

**Sébastien Henrard**

Psychologue spécialisé en neuropsychologie

2021 – Un état des lieux du TDAH – 9 min de lecture

Introduction

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental comprenant une inattention et / ou une hyperactivité - impulsivité cliniquement significatives (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Le TDAH est un trouble qui affecte 7.2% de la population (Thomas et al., 2015). Il touche différemment les hommes et les femmes dans un rapport de 2 : 1 (Owens, Cardoos et Hinshaw, 2015), et est associé à des altérations significatives du fonctionnement scolaire, social et / ou professionnel (APA, 2013).

Les symptômes et retentissements se manifestent généralement tôt dans la vie et sont chroniques (Barkley, 2015). Il est donc important de diagnostiquer ce trouble dès que possible et de fournir des interventions efficaces dans les contextes prioritaires.

Le diagnostic de TDAH

Les symptômes du TDAH comprennent des difficultés d'attention et une hyperactivité-impulsivité. Pour être considérés comme des symptômes, ces comportements doivent être présents depuis l'enfance (avant 12 ans) et doivent être présents dans deux environnements au minimum. Le patient doit présenter au moins six des neuf symptômes d'inattention et / ou d'hyperactivité-impulsivité. Au-delà de 17 ans, il ne faut présenter que cinq symptômes dans un de ces domaines.

Le diagnostic de TDAH est posé sur base de l'omniprésence de ces symptômes et de leur retentissement au quotidien.

Il est important d'écartier les autres causes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité grâce à un diagnostic différentiel avec les troubles neurologiques, sensoriels, moteur, la déficience intellectuelle, etc. (Barkley, 2015). L'évolution majeure du DSM-5 réside dans le fait qu'il tient compte de l'évolution du trouble et de sa fluctuation dans le temps. Il passe en effet d'une catégorisation en sous types à une présentation symptomatologique (par exemple, inattention prédominante). Ce changement est basé sur plusieurs études longitudinales

indiquant que le TDAH est susceptible de varier avec l'avancée en âge (Willcutt, Nigg, Pennington, Solanto et Rohde, 2012).

Évaluation du TDAH

L'évaluation du TDAH est clinique. Elle nécessite une évaluation comportementale grâce à plusieurs méthodes de collecte de données (Anastopoulos et Shelton, 2001; Barkley, 2015; Pelham, Fabiano et Massetti, 2005). Les principaux éléments de l'évaluation comprennent des entretiens avec les parents et les enseignants, des questionnaires et des observations du comportement de l'enfant dans des contextes variés.

Les échelles d'évaluation remplies par les parents et les enseignants fournissent des données établissant la gravité des comportements liés au TDAH ainsi que les comportements associés à d'autres troubles.

Pour compléter le rapport des parents et des enseignants, les comportements sont observés dans différents contextes à plusieurs reprises pour établir leur fréquence et leur durée.

Des questionnaires d'auto-évaluation peuvent également être utilisés. Ils permettent, en plus du regard du système dans lequel il évolue, d'obtenir des données sur ce que l'enfant/adolescent considère comme problématique pour lui. Cependant, les données indiquent que les enfants présentant des troubles du comportement perturbateurs sont généralement de mauvais reporters de leur propre comportement (Landau, Milich et Widiger, 1991) et peuvent surestimer leurs compétences scolaire et sociale (Hoza, Pelham, Dobbs, Owens, & Pillow, 2002). Ces auto-évaluations doivent donc être interprétées avec prudence.

Pour écarter des hypothèses alternatives face à des symptômes évoquant un TDAH, les cliniciens doivent envisager plusieurs possibilités. Tout d'abord, des comportements inattentifs et/ou hyperactifs-impulsifs peuvent résulter de difficultés scolaires. Par exemple, si l'enfant commence à présenter des symptômes de TDAH plus tard dans l'enfance, après plusieurs années de difficultés d'apprentissage ou s'il ne présente des comportements problématiques que pendant l'enseignement scolaire dans les matières dans lesquelles il est le plus faible, cette possibilité doit être envisagée.

L'enfant peut également rencontrer des difficultés émotionnelles et/ou d'adaptation (par exemple, secondaires au divorce des parents ou à un décès dans la famille) qui s'expriment sous la forme de comportements inattentifs, impulsifs et/ou agités.

Enfin, la fluctuation des ressources attentionnelles et du niveau d'activité peut être un symptôme cognitif de divers troubles psychopathologiques (anxiété ou troubles de l'humeur par exemple).

Ces hypothèses (et bien d'autres) doivent être explorées chaque fois que les données d'évaluation sont incohérentes entre les sources ou variables selon les contextes - par exemple, lorsque les parents et les enseignants ne sont pas d'accord sur la gravité et la fréquence des symptômes du TDAH.

L'accompagnement du TDAH

Les différentes recommandations internationales s'accordent sur la marche à suivre. En première ligne, deux types d'interventions sont préconisées.

- **Intervention avec les enseignants**

Les enseignants peuvent déployer des interventions se concentrant soit sur la performance académique, soit sur le comportement en classe.

Les dispositifs impliquant la modification des antécédents (correspondant à la modification des stimuli environnementaux qui se produisent avant un comportement cible) sont ceux qui ont à ce jour montré le plus d'efficacité. Rathvon (2008) note que ces stratégies proactives ont trois caractéristiques déterminantes :

1. elles sont préventives ;

2. elles intègrent la gestion du comportement et la sphère scolaire dans une approche globale plutôt que de traiter ces deux problématiques de manière distincte ;
3. elles encouragent le comportement souhaité de toute la classe au lieu de stigmatiser un élève au travers d'aménagements ciblés sur lui qui le différencie par rapport au reste de la classe.

Une autre intervention pouvant être mise en œuvre par un enseignant est un système de communication école-maison ou de « daily report card system » (Volpe et Fabiano, 2013) comprenant des commentaires sur la performance de l'enfant dans et hors de la classe et des récompenses pour renforcer les comportements souhaités. L'efficacité de cette intervention pour augmenter les comportements positifs et la productivité scolaire a été démontrée dans de nombreuses études (Iznardo et al. 2020 ; Jurbergs, Palcic, & Kelley, 2007).

- **Intervention avec les familles**

Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) enseignent les stratégies qui aideront les parents à gérer les comportements perturbateurs de l'enfant (Charach et al., 2013). Ils intègrent une dimension psychoéducatrice (informations sur le trouble), visent le renforcement des relations familiales et s'appuient sur la mise en place d'un système de discipline positive. Dans cette approche, les parents apprennent à identifier les causes des comportements provocateurs, et sont invités à mettre en place des stratégies pour réduire les comportements problématiques à la maison. Les PEHP apportent aux parents les connaissances nécessaires sur la façon d'aider leurs enfants et permettent à ceux-ci de continuer à les appliquer une fois l'intervention terminée.

Bien que l'objectif principal des PEHP soit d'améliorer le fonctionnement des enfants TDAH, les recherches établissent que ces interventions sont principalement bénéfiques pour les parents. Anastopoulos et al. (1993) ont constaté que les parents ayant participé à une formation parentale signalent une diminution du stress parental et une augmentation du sentiment de compétence parentale. Rimestad et al. (2019), retrouvent également ces résultats mais ils mettent en évidence que le nombre de comportements négatifs ou les symptômes des enfants TDAH n'ont pas tendance à diminuer. Il semblerait que les approches parentales permettent principalement à l'entourage de l'enfant d'accepter son trouble et d'apprendre à mieux le gérer.

Conclusions

L'état des lieux du TDAH se caractérise à la fois par l'évolution de son concept dans le temps et par le développement de nos connaissances au regard de la recherche.

Son diagnostic se base sur des éléments objectifs. Temporalité, présence de symptômes, retentissement dans la vie quotidienne et exclusion d'autres troubles en font un trouble neurodéveloppemental à part entière qu'il faut bien connaître et évaluer.

Cette évaluation repose sur la clinique. Il n'existe pas à ce jour de marqueur biologique ou de tests cognitifs pouvant identifier un TDAH. L'approche nécessite avant tout une exploration comportementale dans différents milieux à partir d'un entretien clinique et de questionnaires.

Enfin, en termes de prises en charge, les résultats des recherches et les recommandations internationales démontrent que les interventions axées sur les parents et les enseignants sont prioritaires et aident non seulement l'enfant, mais aussi le système dans lequel il vit.

Bibliographie

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Anastopoulos, A. D., & Shelton, T. L. (2006). *Assessing attention-deficit/hyperactivity disorder*. Springer Science & Business Media.

Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of abnormal child psychology*, 21(5), 581-596.

Barkley, R. A. (Ed.). (2015). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). New York, NY: Guilford

Charach, A., Carson, P., Fox, S., Ali, M. U., Beckett, J., & Lim, C. G. (2013). Interventions for preschool children at high risk for ADHD: a comparative effectiveness review. *Pediatrics*, 131(5), e1584-e1604.

Hoza, B., Pelham Jr, W. E., Dobbs, J., Owens, J. S., & Pillow, D. R. (2002). Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts?. *Journal of abnormal psychology*, 111(2), 268.

Iznardo, M., Rogers, M. A., Volpe, R. J., Labelle, P. R., & Robaey, P. (2020). The effectiveness of daily behavior report cards for children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of attention disorders*, 24(12), 1623-1636.

Jurbergs, N., Palcic, J., & Kelley, M. L. (2007). School-home notes with and without response cost: Increasing attention and academic performance in low-income children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *School Psychology Quarterly*, 22(3), 358.

Landau, S., Milich, R., & Widiger, T. A. (1991). Conditional probabilities of child interview symptoms in the diagnosis of attention deficit disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(3), 501-513.

Owens, E. B., Cardoos, S. L., & Hinshaw, S. P. (2015). Developmental progression and gender differences among individuals with ADHD. In R.A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed. pp. 223–255). New York, NY: Guilford.

Pelham, Jr, W. E., Fabiano, G. A., & Massetti, G. M. (2005). Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 34(3), 449-476.

Rathvon, N. (2008). *Effective school interventions: Evidence-based strategies for improving student outcomes*. Guilford Press.

Rimestad, M. L., Lambek, R., Zacher Christiansen, H., & Hougaard, E. (2019). Short-and long-term effects of parent training for preschool children with or at risk of ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of attention disorders*, 23(5), 423-434.

Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-e1001.

Volpe, R. J., & Fabiano, G. A. (2013). *Daily behavior report cards: An evidence-based system of assessment and intervention*. Guilford Press.

Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., ... & Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of abnormal psychology*, 121(4), 991.