

TDA-H

Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

<http://www.psychomotricite-nievre.fr/trouble-de-deficit-dattention-avec-ou-sans-hyperactivite/>

D'après les experts, le **trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité** (TDA/H) a probablement toujours existé.

Il n'a toutefois été décrit cliniquement qu'au début du XX^e siècle.

Il a connu plusieurs dénominations : du syndrome de l'enfant hyperactif (première apparition dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en 1968), en passant par le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (1980) jusqu'au trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention ou THADA (1987).

Aujourd'hui, on utilise le terme de **trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité** (TDA/H), adopté en 2000 au Québec, que nous avons retenu pour cette fiche.

Les personnes atteintes d'un **trouble de déficit de l'attention** avec ou sans hyperactivité (**TDA/H**) ont des difficultés à se concentrer, à être attentives et à mener à terme des tâches. Elles ont souvent du mal à rester en place, à attendre leur tour et agissent fréquemment de façon impulsive. Bien que ces comportements puissent se retrouver chez tous les êtres humains, ils sont présents de façon anormalement prononcée et prolongée chez ceux qui sont atteints d'un **TDA/H**. Ils sont également présents dans toutes les circonstances de la vie (pas uniquement à l'école ou uniquement à la maison, par exemple).

TDA/H chez les adolescents et les adultes

Le TDA/H se remarque souvent plus chez l'enfant que chez l'adulte. Il a d'ailleurs été beaucoup plus étudié chez l'enfant. Il persiste toutefois à l'adolescence dans 40 % à 70 % des cas et jusqu'à l'âge adulte chez la moitié des enfants qui en sont atteints.

On estime qu'environ **4 % des adultes** souffrent du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité¹. Parfois, le TDA/H n'est diagnostiqué qu'à l'âge adulte.

Trois symptômes caractérisent le TDA/H qui peuvent être présents à des degrés divers :

- **Inattention - Hyperactivité - Impulsivité.**

TDA/H et intelligence

Il n'y a pas de lien entre le TDA/H et l'intelligence de l'enfant. Les difficultés scolaires dont souffrent la plupart des enfants avec un TDA/H sont le plus souvent liées aux troubles du comportement ou à un déficit d'attention, mais pas à un manque d'intelligence.

Le TDA/H est généralement diagnostiqué autour de 7 ans. Cependant, les enfants qui souffrent de TDA/H ont des **comportements difficiles** avant leur rentrée à l'école, souvent dès l'âge de 2 ans.

LE DIAGNOSTIC

Il n'est pas facile d'établir un diagnostic de TDA/H car les mêmes symptômes peuvent résulter d'autres troubles en rapport plus ou moins étroit avec le TDA/H.

Par conséquent, le **diagnostic de TDA/H** reposera sur une évaluation approfondie de l'enfant et de son milieu de vie.

C'est le médecin (neurologue ou pédopsychiatre) qui posera le diagnostic de TDA/H.

Le médecin évaluera les éléments d'anamnèse tels que les antécédents médicaux, le développement psychomoteur, les éléments familiaux et scolaires de l'enfant.

Des bilans complémentaires comme des tests psychologiques et /ou neuropsychologiques, ainsi qu'un bilan psychomoteur permettra au médecin de poser ou non le diagnostic de TDA/H.

Pour que le diagnostic soit confirmé, il est important de savoir que :

- certains symptômes doivent être présents avant l'âge de 7 ans
- les symptômes doivent se manifester autant à la maison qu'à la garderie (crèche) ou à l'école, bien que leur intensité puisse varier d'un lieu à l'autre
- les symptômes doivent être présents depuis au moins 6 mois.

Le TDA/H est une maladie unique :



complexe à multi causes

Neurologique

Ainsi, les chercheurs ont observé que, chez les enfants ou les adultes atteints de TDA/H, les zones responsables de l'attention, du sens de l'organisation et du contrôle des mouvements s'activent de façon anormale ou ont une anatomie singulière. Ils ont aussi noté un déséquilibre dans les taux de certains messagers chimiques (**neurotransmetteurs**) dans le cerveau, comme la dopamine et la noradrénaline.

Héréditaire

La plupart des enfants atteints du TDA/H comptent au moins un membre de leur famille qui en souffre aussi. Au total, un quart des parents ayant des antécédents de TDA/H ont des enfants qui en sont atteints à leur tour.

Alimentaire

Certains chercheurs mettent en avant l'importance de l'alimentation qui pourrait jouer un rôle dans la majoration des troubles de l'attention et de l'hyperactivité.

Les colorants alimentaires :

Une étude importante comparant l'effet d'un cocktail d'additifs alimentaires versus simple jus de fruit, publiée en 2007, a montré un effet négatif de certains additifs (benzoate de sodium) et colorants alimentaires sur le comportement d'enfants (3 et 8-9 ans) hyperactifs ainsi que chez des enfants non hyperactifs.

Ces colorants sont :

E110 (Sunset Yellow), E104 (Quinoline Yellow), E122 (Carmoisine), E129 (Allura Red), E102 (Tartrazine), E124 (Ponceau 4R).

La consommation excessive de sodas semble avoir un rôle dans l'augmentation des troubles comme l'hyperactivité et l'agressivité. Des recherches mettent en avant un déficit dans les taux de zinc, fer, magnésium et certains acides gras essentiels comme les Oméga 3.

Pour aller plus loin...

Le zinc par exemple, est un important co-facteur dans la production de neurotransmetteurs, comme la sérotonine et la dopamine, et dans la production d'hormones. En plus, il joue un rôle dans la croissance et renforce le système immunitaire.

Le fer est un micronutriment essentiel à la formation de l'hémoglobine. Cette molécule, présente dans les globules rouges, contribue à l'oxygénation de l'ensemble des cellules corporelles et par conséquent du cerveau.

Le magnésium est un minéral qui, par un mécanisme physiologique complexe, contribue à la régularisation de l'excitabilité des cellules nerveuses et musculaires.

LES TROUBLES ASSOCIÉS : certains enfants souffrent aussi de :

Troubles oppositionnels avec provocation. Attitude hostile, méfiante et négative devant les figures d'autorité qui tend à se manifester plus fréquemment chez les enfants impulsifs et hyperactifs.

Troubles de conduite. Comportement antisocial profond qui peut se traduire par le vol de biens, la recherche du combat et un comportement généralement destructeur envers les humains et les animaux.

Dépression. Souvent présente, la dépression résulte du rejet que l'enfant vit parce qu'il n'arrive pas à se contrôler. Il souffre souvent d'une pauvre estime de lui-même. La dépression peut apparaître autant chez l'enfant que chez l'adulte atteint de TDA/H – surtout si d'autres membres de la famille en ont souffert.

Troubles anxieux. Anxiété et nervosité excessives qui s'accompagnent de divers symptômes physiques (tics, accélération du rythme cardiaque, transpiration, vertiges, etc.) ou de troubles obsessionnels compulsifs.

Troubles d'apprentissage. Environ 20 % des enfants atteints du TDA/H ont des retards de développement du langage et de la motricité fine (dont l'écriture) et ont besoin d'une éducation spécialisée.



LES PRISES EN CHARGE

Une prise en charge multimodale est en général mise en place après un diagnostic de TDA/H posé par le médecin.

Il peut s'agir d'une prise en charge médicamenteuse, mais celle-ci n'est pas systématique et l'enfant doit être accueilli tout d'abord en milieu hospitalier afin de déterminer si une telle médication est indispensable et si d'autres méthode d'aide et de soin pourrait être utilisée auparavant.

En France, trois **médicaments** peuvent être prescrits pour le traitement des symptômes du **TDA/H** : Concerta®, Quasym® Ritaline®.

Ils ont tous comme principe actif le méthylphénidate, une substance psychostimulante qui agit en redirigeant correctement la dopamine dans le cerveau.

Il est le principe actif de loin le plus employé en cas de TDA/H. Il ne guérit pas le trouble et ne prévient pas sa persistance à l'âge adulte, mais il en réduit les symptômes tant que la personne est sous traitement.

L'objectif de la prise en charge est d'**atténuer les conséquences** du TDA/H chez l'enfant ou l'adulte, c'est-à-dire ses difficultés scolaires ou professionnelles, ses souffrances liées au rejet qu'il subit souvent, sa faible estime de soi, etc.

D'autres prises en charge peuvent aider l'enfant à contrôler ses symptômes. Il existe de multiples formes de soutien qui aident, par exemple, à améliorer l'attention et à réduire l'anxiété liée au TDA/H. Ces prises en charge sont souvent :

- des consultations avec un psychologue afin de réduire les troubles anxieux
- des séances de psychomotricité, de sophrologie pour agir sur les troubles psychocorporels, l'attention, l'impulsivité et l'agitation
- un suivi orthophonique pour les enfants ayant des troubles des apprentissages lié au TDA– une formation pour aider les parents à s'occuper de leur enfant hyperactif.

On obtient de meilleurs résultats quand les parents, les enseignants, les médecins et les thérapeutes travaillent de concert.



LA PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE

La spécificité du psychomotricien est de rencontrer l'enfant au travers du jeu.

C'est un moyen privilégié pour entrer en relation avec l'enfant puisque le jeu permet de le captiver. Au cours des séances, grâce au jeu, s'établit une relation de confiance.

L'enfant se découvre avec ses qualités et ses vulnérabilités au sein d'une expérience créative. Le psychomotricien transforme le jeu en un temps d'apprentissage mais un apprentissage qui dédramatise les situations d'échec. Les jeux proposés peuvent être des jeux dans l'espace de la salle, comme jeux de balle, ballon, parcours, yoga, expression corporelle car les enfants hyperactifs semblent singulièrement rechercher les limites corporelles à travers une hyper kinésie voire une mise en danger.

Les exercices de prise de conscience « parlent » également à l'image du corps de l'enfant : l'enfant peut ainsi apprendre à apprécier son corps et le ressentir autrement que dans le mouvement. Les exercices de prise de conscience corporelle permettent aussi à l'enfant de développer l'attention, de connaître et comprendre ses sensations et ainsi de les maîtriser.

L'intégration des limites corporelles aide l'enfant à diminuer sa maladresse. De ce fait, en travaillant la prise de conscience corporelle, le psychomotricien renforce également les praxies.

Des jeux au bureau (jeux de société par exemple) sont proposés afin d'aborder la posture statique de travail, l'attention centrée sur une tâche qui implique une réflexion. La motricité fine, la régulation du geste, la planification et l'impulsivité sont alors travaillées.

Cette approche est particulièrement intéressante auprès des enfants TDA/H qui ont de grandes difficultés à supporter les situations d'échec. Ils se dévalorisent très vite. Le jeu peut les aider à retrouver le sentiment de sécurité qui fait défaut.

Le psychomotricien cherche à ce que l'enfant utilise le savoir-faire développé en séance dans sa vie de tous les jours comme outil de compensation de ses troubles. C'est alors qu'un travail avec la famille prendra tout son sens, pour que celle-ci aide l'enfant. La dynamique familiale joue un grand rôle dans l'amélioration des troubles.