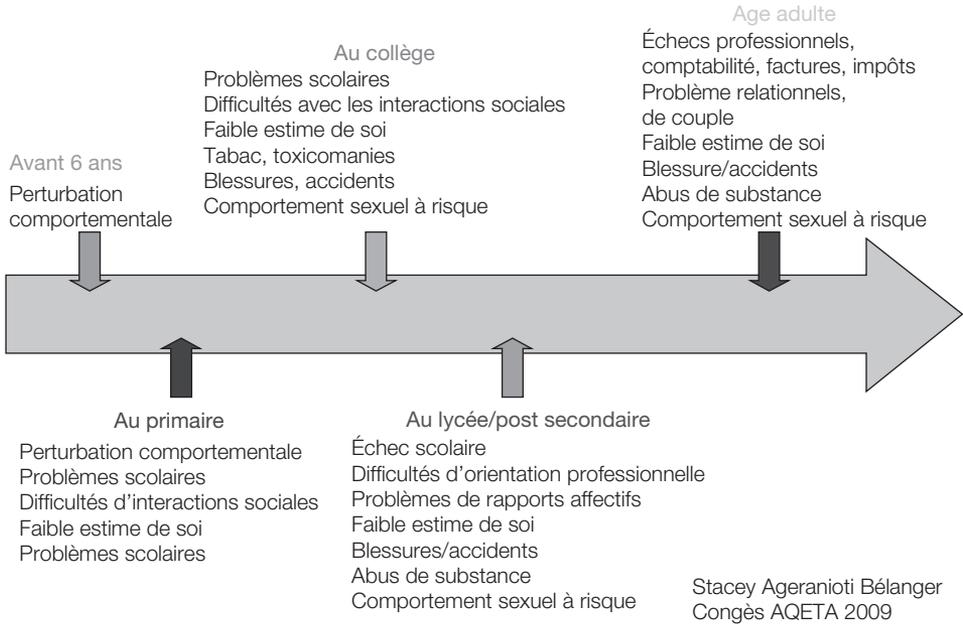
- troubles des apprentissages : 25 à 40 % des cas de TDA/H ;
- troubles oppositionnels avec provocation : 35 % des TDA/H ;
- troubles des conduites : 25 % des TDA/H ;
- troubles émotionnels : anxiété : 15 à 31 % ; dépression : 20 à 37 % ;
- troubles de sommeil : 30 à 50 % (retard de phase de sommeil, insomnie, troubles moteurs, somnolence diurne) ;
- dépendance aux substances addictives ;
- s'interroger sur la possibilité d'une situation de maltraitance.

## III• Des critères de diagnostic communs et des présentations variables

De façon générale, le diagnostic de trouble déficit de l'attention reste *un diagnostic clinique face à des symptômes existants dans différents environnements de la vie de l'enfant, rencontrés le plus souvent depuis la petite enfance, en l'absence d'un trouble sensoriel pouvant expliquer les difficultés comportementales, chez un enfant présentant par ailleurs des capacités intellectuelles normales.*

En revanche, *le diagnostic de TDA/H reste compatible avec d'autres diagnostics et notamment le TSA, comme la DSM-5 (classification américaine des maladies) l'a validé [3].*

Le diagnostic doit être évoqué avant l'âge de 12 ans et répondre à un certain nombre de symptômes en fonction des catégories cliniques (**annexe 30.1**). La présentation clinique et le retentissement du TDA/H sur



**Figure 30.2** Retentissement sur le développement.

le développement de la personne varie également au fil du temps et en fonction de l'âge. Dans la petite enfance, les difficultés comportementales sont souvent sur le devant de la scène, s'atténuant progressivement dans l'enfance vers l'adolescence. En revanche, les problèmes scolaires, puis les comportements à risque et les conduites addictives se majorent progressivement au collège puis à l'âge adulte.

La figure 30.2 détaille cette évolution dans les symptômes et conséquences du TDA/H, adaptée de Bélanger [4].

L'enfant « précoce inattentif » (ou, comme les appelle Olivier Revol, TDA/HPI [trouble déficit de l'attention/haut potentiel intellectuel]) est souvent découvert tardivement, devant un profil inhabituel face à des difficultés de mémorisation nécessitant des efforts inhabituellement importants contrastant avec des capacités intellectuelles élevées, une curiosité et les capacités d'abstraction très fines.

À l'opposé des autres enfants « précoces », il doit fournir un temps de travail prolongé, avec des résultats scolaires souvent en retrait par rapport aux attentes.

L'interprétation des bilans neuropsychologiques est alors souvent difficile puisque les bilans des fonctions attentionnelles et exécutives ne montrent généralement pas de déficit. Toutefois, l'attention peut être attirée par le contraste entre indices de compréhension

verbale, raisonnement fluide et visuospatial élevés, voire très élevés, et une vitesse de traitement, une mémoire de travail faibles ou déficitaires se traduisant par un écart important entre l'indice d'aptitude générale (IAG) et l'indice de compétence cognitive (ICC).

L'enfant ou l'adolescent peut lui-même exprimer des fluctuations dans ses capacités d'attention et de performances, qui ne seront en revanche bien mises en évidence que dans des épreuves d'attention soutenue prolongées, maintenant disponibles en France (BMT-i : attention auditive et visuelle).

Ces situations sont, dans leur présentation et leur évolution, très différentes des instabilités récentes ou intermittentes, pouvant alors être liées à des composantes environnementales (maltraitance, événements traumatiques : décès, rackets, harcèlement) ou psychoaffectives (dépression de l'enfant, dépression parentale, échec scolaire ou précocité non repérée avec ennui et incompréhension de l'entourage).

Ainsi, la dépression parentale peut, notamment chez le petit enfant, se manifester par une agitation répondant à la détresse de l'un des parents, mais qui va se manifester par un contraste entre les symptômes constatés à la maison et à l'extérieur du foyer. La dépression parentale peut également survenir dans des familles épuisées face aux difficultés

comportementales de l'enfant TDA/H, et ne pas alors représenter un diagnostic d'exclusion. La dépression de l'enfant peut en effet se manifester sur le plan comportemental par une agressivité, une irritabilité, une hyperactivité motrice associées à des troubles du sommeil, des plaintes somatiques, voire un désintérêt pour les loisirs, sans qu'il y ait systématiquement une expression de tristesse.

## IV • Démarche de diagnostic

Le médecin de premier recours va pouvoir, à l'occasion de deux ou trois consultations, analyser la plainte exprimée par l'entourage de l'enfant, et par l'enfant, grâce à une anamnèse approfondie. Il pourra réaliser un examen clinique incluant un examen neurologique et cutané, vérifier les fonctions sensorielles, le cas échéant, et rechercher systématiquement d'autres domaines de difficultés de l'enfant, et notamment des difficultés dans les apprentissages scolaires (langage écrit, calcul), des difficultés dans les coordinations motrices et le traitement visuospatial pouvant notamment retentir sur l'écriture et la copie des figures géométriques, l'existence de troubles oppositionnels, d'un trouble des conduites, de trouble de régulation émotionnelle ainsi que de troubles du sommeil. La consultation doit inclure un moment en dehors de la présence des parents afin, notamment, d'envisager l'existence éventuelle d'une maltraitance ou d'une dépendance à des substances addictives chez l'adolescent.

Cette première étape permettra d'éliminer des troubles auditifs ou visuels passés inaperçus ou associés, d'éliminer quelques syndromes génétiques pouvant donner le change (X fragile, maladie de von Recklinghausen [neurofibromatose de type I : NF1], syndrome de Williams-Beuren) et d'envisager des comorbidités pédopsychiatriques avec notamment les TSA, les *multiplex developmental disorders* (MDD) et le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle de l'enfant (TDDE).

Le diagnostic du TDA/H reste clinique et comportemental, basé sur les critères diagnostiques recensés aussi bien dans la DSM-5 que la 10<sup>e</sup> édition de la Classification internationale des maladies (CIM-10) [5] et rappelés dans le **tableau 30.1**.

Le médecin peut s'aider des questionnaires de Conners, des questionnaires SNAP IV-26 et/ou des questionnaires de Weiss

(<https://www.caddra.ca/fr/>) donnés aux parents et aux enseignants, tout en sachant que la confirmation du diagnostic peut s'enrichir de l'évaluation des fonctions cognitives, d'un entretien psychologique, et d'une évaluation des fonctions attentionnelles et exécutives. L'orientation vers le psychologue et/ou le psychomotricien est alors du ressort du médecin de première ligne, en parallèle avec l'orientation vers une consultation spécialisée pouvant confirmer le diagnostic et mettre en œuvre les différents axes de prise en charge.

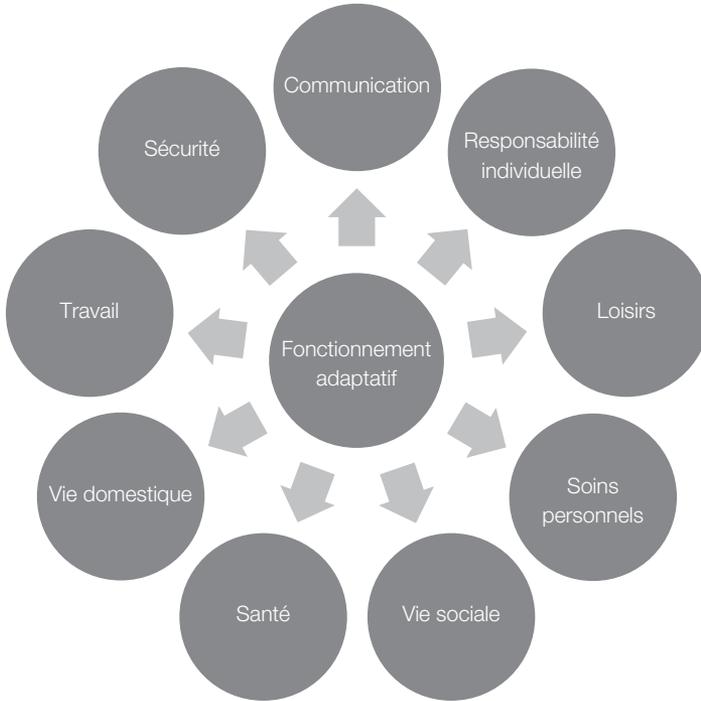
Dans cette période, l'enfant et les parents restent souvent en détresse avec une profonde dévalorisation de l'enfant qui s'estime nul face à tous les retours négatifs dans ses différents environnements depuis plusieurs années. La famille elle-même doit être rassurée et reconfortée sur ses compétences : en effet, les repères habituels d'éducation implicitement et culturellement acquis ne sont pas fonctionnels pour les enfants présentant un trouble déficit de l'attention, ce que l'entourage s'empresse souvent de reprocher aux parents (enfant « mal élevé »). Le médecin de premier recours a donc d'emblée un rôle de revalorisation des compétences des enfants et des parents dès le stade où il évoque le diagnostic.

## V • Prise en charge

En consultation spécialisée, une fois le diagnostic confirmé, plusieurs axes de travail sont proposés à partir d'une analyse dimensionnelle des compétences et des besoins de l'enfant (**fig. 30.3**).

La prise en charge est en effet combinée. Elle associe :

- l'annonce ;
- l'explication du diagnostic et des particularités comportementales et éducatives de l'enfant ;
- les aménagements pédagogiques ;
- un travail de guidance parentale, éventuellement dans le cadre d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales (groupes de Barkley [30.6] ;
- un traitement pharmacologique par méthylphénidate, sans attendre trop longtemps (le plus souvent vers l'âge de sept ans, en classe de CE1) ;
- un accompagnement éventuel de la famille de l'enfant par une psychologue clinique ou un pédopsychiatre en raison de



**Figure 30.3** Approche dimensionnelle de la personne.

la fréquence importante des comorbidités associées (syndrome anxiodépressif, trouble oppositionnel avec provocation, troubles des conduites, déficit d'estime de soi) ;

- une éventuelle rééducation en psychomotricité ou par des neuropsychologues ;
- la prise en charge rééducative des troubles de développement et des apprentissages associés.

**Programmes d'entraînement aux habiletés parentales**

Parmi ceux-ci, les groupes de Barkley (et autres programmes) apportent aux familles (sans leur enfant) un accompagnement par des professionnels formés au TDA/H, sous la forme d'un programme de huit à douze séances bimensuelles de 1 heure et demie à 2 heures, avec un groupe de parents concernés, permettant d'aborder tour à tour les connaissances sur le trouble, l'analyse fonctionnelle des comportements de l'enfant, l'utilisation quotidienne au domicile de repères éducatifs basés sur des approches en thérapies cognitivo-comportementales, améliorant la vie quotidienne et l'estime de soi à la fois des parents et des enfants concernés.

Le médecin de premier recours garde un rôle essentiel dans le suivi, notamment à l'occasion des consultations mensuelles de prescription du traitement par méthylphénidate qui font suite à la prescription hospitalière initiale. À cette occasion, au-delà de l'examen clinique, de la surveillance du poids de la taille ainsi que de la tension artérielle, cette consultation régulière permet cet accompagnement d'une famille et d'un enfant en difficulté, veillant à ne pas sous-estimer la souffrance de la famille de l'enfant.

**VI• Les troubles du sommeil dans le trouble déficit de l'attention concernent 30 à 50 % des enfants (Annexe 30.2)**

De façon systématique, l'interrogatoire doit explorer le sommeil de l'enfant en recherchant notamment un ronflement présent plusieurs mois par an et au-delà des périodes hivernales, des pauses respiratoires, une respiration bruyante, bouche ouverte, des difficultés à l'endormissement, des réveils nocturnes ainsi qu'une énurésie nocturne.

Avant même de considérer le diagnostic de trouble déficit de l'attention, éliminer un SAOS de l'enfant est essentiel : en effet, l'agitation et les troubles d'attention diurnes peuvent donner le change et une polysomnographie est alors indispensable.

L'anxiété, fréquente, peut aussi retentir sur le comportement de l'enfant de par les difficultés d'endormissement en lien avec l'angoisse de séparation. Des parasomnies (sommambulisme, terreurs nocturnes, éveil confusionnel, bruxisme, somniloquie correspondent à des troubles du sommeil lent ou du sommeil paradoxal. Le décalage de phase est fréquent dans le TDA/H et peut même chez certains enfants survenir ou apparaître à partir de la mise en place du traitement par méthylphénidate.

La prise en charge des troubles de sommeil repose le plus souvent sur des règles d'hygiène, une prise en charge comportementale et éventuellement pharmacologique. Le pédiatre de premier recours a pour rôle indispensable de rappeler la structuration du sommeil, les transitions nécessaires et les donneurs de temps pour organiser le sommeil de l'enfant. La suppression des écrans à partir du dîner est indispensable. Ce temps ainsi libéré peut être l'occasion de restaurer quotidiennement un moment spécifique de relation entre l'enfant et chacun de ses parents, souvent oublié dans le quotidien (« moment extraordinaire » des programmes de Barkley).

Il n'y a pas de place pour des traitements « somnifères » chez l'enfant. En revanche, de nombreux enfants parviennent à un endormissement rapide grâce à une supplémentation par mélatonine sous forme notamment de compléments alimentaires en vente libre, avec une posologie allant de 1 à 3 mg, donnée par voie orale une heure avant l'heure souhaitée d'endormissement. Il existe en particulier des présentations sous forme orodispersible, adaptée à l'enfant qui ne peut avaler les comprimés (Valdispert®, Optinuit® orodispersible 1 et 1,9 mg). Plus rarement, une petite dose de méthylphénidate d'action immédiate donnée en fin d'après-midi peut aider certains enfants chez qui un rebond d'excitation survient en fin de journée, permettant une entrée plus calme dans le sommeil.

### Lutter contre les idées fausses

Le TDA/H n'existe pas.

C'est le nouveau trouble à la mode.

Il n'est pas hyperactif, juste mal élevé.

Ce n'est pas les enfants qu'il faut soigner, mais les parents.

Une bonne raclée et tout rentre dans l'ordre.

Il ne peut pas avoir un TDA/H puis qu'il fait... du golf/de la musique/des Legos/des jeux vidéo.

Il n'est pas hyperactif : quand il veut, il peut !

## VII • Le traitement pharmacologique

Le traitement par méthylphénidate est mis en place par l'équipe de second recours, avec le plus souvent une consultation de mise en place suivie, quelques semaines après, d'une consultation d'évaluation et d'adaptation de la dose en cas de bénéfice.

Le traitement par méthylphénidate est le seul actuellement disponible en France, correspondant à quatre formes galéniques différentes (**tab. 30.2**).

Le traitement est mis en place avec une forme galénique d'action retardée, plus rarement avec une forme immédiate. La dose efficace est atteinte par paliers successifs, sans dépasser la posologie définie en France dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) d'1 mg/kg/j ou au maximum 60 mg. Une consultation de suivi après quelques semaines permet alors d'apprécier le bénéfice, la tolérance et de réfléchir en cas de besoin à une adaptation de dose ou un changement de forme galénique.

Une consultation préalable de cardiologie n'est pas indispensable, sauf en cas d'antécédent repéré à l'interrogatoire de troubles du rythme ou de la conduction cardiaque, ou si on est dans l'impossibilité de détailler les antécédents dans les deux familles. Dans le doute, un avis cardiologique est demandé avant la première prescription de traitement.

Les ordonnances doivent être rédigées sur ordonnance sécurisée, comprenant le nom et l'adresse de la pharmacie de délivrance, avec une ordonnance non renouvelable rédigée tous les 28 jours, comprenant notamment le nombre de lignes de prescription. La posologie, la durée et les quantités doivent théoriquement être écrites en toutes

**Tableau 30.2.** Présentations de méthylphénidate : France.

Forme	Action immédiate	Action prolongée			
Spécialité	Ritaline®	Ritaline LP®	Quasym LP®	Medikinet LM®	Concerta® ou méthylphénidate Mylan
Dosage et présentation	Comp. 10 mg sécable	Gél. 10, 20, 30, 40 mg, ouvrable	Gél. 10, 20, 30 mg, ouvrable	Gél. 5, 10, 20, 30, 40 mg	Comp. 18, 36, 54 mg
Proportion de méthylphénidate LI/LP	100 % LI	LI/LP : 50/50	LI/LP : 30/70	LI/LP : 50/50 ouvrable	LI/LP : 22/78
Durée d'action	3/4 h	8 h	8 h	8 h	12 h
		La gélule peut être ouverte et les microgranules donnés sur un produit frais, sans les croquer, en prise unique matinale		Le comprimé ne peut pas être ouvert ni modifié : limite pour les enfants réticents à l'avalier Posologie équivalente : 18 mg de Concerta® correspondent à 15 mg de méthylphénidate	

Comp. : comprimé ; Gél. : gélule ; LI : libération immédiate ; LP : libération prolongée ; LM : libération modifiée.

lettres et l'ordonnance présentée dans les 72 heures à la pharmacie. Le médecin de premier recours peut en revanche modifier de lui-même la posologie et la présentation galénique en fonction du bénéfice, des effets secondaires, notamment des troubles d'appétit ou du sommeil.

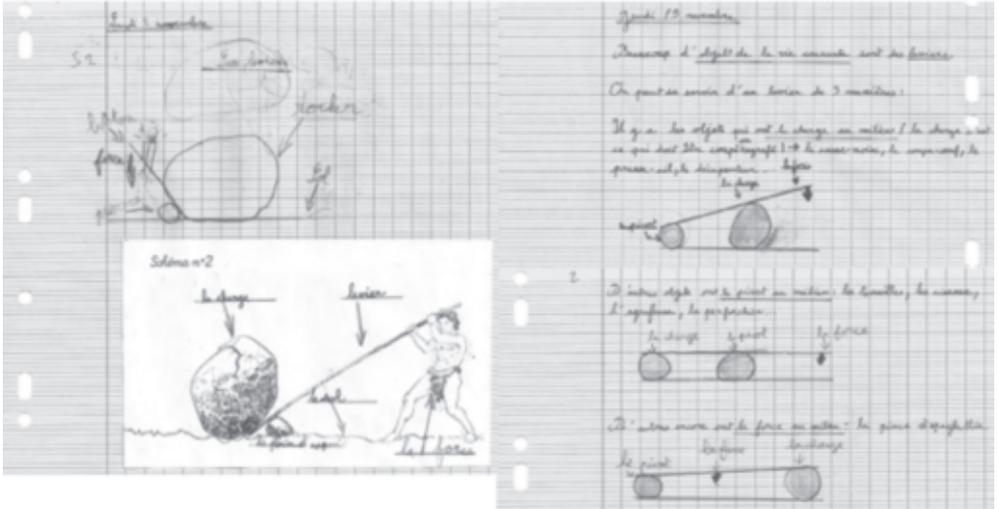
La tolérance du traitement reste globalement favorable avec, parmi les effets secondaires les plus fréquemment rencontrés, une réduction d'appétit, des douleurs abdominales, voire une anorexie le midi : l'enfant se rattrape en général au goûter et au dîner, mais il faut bien veiller avec la famille à organiser le temps et les propositions de petit déjeuner en fonction de son tempérament et de ses goûts afin qu'il ne parte pas le ventre vide à l'école le matin. Dans les premiers jours de traitement, des céphalées, voire une irritabilité, peuvent survenir de façon transitoire. Une sensation de palpitations, une légère accélération de la fréquence cardiaque et une élévation de la tension artérielle sont parfois repérées, sans constituer une cause d'arrêt du traitement (elles sont liées à une composante d'action du méthylphénidate sur le recaptage de la noradrénaline).

Le bénéfice apporté par le traitement est souvent radical, exprimé à la fois par les enfants, qui se sentent « libérés » dans leurs capacités et chez qui l'estime de soi s'améliore au fur et à mesure des retours des adultes

et des autres enfants, par les enseignants et les parents (fig. 30.4 et 30.5).

## Références

- [1] Haute Autorité de santé. Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de santé ; 2014.
- [2] Willig TN, Gramond A, Blanc J-P. Pas à Pas. Trouble déficit d'attention. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2016. Disponible sur : <http://pap-pediatrie.fr/pediatrie-generale/trouble-deficitaire-dattention>
- [3] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2013 (5<sup>th</sup> ed.).
- [4] Ageranioti-Bélanger S. L'entrée au secondaire : les défis pour l'adolescent TDAH. Congrès 2009 de l'AQETA. Montréal : CHU Sainte-Justine, 2009. Disponible sur : [http://henri-julien.csdm.ca/files/2012/02/Les\\_adolescents\\_TDAH.pdf](http://henri-julien.csdm.ca/files/2012/02/Les_adolescents_TDAH.pdf)
- [5] Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. CIM-10. Genève : OMS, 1993.
- [6] Sürig L, Purper-Ouakil D. Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDA/H), estime de soi et impact des traitements. *Méd Thérap Pédiat* 2016 ; 19 : 209-15.



**Figure 30.4** Devoirs d'Esteban juste avant et juste après la mise en place du traitement par Méthylphénidate



**Figure 30.5** Devoirs et témoignage d'Esteban.

## Supports pédagogiques

(voir également annexe 30.3)

À partir de l'annonce du diagnostic ou dans le cadre du suivi, plusieurs supports pédagogiques sont également utilisables par les parents, les enseignants, les rééducateurs et les médecins.

- *Mon cerveau a besoin de lunettes* raconte l'histoire de Tom, huit ans, et de sa famille, petit livre permettant aux parents et aux enfants d'échanger sur une situation « québécoise » d'un enfant « gigoteux », avec les différentes conséquences dans la vie de

l'enfant et de sa famille. Une version est également consacrée à la situation de l'adulte, (éditions de l'Homme).

- *100 idées pour mieux gérer les troubles de l'attention et Troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Concrètement, que faire ?* (éditions Tom Pousse) D'autres supports peuvent être proposés aux familles, leur permettant de mieux comprendre les particularités et les besoins de leur enfant dans les différents environnements et sont mentionnés dans la fiche conseil sur le TDA/H et à la fin de ce chapitre.

## Annexe 30.1 Critères DSM-5 : trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (American Psychiatric Association, 2013 [3])

### Critères A

Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, et caractérisé par (1) et/ou (2).

(1) Inattention	(2) Hyperactivité/impulsivité
Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (ex. : néglige ou oublie des détails, le travail n'est pas précis)	Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège
A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (ex. : a du mal à rester concentré durant un cours, une conversation, la lecture d'un texte long)	Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis
Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex. : leur esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste)	Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation)
Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (ex. : commence le travail mais perd vite le fil et est facilement distrait)	A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (ex. : difficultés à gérer des tâches séquentielles, difficultés à conserver ses outils et ses affaires personnelles en ordre, complique et désorganise le travail, gère mal le temps, ne respecte pas les délais fixés)	Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » (ex. : incapable ou inconfortable de se tenir immobile pendant un long moment, comme dans les restaurants, les réunions ; peut être perçu par les autres comme agité ou comme difficile à suivre)
Souvent évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex. : le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; pour les adolescents et les adultes, préparation de rapports, formulaires à remplir, revoir un long article)	Souvent, parle trop
Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, papiers, lunettes, téléphone mobile)	Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (ex. : termine la phrase de leurs interlocuteurs, ne peut attendre son tour dans une conversation)
Souvent se laisse facilement distraire par des <i>stimuli</i> externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure passer du « coq à l'âne »)	A souvent du mal à attendre son tour (ex. : lorsque l'on fait la queue)
A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex. : faire les corvées, les courses ; pour les adolescents et les adultes, répondre à ses appels, payer ses factures, respecter ses rendez-vous)	Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex. : fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités, peut commencer à utiliser les biens d'autrui sans demander ou recevoir leur autorisation ; pour les adolescents et les adultes, peut s'immiscer ou s'imposer et reprendre ce que d'autres font)
Six (ou plus) des symptômes dans la catégorie (1) et/ou (2) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a directement des conséquences négatives sur les activités sociales et académiques/professionnelles (remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, d'une hostilité ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les grands adolescents et les adultes – âgés de 17 ans et plus – au moins 5 symptômes sont exigés)	

## Critères B

Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de 12 ans.

## Critères C

Certains des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (ex. : à la maison, l'école, ou le travail ; avec des amis ou des relations ; dans d'autres activités).

## Critères D

On doit clairement mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel et de la qualité de vie.

## Critères E

Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par une prise de substance ou son arrêt).

## Sous-types cliniques

- Condition mixte ou combinée : les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.
- Condition « inattention » prédominante : le critère A1 est satisfait, le critère A2 n'est pas satisfait et trois ou plus symptômes du critère A2 sont présents pour les 6 derniers mois.
- Condition « inattention » restrictive : le critère A1 est satisfait mais pas plus de deux symptômes du critère A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.
- Condition « hyperactivité/impulsivité » prédominante : le critère A2 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1.

## **Annexe 30.2** Conseils pour les parents : quelques astuces afin d'améliorer le sommeil de votre enfant TDA/H)

- Le rythme de l'enfant doit être respecté : en effet les besoins et la durée du sommeil de chaque enfant sont différents en fonction de son chronotype. Ainsi, un enfant qui est un petit dormeur s'énervera et fera des colères si on le couche trop tôt.
- Le moment du coucher est un moment important. Il s'agit souvent d'un moment délicat qui peut s'avérer difficile car l'enfant doit quitter un lieu éclairé et animé pour se retrouver seul dans le noir.
- Pour favoriser le coucher, on prévient l'enfant environ trente minutes à l'avance qu'il va bientôt être l'heure d'aller se coucher.
- Afin de prendre de bonnes habitudes, la chambre doit être réservée au sommeil et à certaines activités comme le jeu, la lecture, le travail scolaire, etc. (ex. : le lit est dédié au sommeil, le bureau aux devoirs ou aux activités).
- On apprend à l'enfant à reconnaître les signes de fatigue et d'endormissement : il baille, se frotte les yeux... On lui explique que c'est le signe qu'il a sommeil et que c'est le signal pour aller se coucher.
- Il est aussi important de respecter des horaires réguliers du coucher, y compris pendant les week-ends et les vacances (notre corps ne dispose pas d'une horloge de semaine et d'une horloge de week-end).
- Au moment du coucher, afin de mettre l'enfant dans des conditions propices à l'endormissement, quelques règles s'imposent :
  - éliminer les sources de distraction et de stimulation : télévision, console de jeux, téléphone, jeux éparpillés, frères et sœurs, etc. ;
  - éviter les lumières bleues et les écrans (télévision, ordinateur, tablette, téléphone) ;
  - éviter les stimulations intellectuelles ;
  - la chambre doit être dans la pénombre, calme et silencieuse. Si l'enfant a peur du noir, utilisez une veilleuse de faible intensité lumineuse ;
  - afin de maintenir une température corporelle basse, éviter les bains ou douches chaudes ainsi que l'activité physique deux heures avant le coucher ;
  - la température de la chambre au coucher doit être maintenue entre 18 et 20 degrés au maximum ;
  - ne pas laisser l'enfant s'endormir ou même dormir avec les parents.

### **Ce qu'il faut faire en cas de difficultés d'endormissement ou de syndrome de retard de phase**

- Pratiquer toujours le même rituel avant le coucher. Le rituel du coucher est un signal et non le moyen de s'endormir. Il doit être régulier, unique, court (maximum 15 minutes), non sujet à la négociation, non associé à un des deux parents. Éviter un rituel qui dépende de la présence de l'adulte (bercer, prendre dans les bras).
- Dédramatiser le sommeil, sinon l'enfant risque de devenir anxieux face à celui-ci.
- Déterminer une heure maximale de réveil applicable le week-end et les vacances.
- Instaurer des routines de sommeil avec des horaires de coucher et de réveil aussi réguliers que possible, y compris les week-ends.
- Décaler le moment du coucher de la moitié du délai d'endormissement habituel de l'enfant. Par exemple, si elle ou il se couche à 20 heures et met deux heures à s'endormir, on lui propose de se coucher à 21 heures afin de diminuer le temps passé au lit.
- Établir un calendrier avec l'enfant, le féliciter quand il a eu des nuits calmes.
- Respecter des horaires de repas précis.
- Prendre une douche chaude le matin.
- Favoriser une exposition lumineuse le matin.

## Sites Internet à votre disposition ou à celle des parents

- <https://sites.google.com/site/TDA/Hetalors>
- [www.TDA/H-France](http://www.TDA/H-France) (site de l'association française HyperSupers-TDA/H France).
- [www.attentiondeficit-info.com](http://www.attentiondeficit-info.com) (l'un des sites du docteur Annick Vincent qui anime près de Québec une consultation spécialisée).
- Manon Painchaud : « Stratégies d'enseignement pour les enfants TDAH » (texte disponible sur : [www.aqps.qc.ca/public/publications/bulletin/14/14-1-09.html](http://www.aqps.qc.ca/public/publications/bulletin/14/14-1-09.html)).
- [www.drlouisvera.com](http://www.drlouisvera.com) (site du docteur Louis Vera).
- [www.cssamares.qc.ca/trousse\\_TDA/H/?milieu=enseignants](http://www.cssamares.qc.ca/trousse_TDA/H/?milieu=enseignants) (site canadien avec des aménagements pour les enseignants).

## Supports pour les parents, les enfants, les médecins

- Caron A. *Aider son enfant à gérer l'impulsivité et l'attention. Attentix à la maison*. Montréal, Chenelière Éducation, 2015 (ouvrage avec CD détaillant un programme pour aider les parents ; [www.attentix.ca](http://www.attentix.ca) et <https://cheneliere.ca>).
- Coster P de, Schaetzen S de. *Attention à mon attention. Guide à l'attention des enseignants confrontés au TDA/H*. Bruxelles : TDA/H Belgique, 2010 ([www.TDA/H.be](http://www.TDA/H.be)).
- Guilloux R. *L'effet domino « dys »*. Montréal : Chenelière Éducation, 2009.
- *Le TDA/H et l'école*. HyperSupers-TDA/H France ([www.TDA/H-France](http://www.TDA/H-France) ; brochure expliquant les difficultés scolaires et les aménagements).
- Lussier F. *100 idées pour mieux gérer les troubles de l'attention*. Paris : Tom Pousse, 2011 (un ouvrage pour les parents, les enseignants).
- Vincent A. *Mon cerveau a besoin de lunettes*. Montréal : Editions de l'Homme, 2017.

## **Annexe 30.3** Conseils pour la scolarité des enfants présentant un trouble déficit de l'attention (TDAH)

### **Les difficultés de comportement rencontrées par l'enfant à l'école**

*À partir du diagnostic posé pour l'enfant ou l'adolescent, les caractéristiques de son mode de fonctionnement cognitif, mises en évidence par les bilans, vont avoir des conséquences variables selon les enfants, pour les apprentissages scolaires. Les paragraphes ci-dessous tentent d'illustrer en fonction du type de difficultés, le retentissement.*

#### **Difficulté à maintenir son attention de manière constante et soutenue dans le temps : attention soutenue**

L'enfant est lent dans l'exécution de la tâche et ne parvient pas à finir seul les activités engagées.

Les performances se détériorent rapidement en fonction du temps au cours d'une même tâche (dégradation du graphisme ou augmentation du nombre d'erreur par exemple). Les oublis sont très fréquents (matériel, consignes, devoirs, règles d'accord).

Le démarrage d'une activité est très lent, voire impossible seul.

Au cours de la réalisation d'une tâche, l'enfant décroche et paraît ailleurs.

On note des fluctuations de l'attention, qui peuvent être à l'origine de variations de performances selon les moments de la journée, alors que l'enfant possède les compétences requises.

#### **Difficulté à répartir simultanément son attention sur deux tâches : attention divisée**

L'enfant a du mal à faire deux choses en même temps (par exemple : écrire et écouter, suivre et intervenir de façon adaptée dans une conversation).

L'enfant est facilement découragé par une tâche complexe à réaliser (« *Je ne sais pas faire, je n'y arriverai pas* »).

Le passage d'une activité à une autre ne se fait pas à la vitesse requise ou attendue.

#### **Difficulté à filtrer les informations non pertinentes pour la tâche en cours : attention sélective**

L'enfant est très facilement distrait. Les stimulations environnementales (bruits, conversations, lumière, images, mouvements) parasitent la réalisation de la tâche.

Lorsqu'il est confronté à une situation élaborée (film, texte, leçon, conversation, carte de géographie), l'enfant aura tendance à percevoir une collection d'éléments indépendants les uns des autres, plutôt qu'une seule information globale.

L'enfant parvient difficilement à planifier les différentes étapes de son action ou de sa réflexion.

L'enfant présente des difficultés d'organisation matérielle (cartable, présentation des cahiers).

L'enfant est impulsif, se précipite pour effectuer une tâche ou répondre à une question (ne lève pas le doigt pour parler, répond avant la fin de la question).

L'enfant ne peut pas s'empêcher de saisir et d'utiliser des objets placés à sa portée (touche à tout).

L'enfant a du mal à rester en place.

#### **Impulsivité**

L'enfant TDAH a une incapacité à fonctionner par étapes (et à accomplir un travail séquentiel) et a tendance à sauter directement aux conclusions. Il a donc des difficultés pour les tâches s'appuyant ou nécessitant la mise en place d'un raisonnement.

L'enfant ne finit pas ses devoirs, oublie des questions, ou saute à pieds joints une étape de démonstration ou perd des indices dans l'énoncé du problème.

Ne pas oublier que le TDAH n'est, le plus souvent pas isolé, et que les bilans qui ont été réalisés ont pu mettre en évidence les autres difficultés de l'enfant. Le TDAH vient majorer toute autre difficulté associée en rendant inopérante pour l'enfant les possibilités d'adaptation ou de gestion individuelle.

Il peut s'agir de troubles développementaux des coordinations (TDC) comme la dyspraxie, avec notamment des difficultés dans l'écriture (dysgraphie), dans l'intégration des formes géométriques (troubles visuo-constructifs), des difficultés de langage écrit (dyslexie, dysorthographe), des difficultés dans la compréhension des relations inter individuelles (codes sociaux).

S'il est spectaculaire dans les améliorations au quotidien (permettant à l'enfant d'être disponible et attentif), le traitement médicamenteux ne modifie pas les particularités de fonctionnement cognitif de celui-ci. Il ne change en rien les troubles associés qui doivent être pris en charge. En revanche, le traitement médicamenteux peut considérablement aider les rééducations entreprises en parallèle, en permettant à l'enfant d'être disponible lors des séances.

L'enfant TDAH conserve alors ses difficultés d'apprentissage et ses propres différences de fonctionnement. Ses difficultés d'organisation de la pensée demeureront, avec une difficulté pour généraliser les apprentissages hors d'un cadre connu, sur des tâches nouvelles demandant réflexion.

L'apprentissage des codes sociaux peut être difficile chez l'enfant TDAH, nécessiter des explicitations. Ce qui finit par être intégré par l'enfant ou l'adolescent, peut, dans le feu de l'action, dans les interactions de la vie quotidienne, ne plus s'effectuer et perturber les relations sociales et le regard des autres sur l'enfant.

La qualité de vie de l'enfant et de sa famille peuvent se dégrader au fil des années, notamment avec l'accumulation de cercles vicieux, de renforcements involontaires des comportements inadaptés. Une aide peut alors être proposée aux parents au moyen de programmes d'entraînement aux habiletés parentales (groupes de Barkley).

## **Le retentissement de ces difficultés dans les apprentissages scolaires**

### **Lecture**

L'enfant va souvent avoir tendance à lire trop vite, entraînant des confusions de lettres, des oublis, des ajouts ou modifications de mots ou des sauts de lignes, Il peut relire à nouveau les mêmes mots ou lignes. Il peut en découler des difficultés de compréhension du texte lu, alors que les mécanismes de la lecture sont bien en place. Certains enfants vont cependant présenter un trouble spécifique de lecture (dyslexie) associé au TDAH, et nécessitant une prise en charge du TDAH et une rééducation orthophonique.

### **Calcul et mathématiques**

Certains enfants vont avoir des difficultés pour passer du concret à l'abstrait, à utiliser un raisonnement logique, ou alors pourront se tromper dans une lecture trop rapide de l'énoncé. Il peut également se produire des difficultés d'automatisation des calculs, de mémorisation des tables de multiplication.

### **Écriture**

L'écriture peut être touchée à plusieurs titres. D'une part, les troubles d'attention peuvent entraîner des fautes lors de la copie de textes ou d'énoncés, avec ajouts ou oublis. Les règles d'orthographe peuvent être mal mémorisées, ou difficiles à appliquer. Enfin, l'écriture représente une aptitude de motricité fine, avec un contrôle visuel permanent et un compromis entre la vitesse d'écriture et la qualité de calligraphie. Les enfants TDAH ont fréquemment des troubles associés dans les coordinations fines, pouvant se traduire par une dysgraphie. Les bilans en psychomotricité et l'évolution des difficultés d'écriture sous traitement médicamenteux et avec la rééducation permettront de faire la part des choses entre le retentissement du trouble d'attention et une dysgraphie.

## Langage

L'enfant TDAH a souvent une pensée allant plus vite que son discours, ce qui peut nuire à son intelligibilité. Leur impulsivité peut se traduire par des prises de parole intempestives, coupant la parole aux autres, répondant avant la fin de la question, intervenant dans des conversations qui ne les concernent pas. Ils peuvent parler sans cesse, et sans rapport avec la tâche qu'ils sont censés exécuter, se laissant distraire par leur propre discours. Leur difficulté d'organisation et de réflexion peut donner l'impression d'un propos manquant de sens. Ils peuvent en outre avoir des difficultés pour percevoir les réactions de leurs interlocuteurs, ne parvenant pas à moduler leur comportement en conséquence.

## Mémoire

La mémorisation suppose de pouvoir, entre autres, sélectionner les stimuli correspondant aux informations à stocker, et à inhiber les distracteurs, ce qui peut être difficile chez l'enfant TDAH. La difficulté de l'enfant à maîtriser une double tâche (écrire et écouter) peut compliquer encore la mémorisation. Les consignes longues, les doubles consignes, les phrases enchâssées sont autant de difficultés pour l'enfant TDAH, car nécessitant des compétences souvent déficitaires pour eux.

## Les qualités des enfants TDAH

Ils sont souvent plus talentueux et plus doués que ce qu'ils peuvent laisser paraître. Ils sont pleins de créativité, de spontanéité, d'enthousiasme. Ils ont du ressort, sont débrouillards, sont curieux, reviennent toujours à la charge. Ils sont enclins à une générosité d'esprit, sont heureux d'aider, ont souvent un grand sens de l'humour.

Se heurtant aux difficultés, aux reproches, au regard péjoratif des adultes, ils peuvent se retrouver dans une spirale de dévalorisation, à partir des difficultés scolaires au quotidien, avec perte d'estime de soi, découragement, anxiété. Peuvent en découler des difficultés familiales ou scolaires, puis dans les relations avec les autres. Chaque niveau de difficulté de l'enfant doit être pris en compte, relié à son origine, expliqué à l'enfant et aux enseignants, afin de rompre des cercles vicieux d'échec scolaire et de dévalorisation.

## Suggestions d'aménagements scolaires

L'objectif de base est que l'enfant puisse accéder aux connaissances en classe, sans être confronté en permanence à ses difficultés d'attention.

Trois mots clefs pour organiser le travail en classe au quotidien :

- **Brièveté** : raccourcir les sessions de travail, le temps des apprentissages ou des activités.
- **Variété** : supprimer toutes les tâches potentiellement répétitives, varier les présentations.
- **Structure** : mettre en place des routines stables, affichées, repérables visuellement par l'enfant.

## Conseils visant à limiter l'inattention

Pour les enfants porteurs d'un TDAH de type inattentif, les interventions ont pour but d'améliorer l'attention. Il est souvent nécessaire de modifier l'environnement de la classe, afin de pallier ce déficit.

En classe, ces enfants manifestent notamment des difficultés à écouter les consignes, ce qui peut alors souvent engendrer des retards scolaires.

Voici quelques exemples permettant de diminuer l'inattention et d'accroître l'écoute des consignes. Pour être sûr que l'enfant a bien écouté la consigne on peut :

- Capter son regard.
- Changer le ton de sa voix.
- Utiliser des consignes courtes et éviter d'en donner plus d'une à la fois.
- Utiliser un support visuel (consignes écrites au tableau) et encourager les élèves à visualiser dans leur tête la tâche demandée. Ceci est d'autant plus utile que des difficultés de mémoire de travail s'associent généralement à ce trouble.
- Donner des exemples de ce qu'on attend.

Ces enfants sont de plus souvent facilement distraits par des bruits ou mouvements. On peut alors par exemple :

- Placer l'enfant dans un endroit éloigné de la porte et des fenêtres qui peuvent être une source de distraction (éviter les dispositions en U, préférer les dispositions classiques où tous les enfants sont face au tableau).
- Réduire le bruit ambiant (donner par exemple à l'enfant des écouteurs de baladeur, pour assourdir le bruit).
- Placer des élèves calmes, et pouvant servir de modèles, près de l'enfant TDAH
- Utiliser le tutorat. Un élève peut aider un autre élève à répéter la consigne et revenir sur la tâche.
- Fractionner le temps de travail et alterner les périodes de travail exigeant avec des périodes où l'enfant peut bouger. Ces enfants ont des difficultés à maintenir leur attention d'une manière durable. Ils ont tendance à papillonner sans cesse d'une activité inachevée à l'autre. On peut alors diviser les grandes tâches en petites parties.

### Conseils visant à limiter l'agitation

L'enfant porteur d'un TDAH de type hyperactif/Impulsif peut, selon son âge, avoir beaucoup de difficultés à rester assis sans bouger. Il faut tenir compte de cette particularité en lui permettant d'avoir des moments « d'agitation contrôlée » réguliers. Grâce à ces moments, la tension due au contrôle de l'agitation sera moins importante et les débordements pourront être en partie évités.

On peut par exemple :

- Prévoir des moments où le jeune peut bouger dans dérangé (distribuer des cahiers, etc.).
- Demander à l'élève de venir présenter à l'enseignant chaque partie terminée et la souligner, ce qui peut permettre d'augmenter la motivation de l'enfant.
- Délimiter, à l'aide d'un ruban gommé, un espace autour du pupitre auquel l'élève a droit, mais qu'il ne peut pas dépasser.
- Éviter les retraits de récréation car les enfants en ont besoin pour se dépenser.
- Alterné les apprentissages actifs pendant lesquels l'enfant peut bouger et ceux plus passifs où l'enfant doit rester assis.
- À la demande de l'enfant, on peut lui permettre de travailler debout dans un endroit de la classe quand c'est possible.

### Conseils visant à limiter l'impulsivité

Les enfants impulsifs ont du mal à s'autocontrôler, du fait d'un sous-développement de la fonction exécutive sous tendant cette capacité. Ils auront ainsi des difficultés à avoir un délai de réponse. En classe, ces enfants auront ainsi tendance à répondre trop vite, sans réfléchir, parfois sans avoir levé le doigt. Il est ainsi préférable de prévoir les situations à l'avance afin d'éviter les surprises qui peuvent générer cette impulsivité.

On peut alors :

- Aider le jeune à prendre l'habitude de s'arrêter et de réfléchir devant une situation problématique, en rappelant par exemple à l'enfant une conséquence désagréable du non-respect de cette règle imposée antérieurement. Du fait de l'impulsivité et de l'inattention, l'enfant commet plus d'erreurs d'étourderie, il faut donc lui apprendre à relire systématiquement son travail.
- Travailler le langage intérieur, la capacité à se parler à soi-même et se donner les consignes. On peut permettre à l'enfant de parler à voix basse afin d'énoncer le problème.
- Pour l'impulsivité verbale on peut :
  - Placer sur son bureau un pictogramme représentant cette règle (se parler à voix basse).
  - Ignorer son intervention si le jeune l'a formulée sans avoir levé la main.
  - Donner l'attention rapidement quand l'élève impulsif lève la main afin de l'encourager à le faire.

## Conseils d'intervention généraux

Voici des conseils généraux d'intervention, dont les principes sont tirés des thérapies cognitivo-comportementales, et qui peuvent être utilisés pour modifier le comportement de ces enfants.

Mise en place de renforcements positifs :

- L'enfant agité et distrait reçoit beaucoup plus de rappels négatifs que d'encouragements. Essayer d'inverser ce phénomène en donner des encouragements fréquents. Ces enfants ont la particularité d'être extrêmement sensibles aux renforcements positifs.
- Se tenir près de l'enfant (physiquement) et ne pas hésiter à employer un geste non verbal.
- Ignorer les comportements inadéquats de l'enfant, qui ont souvent pour but d'attirer l'attention. Y faire attention renforce ces derniers.
- Formuler les règles de fonctionnement du groupe de façon claire et visuelle. Les conséquences des manquements aux règles peuvent être choisies en groupe.
- Un des outils qui fonctionne bien pour l'enfant TDAH est l'utilisation de grilles de comportement qui permet au jeune d'être récompensé pour ses améliorations. Attention car ce système demande une observation constante et fréquente.

## Autres conseils

Ne pas oublier que ce trouble agit également sur la motivation, les affects, la mémoire de travail et la perception du temps.

Les enfants TDAH ont beaucoup de difficultés avec la gestion du temps. En classe ces enfants auront du mal à se repérer dans la journée ou estimer le temps passé à une activité. Illustrer les routines du matin et du soir, ainsi que les débuts et les fins de périodes et les rendre constantes.

Ils pourront aussi avoir des difficultés à passer d'une activité à l'autre (transitions) ce qui peut souvent générer des troubles du comportement. Prévenir 5 minutes avant que l'activité va être interrompue.

Du fait de leur pathologie, les enfants TDAH ont la perception que le temps est « interminable ». Avec l'utilisation d'une horloge, planifier la longueur des différentes séquences prévues pour la matinée.

Pour maintenir la motivation : le milieu doit être stimulant et offrir une large variété d'expériences et de supports (varier les couleurs, les présentations, le matériel, le lieu, etc.).

Ces enfants ont des difficultés à gérer leurs émotions. Devant les débordements, utiliser des temps d'arrêts « stop » pour éviter les escalades négatives. On envoie si besoin envoyer l'élève dans un endroit relativement isolé, afin qu'il retrouve son calme. Prévoir une marche à suivre quand l'élève sent monter la colère. Inciter l'enfant à se retirer volontairement dans un coin, où il pourra reprendre son calme.

## Pour favoriser la compréhension des consignes et la mémorisation

**Donner les consignes par différents canaux sensoriels** : consignes à l'écrit ou sur démonstration (canal visuel) ou oralement (canal auditif), en essayant de déterminer avec l'enfant quel canal lui convient le mieux. Pour la mémorisation proprement dite, le canal auditif reste souvent le plus efficace.

**Simplifier les consignes, afin d'éviter la surcharge d'informations.** Fractionner les consignes, et les hiérarchiser pour permettre à l'enfant de distinguer les informations principales des moins importantes. Demander à l'enfant de reformuler les consignes ou le déroulement de la tâche qu'il doit effectuer, ceci afin de s'assurer qu'il l'a enregistré et de l'aider à planifier la tâche.

**Favoriser le passage à l'écrit où toute l'information reste sous les yeux.** Les mots et les phrases longues sont plus difficiles à mémoriser : aider l'enfant en s'appuyant sur les rimes, la musique de la phrase : tables d'opération à scander en Rap. Fractionner les textes à mémoriser en petits morceaux à apprendre séparément.

**Multiplier les expositions aux informations à mémoriser** : l'enfant doit avoir trois à cinq séquences de mémorisation avant de pouvoir en conserver une trace durable. L'enfant ne peut établir des liens entre plusieurs informations que si leur présentation n'est pas séparée

de plus de deux jours : enchaîner quotidiennement les phases de travail de mémorisation des mêmes informations. De même, la rétention en mémoire d'une information apprise la veille au soir est plus durable si elle est ré apprise le lendemain matin, au réveil.

- La pratique d'exercices utilisant les données à mémoriser peut accélérer la vitesse de rétention en mémoire, en faisant attention de ne pas utiliser des activités surchargeant la mémoire de travail.
- La présentation nouvelle, inattendue, originale, anecdotique de l'information à mémoriser peut faciliter la mémorisation, la récupération de l'information sera plus facile si l'enfant peut se rappeler le contexte et la présentation initiale de l'information. Proposer à l'enfant des traces : résumés, schémas, dessins, photos, pense-bêtes...
- Si l'enfant a des difficultés pour mémoriser par voie auditive, lui proposer d'utiliser une présentation visuelle ou visuo spatiale, de se construire une représentation mentale, une image. Pour l'aider à récupérer cette image, proposer à l'enfant d'essayer de se souvenir du contexte par lequel il a appris : comment as-tu fait dans ta tête ?
- Pour l'enfant, la mémorisation nécessite de pouvoir sélectionner l'information adéquate : le mode de présentation simple, direct l'aidera. Elle nécessite également de pouvoir inhiber les distracteurs : pour l'enfant TDAH, il faut supprimer tous les facteurs pouvant interférer avec son attention (distracteurs).

**Si le rappel de l'information est très déficitaire** : entraîner la mémoire en proposant des répétitions avec des ajouts progressifs, des mémorisations d'une suite de bruits, de rythmes, de couleurs, de figures simples, s'appuyer sur des jeux à refrain : *Jacques a dit*, etc.

**Aider à travailler la visualisation mentale** : à chaque nouvelle notion importante abordée, demander à l'enfant de créer des liens avec ce qu'il sait déjà, ou, pour des notions abstraites, de se construire mentalement une représentation imagée. En fin de demi-journée ou de journée, s'assurer qu'il a bien acquis les informations principales de la journée.

## Pour la motivation et l'estime de soi :

**Cibler les priorités** en se projetant sur le long terme, avec les parents, l'enseignant et l'enfant : par exemple atteindre un niveau suffisant en lecture pour lui permettre d'être autonome, ou se centrer d'avantage sur les mathématiques si c'est son point fort...

**Valoriser ses points forts** afin de contourner ses difficultés en lecture et en écriture : un enfant se construit sur ses points forts, par exemple : oral, mathématiques, sciences...

**Entretenir des liens** et une approche coordonnée entre l'école, la psychomotricienne, la famille et l'enfant pour établir un climat de cohérence autour de lui.

**Lutter contre les idées reçues** : « *il est paresseux et ne fait aucun effort* ». La difficulté est pour l'enfant tellement importante, permanente tout au long des journées d'école, les expériences négatives sont si nombreuses, qu'il est difficile pour lui de s'y confronter tous les jours.

Mettre en place quotidiennement des stratégies de renforcement positif de ses efforts, en valorisant les progrès obtenus.

## Conseils aux parents

### Renforcement des règles éducatives

- Environnement ordonné et organisé
- Respect des parents
- Amour
- Encouragements
- Fermeté bienveillante

### Particularités liées au déficit d'attention

- Exigences simples et claires : donner des consignes brèves sans se perdre dans les négociations sans fin
- Règlement affiché

- Éviter les distracteurs (frères et sœurs présents quand il travaille, bruit, télévision...)
- Tolérer les débordements mineurs tels que bouger en mangeant ou en travaillant. Il peut bouger en récitant.

## Anticiper les situations à risques

- Tout ce qui est routinier tel que l'habillage est pénible : il faut leur faciliter les choses en achetant des vêtements simples à utiliser (scratch aux chaussures, etc.)
- Les groupes : il faut lui donner son traitement avant une réunion de famille, une visite aux grands-parents. L'attention est un terme qui, sémantiquement, a un double sens. C'est non seulement une capacité cognitive, un processus intellectuel, mais c'est aussi prêter attention aux autres. Un enfant qui ne fait pas attention est vécu comme « grossier, mal élevé ». Les parents sont jugés comme « élevant mal leur enfant ».

## Fractionner les demandes.

- Limiter les excitants : jeux vidéo (20 mn), films violents
- Favoriser les activités extérieures
- Dissocier comportement et personnalité : « *c'est ton comportement qui n'est pas supportable...* »
- Proposer des trucs :
  - « Time out » : l'emmener dans une autre pièce (plutôt que de l'y envoyer) pour lui proposer un jeu calme, lui apprendre à s'auto apaiser pendant une minute par année d'âge.
  - « Stop, think and go » : « *chaque fois que tu vas faire quelque chose, tu programmes Stop, think and go* ». Cela devient un outil de médiation entre lui et les gens (« *arrête-toi, réfléchis, et vas-y* »).
- Multiplier les intervenants adultes pour permettre aux parents d'éviter l'épuisement.
- Expliquer le TDAH à la famille, notamment aux grands-parents.
- Avoir des contacts avec l'école.

Si l'un des parents se reconnaît dans les difficultés de son enfant et le rejette malgré tout, se souvenir de sa propre expérience, pour l'aider au mieux. Ne pas hésiter à demander de remplacer une séance de travail en psychomotricité ou avec le neuropsychologue de l'enfant par une séance avec les deux parents, afin de permettre au professionnel de guider les parents dans le quotidien et les règles éducatives.

Tenir compte en outre des autres difficultés que rencontre l'enfant (lecture, écriture...), faire attention aux moments « à risque » : réveil, juste avant les repas (attention aux fringales), des changements non programmés, tenir également compte de la disponibilité psychique de l'enfant.

## Associations de parents et lectures

### Deux ouvrages pour les enfants

Annick Vincent, *Mon cerveau a besoin de lunettes*, Editions de l'Homme, 2017 (nouvelle édition)

Pascale de Coster et Stéphanie de Schaetzen. *Attention à mon attention*. TDA/H Belgique, [www.tdah.be](http://www.tdah.be)

### Trois brochures sur l'école :

*Le TDAH et l'école*. Brochure expliquant les difficultés scolaires et les aménagements. Association HyperSupers, TDAH France : [www.tdah-france.com](http://www.tdah-france.com),

*Guide à l'attention des enseignants confrontés au TDA/H*. Association TDA/H Belgique, 24 rue de la Glacière, 1060 Bruxelles, Belgique.

Alain Caron. *Attentix. Aider son enfant à gérer l'impulsivité et l'attention*. Un ouvrage avec CD détaillant un programme pour aider les parents. Editions Chennelière Education. [www.attentix.ca](http://www.attentix.ca) et [www.chenneliere-education.ca](http://www.chenneliere-education.ca)

### Des ouvrages ou textes pour les parents, les enseignants :

Francine Lussier. *100 idées pour mieux gérer les troubles de l'attention*, Editions Tom Pousse, 2011.

« Troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDH) ; concrètement que faire ? » Dr Anne Gramond, Laura Nannini. Tom Pousse Ed 2016, ISBN 235-345-1624

Roselyne Guilloux. *L'effet Domino Dys*. Editions Chennelière Education, 2009.

Manon Painchaud. *Stratégies d'enseignement pour les enfants TDAH*,. Texte téléchargeable sur le lien : <http://www.aqps.qc.ca/public/publications/bulletin/14/14-1-09.html>

De façon plus générale, les parents peuvent entrer en contact avec les associations de familles concernées qui pourront répondre à leurs demandes d'information, partager l'expérience d'autres familles et donner accès à des documentations.

**Deux sites Internet parmi d'autres :**

[www.tdah-france](http://www.tdah-france.org) : site de l'association française HyperSupers-TDAH France

[www.attentiondeficit-info.com](http://www.attentiondeficit-info.com) : l'un des sites du Dr Annick Vincent qui anime près de Québec une consultation spécialisée.

Ce document a été inclus dans l'argumentaire des recommandations de bonne pratique médicale : *Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*, publié par la HAS en 2018, [https://www.has-sante.fr/portail/plug-ins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_2012570](https://www.has-sante.fr/portail/plug-ins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2012570)

**Outre les brochures citées ci-dessus, d'autres références utilisées pour ce document :**

Conseils et suggestions d'aménagements scolaires rédigés par les centres de référence des troubles des apprentissages de Lyon (Jeanne Roche, Vania Herbillon, Pierre Fournier) et de Toulouse (Pascale de Castelnaud, Céline Chignac), et les conseils d'Olivier Revol.

Laetitia Stephanopoli. Le TDAH : les apprentissages, le tempérament TDAH, Revue *Réadaptation* n° 54, février 2008 : texte téléchargeable sur le lien : [http://www.coridys.asso.fr/pages/base\\_doc/TDAH.pdf](http://www.coridys.asso.fr/pages/base_doc/TDAH.pdf)