

LE TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ

Réponses à vos questions
sur le TDAH et son traitement

Qu'est-ce que le TDAH?

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité est une affection neurobiologique du cerveau pouvant produire de l'hyperactivité, de l'impulsivité et des difficultés d'attention¹.

Nous avons tous, de temps à autre, des difficultés à rester immobile, à nous concentrer ou à contrôler un comportement impulsif. Toutefois, chez la personne présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, les symptômes sont si persistants et envahissants qu'ils perturbent la vie quotidienne à l'école, au travail et lors des interactions avec les amis et la famille.

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, également connu par son sigle, TDAH, affecte des millions d'enfants et d'adultes. On estime que 4 à 12 % des enfants d'âge scolaire présentent ce trouble², avec trois à quatre fois plus de garçons que de filles³. Pour poser un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, il est nécessaire qu'un certain nombre de critères spécifiques soient remplis et que les symptômes persistent dans le temps.

Pour l'enfant, le TDAH peut causer des problèmes de relations avec ses camarades⁴, amener une sous-performance ou un échec scolaire⁵ et être à l'origine de problèmes face à l'autorité. Si on n'y apporte pas l'attention requise, les difficultés associées au TDAH peuvent persister durant l'adolescence et l'âge adulte.

Longtemps, on a cru que le TDAH disparaissait durant l'adolescence. Mais on sait maintenant que beaucoup de symptômes persistent à l'âge adulte^{6,7}. Quelque 50 % des enfants chez lesquels on a diagnostiqué un TDAH continueront de présenter des symptômes de TDAH à l'âge adulte⁶.

Quelle est la différence entre le TDAH et le TDA?

Le TDAH n'est pas un trouble nouveau. On l'a décrit chez les enfants au début des années 1900 et il fait l'objet d'études approfondies depuis plus de 50 ans. Le nom de « trouble déficitaire de l'attention (TDA) » est peut-être mieux connu, mais on le considère maintenant plutôt comme une sous-classe du TDAH. En 1987, le TDA a changé de nom et est devenu le « trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité », afin d'y inclure non seulement l'inattention, mais aussi les symptômes d'hyperactivité-impulsivité.

Diagnostic du TDAH

Il n'y a pas de test unique pour déceler le TDAH. Pour poser un diagnostic, il faut procéder à une évaluation complète, écarter les autres causes possibles et déterminer s'il existe d'autres affections concomitantes (anxiété, trouble de l'humeur, trouble de la conduite, trouble oppositionnel avec provocation, difficultés d'apprentissage, etc.).

L'évaluation de l'enfant comprend la collecte de renseignements détaillés de diverses sources, en particulier des parents, des médecins et des enseignants, en utilisant des échelles d'évaluation standardisées. Elle fait également intervenir l'observation de l'enfant et un interrogatoire de celui-ci.

Comme le veut la pratique médicale actuelle, les critères diagnostiques du TDAH précisent que les symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité doivent persister depuis **six mois au moins** et qu'ils doivent être plus fréquents et plus sévères que ce qu'on observe habituellement chez des enfants du même âge⁸.

Certains symptômes du TDAH doivent avoir été présents avant l'âge de sept ans et doivent s'être manifestés dans deux cadres différents au moins (à l'école et à la maison, par exemple). Il doit aussi y avoir une preuve nette que les symptômes affectent les performances scolaires ou le fonctionnement social de l'enfant. Mais surtout, les symptômes doivent causer une dégradation suffisante du fonctionnement quotidien de l'enfant. Chez l'adulte, les symptômes doivent affecter la capacité de l'adulte à fonctionner dans la vie quotidienne et doivent persister depuis l'enfance.

Critères diagnostiques du TDAH

Symptômes d'inattention

1. Souvent, ne parvient pas à prêter attention au détail, ou fait des fautes d'étourderie à l'école, au travail ou dans d'autres activités
2. A souvent du mal à soutenir son attention pour exécuter une tâche ou dans les jeux
3. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle directement
4. Souvent, ne suit pas les consignes et ne finit pas ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (ce qui n'est dû ni à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)
5. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
6. Souvent, évite, déteste ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (travail scolaire ou devoirs à la maison)
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités (jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres, outils)
8. Souvent, se laisse facilement distraire par des stimulus sans importance
9. Oublie souvent ce qu'il a à faire dans ses activités quotidiennes

Symptômes d'hyperactivité-impulsivité

1. Remue souvent les mains et les pieds et se tortille sur son siège
2. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations quand il devrait rester assis
3. Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (chez les adolescents et les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience)
4. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
5. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts »
6. Parle souvent trop
7. Laisse souvent échapper la réponse à une question avant qu'on ait fini de la poser
8. A souvent du mal à attendre son tour
9. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (fait irruption dans les conversations ou dans les jeux, par exemple)

D'après l'*American Psychiatric Association*, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition (Washington, DC, 1994).

Dans la plupart des cas de TDAH, on observe à la fois des symptômes d'inattention et des symptômes d'hyperactivité-impulsivité (voir tableau page 5), mais l'un des types de symptômes peut dominer, produisant trois sous-types :

- **Type inattention prédominante** : la personne présente six symptômes d'inattention ou plus, mais moins de six symptômes d'hyperactivité-impulsivité; les symptômes persistent depuis six mois au moins.
- **Type hyperactivité-impulsivité prédominante** : la personne présente six symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou plus, mais moins de six symptômes d'inattention; les symptômes persistent depuis six mois au moins.
- **Type mixte** : la personne présente six symptômes d'inattention ou plus et six symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou plus; les symptômes persistent depuis six mois au moins. Pour la plupart des enfants et adolescents qui en sont atteints, le TDAH est de type mixte⁹.

Quelle est la cause du TDAH?

On ignore la cause exacte du TDAH. Toutefois, il semble de plus en plus évident, d'après les examens du cerveau par les techniques d'imagerie TEP et IRM et les études génétiques chez des jumeaux, que le TDAH a un fondement biologique¹⁰. Les examens structurels et fonctionnels du cerveau utilisant les techniques d'imagerie de pointe ont révélé des différences significatives entre les personnes présentant le TDAH et les autres¹¹.

Les deux images TEP ci-dessous montrent les différences entre un adulte sans TDAH (à gauche) et un adulte avec TDAH non traité (à droite)¹¹. Remarquer que l'activité métabolique (zones blanches, rouges et orange) semble plus faible chez l'adulte avec TDAH, en particulier dans les zones du cerveau qu'on croit responsables du contrôle de l'attention et de l'activité motrice. Il est important de noter que les images TEP ne servent pas à diagnostiquer le TDAH. On les utilise actuellement comme outil de recherche pour évaluer les différences entre les cerveaux de personnes avec et sans TDAH. Cette recherche n'a pas été achevée chez des enfants.

Image TEP
du cerveau
d'un adulte
sans TDAH



Image TEP
du cerveau
d'un adulte
avec TDAH
diagnostiqué



Des données favorisant nettement l'existence d'une composante génétique du TDAH proviennent d'études de populations de jumeaux, d'enfants adoptés et de familles^{12,13}. Dans le cadre d'une importante étude sur des jumeaux vrais, on a noté que si un jumeau présentait le TDAH, la probabilité que l'autre présente aussi ce trouble est comprise entre 75 et 91 %¹³.

Certains facteurs environnementaux peuvent également jouer un rôle, telles l'alimentation, l'exposition à des toxines (empoisonnement par le plomb, par exemple) ou l'exposition prénatale au tabac, à l'alcool ou à des drogues^{14,15}. L'impact de ces facteurs est actuellement à l'étude.

Traitement du TDAH

Bien que des personnes présentant un TDAH peuvent réussir très bien dans la vie, sans dépistage ni traitement approprié du trouble, le TDAH peut avoir des conséquences graves, dont l'échec scolaire, l'échec professionnel, la dépression, le manque d'estime de soi, les problèmes de relations personnelles, l'abus de substances et des troubles de la conduite^{5,6,16}. Il est donc extrêmement important d'identifier au plus tôt le trouble et de le traiter.

Les études montrent que lorsque des enfants présentant un TDAH reçoivent un traitement adéquat, ils ont moins de problèmes scolaires ou de relation avec leurs camarades, sont moins sujets à l'abus de substances et ont un fonctionnement général meilleur que ceux qui ne reçoivent pas de traitement^{17,18}.

Quelles sont les options de traitement pour les enfants présentant un TDAH?

Il y a deux options principales de la prise en charge et de traitement des symptômes du TDAH :

1. la modification du comportement
2. le traitement pharmacologique

La combinaison de ces deux options forme ce qu'on appelle **un programme de traitement total**.

Le programme de traitement total comprend :

- l'éducation et la formation des parents au sujet du TDAH,
- des techniques de gestion du comportement,
- un environnement scolaire approprié,
- du counselling familial,
- un traitement pharmacologique.

Le programme de traitement total exige un partenariat continu entre :

- l'enfant,
- la famille,
- le personnel de l'école,
- les médecins,
- d'autres professionnels à la santé.

La modification du comportement

Les techniques de modification du comportement sont utiles pour les parents et les enseignants à la maison et à l'école. Il est crucial pour la réussite du traitement comportemental qu'il y ait une continuité entre l'école, la maison et la communauté, ainsi qu'entre les parents, les enseignants et les thérapeutes. Une telle continuité peut être difficile à obtenir.

La gestion du comportement constitue un aspect important du traitement du TDAH dans le cadre d'un programme de traitement total. Parmi les ajustements du comportement, citons :

- demander à l'enseignant de l'enfant de placer l'enfant en avant de la classe
- établir des listes de vérification quotidiennes
- se concentrer sur la réussite
- renforcer l'estime de soi et les bons comportements de l'enfant

Traitement pharmacologique

Les résultats d'une étude importante du *National Institute for Mental Health* montrent que les enfants qui reçoivent un traitement pharmacologique, seul ou combiné à un traitement comportemental, bénéficient d'une amélioration notable de leur comportement et de leur travail scolaire, ainsi que de meilleures relations avec leurs camarades et avec leur famille¹⁷.

Parmi les médicaments, les stimulants sont utilisés le plus fréquemment pour traiter les symptômes du TDAH. Ces médicaments permettent de diminuer l'impulsivité et l'hyperactivité et d'accroître l'attention. Entre 70 et 80 % des personnes présentant un TDAH répondent au traitement par un stimulant¹⁹.

On peut s'étonner que les stimulants soient efficaces dans les cas de TDAH. Il y a de nombreuses théories pour expliquer cette efficacité des stimulants, mais la recherche clinique récente montre que certaines zones du cerveau des personnes présentant un TDAH – zones jugées importantes pour la concentration, l'examen des conséquences, l'inhibition des actions et la prévoyance – ne sont pas suffisamment stimulées¹¹. Selon une théorie, les stimulants agissent sur ces zones du cerveau de façon à permettre une meilleure concentration et une diminution de l'impulsivité et de l'hyperactivité.

Les parents tendent à s'inquiéter, ou à se sentir coupables, lorsqu'ils doivent donner un médicament à leur enfant, mais il est important de savoir que certains de ces médicaments sont utilisés avec succès et en toute sécurité²⁰ depuis 30 ans dans le traitement du TDAH. Si vous voyez dans les médias des reportages sur les médicaments du TDAH qui vous préoccupent, parlez-en avec le médecin de votre enfant. C'est lui qui est le plus qualifié pour vous aider à décider de ce qui convient à votre enfant et à vous-même.

N'oubliez pas que le TDAH est une affection reconnue, qui requiert souvent une intervention médicale.

Soutien au sein de la communauté

Pour plus de renseignements sur le TDAH et sur les services de soutien qui existent, communiquez avec :

AU NIVEAU NATIONAL :

- CH.A.D.D. Canada (Children and Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder)
Site Web : www.chaddcanada.org
Téléphone : (613) 731-1209
Courriel : info@chaddcanada.org
- Troubles d'apprentissage - Association canadienne
Site Web : www.ldac-taac.ca
Courriel : information@ldac-taac.ca
Téléphone : (613) 238-5721

ALBERTA :

- Learning Disabilities Association of Alberta
Courriel : ldaa@telusplanet.net
Téléphone : (403) 448-0360

COLOMBIE-BRITANNIQUE :

- Learning Disabilities Association of British Columbia
c/o Learning Disabilities Association of Vancouver
Site Web : www.ldav.ca
Téléphone : (604) 873-8139

MANITOBA :

- Learning Disabilities Association of Manitoba
Courriel : ldamb@escape.ca
Téléphone : (204) 774-1821

NOUVEAU-BRUNSWICK :

- Troubles d'apprentissage - association du Nouveau-Brunswick
Site Web : <http://www.nald.ca/ldanb>
Courriel : ldanb@nald.ca
Téléphone : (506) 459-7852
Numéro sans frais : 1 877 544-7852

TERRE-NEUVE ET LABRADOR :

- Learning Disabilities Association of Newfoundland and Labrador
Site Web : www.nald.ca/ldan/
Courriel : ldanl@roadrunner.nf.net
Téléphone : (709) 753-1445

NOUVELLE-ÉCOSSE :

- Learning Disabilities Association of Nova Scotia
Site Web : <http://ldans.nsnet.org/>
Courriel : ldans@ns.sympatico.ca
Téléphone : (902) 423-2850
- Attention Deficit Association of Nova Scotia
Site Web : www.adans.ns.ca
Courriel : adans@adans.ns.ca
Téléphone : (902) 869-1117

ONTARIO :

- Learning Disabilities Association of Ontario
Site Web : <http://www.ldao.on.ca>
Courriel : resource@ldao.on.ca
Téléphone : (416) 929-4311
- Attention Deficit Resource Network
Site Web : www.adrn.org
Courriel : info@adrn.org
Téléphone : (416) 208-3141

QUÉBEC :

- AQETA/LDAQ (Association Québécoise pour les troubles d'apprentissage/Learning Disabilities Association of Quebec)
Site Web : www.aqeta.qc.ca
Courriel : info@aqeta.qc.ca
Téléphone : (514) 847-1324
- PANDA (Regroupement des associations de parents PANDA du Québec)
Site Web : <http://panda.cyberquebec.com> ou <http://www.associationpanda.qc.ca>
Téléphone : (450) 979-7788

SASKATCHEWAN :

- Learning Disabilities Association of Saskatchewan
Site Web : <http://www.ldas.org>
Courriel : reception@ldas.org
Téléphone : (306) 652-4114

TERRITOIRES DU NORD-OUEST :

- Learning Disabilities Association of Northwest Territories
Site Web : www.nald.ca/ldanwt.htm
Courriel : ldanwt@ssimicro.com
Téléphone : (867) 873-6378

YUKON :

- Learning Disabilities Association of Yukon
Site Web : <http://www.nald.ca/lday.htm>
Courriel : lday@yknet.yk.ca
Téléphone : (867) 668-5167

RÉFÉRENCES

1. American Academy of Pediatrics. AAP Parent Pages. Octobre 2001.
2. Brown RT, Freeman WS, Perrin JM *et al.* Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics* 2001; 107(3): 1-11.
3. Biederman J, Mick E, Faraone S. *et al.* Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic. *Am J Psychiatry* 2002;159(1): 36-42.
4. Frankel F, Feinberg D. Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems. *Child Psychiatry Hum Dev* 2002; 33(2): 125-46.
5. Szatmari P, Offord DR, Boyle MH. Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with attention deficit disorder: Findings from the Ontario Child Health Study. *J Child Psychol Psychiatry* 1989; 30(2): 205-217.
6. Weiss G, Hechtman L, Milroy T, *et al.* Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-yr follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985; 24: 211-220.
7. Pary R, Lewis S, Matuschka PR, Rudzinskiy P, Safi M, Lippmann S. Attention deficit disorder in adults. *Ann Clin Psychiatry* 2002;14(2):105-11.
8. American Psychiatric Association, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition (Washington, DC, 1994).
9. Lalonde J, Turgay A, Hudson J. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Subtypes and Comorbid Disruptive Behaviour Disorders in a Child and Adolescent Mental Health Clinic. *Can J Psychiatry* 1998;43:623-628.
10. TEP = Tomographie à émission de positrons; IRM = Imagerie par résonance magnétique.
11. Zametkin AJ, Nordahl TE, Gross M, *et al.* Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *N Engl J Med* 1990; 323: 1361-1366.
12. Biederman J, Munir K, Knee D, *et al.* A family study of patients with attention deficit disorder and normal controls. *J Psychiatr Res* 1986; 20: 263-74.
13. Levy F, Hay DA, McStephen M, Wood C, Waldman I. Attention-deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(6): 737-44.
14. Thomson GO, Raab GM, Hepburn WS, Hunter R, Fulton M, Laxen DP. Blood-lead levels and children's behaviour--results from the Edinburgh Lead Study. *J Child Psychol Psychiatry* 1989; 30(4): 515-28.
15. Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002 Apr; 41(4): 378-85.
16. Almond BW Jr, Tanner JL, Goffman HF. *The Family Is the Patient: Using Family Interviews in Children's Medical Care*. 2^e édition. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1999:307-313.
17. Jensen P, Arnold L, Richters J, *et al.* 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:1073-1086.
18. Wilens T, Faraone S, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003; 111(1): 179-85.
19. Spencer T, Wilens T, Biederman J, *et al.* A double-blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 434-443.
20. Greenhill LL, Pliszka S, Dulcan MK & the AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(Suppl 2): 26S-49S.



JANSSEN-ORTHO

19 Green Belt Drive
Toronto, Ontario M3C 1L9

* Tous droits afférents à une marque de commerce sont utilisés en vertu d'une licence
© 2003 JANSSEN-ORTHO Inc.
CRCB031004FA



RELATIONS
COMMUNAUTAIRES

Membre

