

LE TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ ET L'USAGE DE STIMULANTS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Lignes directrices du Collège des médecins du Québec
et de l'Ordre des psychologues du Québec



SEPTEMBRE 2001

Table des matières

Introduction	3
État de la situation	3
Terminologie	3
Étiologie	4
Épidémiologie	4
Critères diagnostiques	5
Diagnostic différentiel et morbidité associée	6
Évaluation	6
Une vue d'ensemble	7
Les rôles communs	8
L'anamnèse	8
Les questionnaires et les échelles de comportement	8
Les rôles spécifiques	9
Le médecin	9
Le psychologue	10
La synthèse des différentes évaluations	13
La concertation	13
Traitement	14
Médication	14
Les stimulants	15
Les autres médicaments	16
Modalités d'intervention psychosociale	17
Les interventions auprès de l'enfant ou de l'adolescent	17
Les interventions auprès de la famille	19
Les interventions en milieu scolaire	20
Autres modalités d'intervention	21
Modalités de suivi	21
Conclusion	21
Bibliographie	22
Annexe 1	23
Annexe 2	24
Annexe 3	26

Introduction

À la suite de la publication du *Rapport du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central*, le ministre d'État à l'Éducation et à la Jeunesse ainsi que la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux et ministre de la Famille et de l'Enfance ont rendu public un plan d'action pour mieux soutenir les jeunes.

Parmi les moyens envisagés pour aider le personnel dans l'évaluation, le diagnostic, l'intervention et le traitement de ce type de problème, le ministère de la Santé et des Services sociaux a accordé au Collège des médecins du Québec et à l'Ordre des psychologues du Québec un soutien financier pour la réalisation de travaux menant à la publication de lignes directrices à l'intention de leurs membres.

Les lignes directrices présentées dans ce document fournissent donc aux médecins et aux psychologues un cadre de référence en matière de dépistage, de diagnostic, d'évaluation, d'intervention et de traitement des jeunes d'âge scolaire (de 5 à 18 ans) ayant un trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) ou en présentant des symptômes.

État de la situation

Un intérêt sans précédent est porté depuis plusieurs années au phénomène jumelé du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez les enfants et de l'utilisation de la médication psychostimulante, notamment le méthylphénidate (*Ritalin*®).

Terminologie

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H), un diagnostic répertorié dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* publié par l'American Psychiatric Association (*DSM-IV*, 1996), a comme caractéristique essentielle un mode persistant d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité plus fréquent et plus sévère que ce qu'on observe habituellement chez des sujets d'un niveau de développement similaire.

Dans les années soixante, certains problèmes de comportement chez les enfants, attribués à une anomalie non spécifique du cerveau, étaient étiquetés *minimal brain dysfunction*. D'autres termes, dont hyperkinésie ou syndrome hyperkinétique, ont également été employés surtout pour insister sur l'élément d'une activité motrice ou d'une agitation anormale.

Durant les années soixante-dix, des spécialistes ont relégué au second rang l'hyperactivité comme caractéristique centrale et se sont concentrés sur les problèmes d'attention et d'impulsivité. C'est en 1980 qu'apparaît pour la première fois la mention, dans le *DSM-III*, d'un trouble déficitaire de l'attention incluant des sous-groupes avec ou sans hyperactivité. Cependant, la version révisée de ce document (*DSM-III-R*) a remis

l'accent sur l'hyperactivité. La dernière version (*DSM-IV*) divise, quant à elle, ce trouble en trois sous-types cliniques selon la nature des symptômes prédominants : le type mixte, le type inattention prédominante et le type hyperactivité-impulsivité prédominante.

Étiologie

Toute l'attention dont a fait l'objet ce problème s'explique en partie par la complexité de ce trouble et la difficulté à en cerner l'étiologie. Plusieurs milliers d'articles ont été publiés sur ce sujet au cours des 20 dernières années. Les travaux des chercheurs ramènent au premier plan l'hypothèse selon laquelle l'hérédité jouerait un rôle important mais, à ce jour, on ne connaît aucun marqueur génétique précis. De plus, d'autres causes peuvent expliquer le TDA/H, telle l'atteinte subie par le cerveau en période prénatale (exposition à la cigarette ou à l'alcool) ou postnatale (infection, traumatisme crânien, anoxie). Les facteurs sociaux seuls ou les tensions environnementales ne peuvent être retenus comme une cause du TDA/H, mais peuvent précipiter ou aggraver la situation ou contribuer à sa persistance.

Épidémiologie

Dans la pratique courante, on constate qu'un nombre grandissant d'enfants et, plus récemment, d'adolescents et même d'adultes portent une étiquette de TDA/H à cause de la grande variabilité dans l'utilisation des critères diagnostiques. De fait, en raison des diversités culturelles et des différentes méthodologies retenues dans les études, les données de prévalence varient considérablement. Il appert que ce syndrome représente le trouble neurodéveloppemental le plus fréquent et la condition chronique qui prévaut chez les enfants d'âge scolaire. Les estimations varient de 3 % à plus de 11 % ; selon le *DSM-IV*, de 3 % à 5 % des enfants d'âge scolaire présenteraient des manifestations liées aux critères diagnostiques du TDA/H. D'après plusieurs auteurs, dans la population en général, de six à neuf garçons pour une fille sont « étiquetés » TDA/H. Au Québec, pour l'année 2000, 62 % de l'ensemble des consultations médicales pour le TDA/H ont été effectuées par des psychiatres, 25 % par des pédiatres et 13 % par des généralistes.

Parallèlement, on constate l'augmentation de la prescription des psychostimulants partout en Amérique du Nord dans le traitement du syndrome du TDA/H. Les principaux stimulants du système nerveux central utilisés sont le méthylphénidate (*Ritalin*®) et la dextroamphétamine (*Dexedrine*®). Les informations ne portant que sur le nombre d'ordonnances, aucune donnée n'indique actuellement le nombre total d'enfants qui prennent réellement le médicament. Pour le Québec, peu de données sont disponibles, mais la tendance est à la hausse de façon importante, tout comme pour d'autres diagnostics, et soulève des questions. Le nombre d'ordonnances exécutées par les pharmaciens est passé d'environ 68 000 en 1993 à 215 000 en 1999. Pour l'année 2000, on a observé un léger ralentissement de la hausse des ordonnances de psychostimulants partout dans les autres provinces canadiennes ; au Québec, cette tendance est trop récente pour que l'on puisse tirer de telles conclusions.

On estime donc aujourd'hui qu'une majorité d'enfants avec un diagnostic de TDA/H reçoivent une prescription de psychostimulants. Selon les données de IMS Health Canada, 64 % des consultations ont mené à la recommandation d'une médication. Ce phénomène croissant est devenu préoccupant aussi bien pour les parents que pour les intervenants des milieux de la santé et de l'éducation. Souvent dénoncée par les médias, l'utilisation de ce médicament est vue comme une « pilule institutionnelle » prescrite pour palier les lacunes du suivi de ces enfants, que ce soit sur le plan médical ou scolaire, et le manque de ressources pour assurer une approche combinant plusieurs modes d'intervention.

Critères diagnostiques

Le diagnostic de TDA/H repose sur l'observation d'un ensemble de comportements.

Comme pour plusieurs maladies ou syndromes en santé mentale, il n'y a pas de marqueur biologique pour poser le diagnostic de TDA/H, celui-ci reposant sur l'observation d'un ensemble de comportements. Les critères diagnostiques retenus sont ceux du *DSM-IV*, publiés par l'American Psychiatric Association (voir l'annexe 1). Ces critères représentent un consensus réalisé par un groupe d'experts nord-américains en fonction des données scientifiques disponibles. Comme les données scientifiques évoluent, les critères sont mis à jour périodiquement. Le médecin et le psychologue doivent donc se tenir au courant et s'adapter en fonction des nouvelles connaissances.

Les critères du *DSM-IV* exigent que l'on retrouve chez l'enfant ou l'adolescent six des neuf symptômes reflétant l'inattention ou six des neuf autres symptômes reflétant l'hyperactivité ou l'impulsivité. Ces symptômes doivent être observés dans deux environnements différents ou plus (p. ex. à la maison et à l'école; dans les activités de loisirs et à la maison; à l'école et dans les activités de loisirs). La gravité des symptômes peut toutefois varier en intensité selon le milieu, ou dans le temps. De plus, les comportements décrits doivent avoir des effets néfastes et significatifs sur le fonctionnement social ou scolaire de l'enfant.

Le degré d'envahissement et de répercussion des symptômes permet de faire la distinction, pas toujours évidente, entre l'enfant distrait ou turbulent et l'enfant présentant un TDA/H. Certains des symptômes doivent avoir été observés avant l'âge de 7 ans. Le problème ne doit pas résulter d'un trouble envahissant du développement (autisme, syndrome d'Asperger, trouble désintégratif de l'enfance, syndrome de Rett), d'une maladie psychotique ni d'une autre maladie psychiatrique.

Le *DSM-IV* retient trois possibilités diagnostiques :

1. **Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité du type où l'inattention prédomine**, lorsque l'enfant ne remplit que les critères de l'inattention (A1);
2. **Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité du type où l'hyperactivité et l'impulsivité prédominent**, lorsque l'enfant ne remplit que les critères de l'hyperactivité et de l'impulsivité (A2);
3. **Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité du type mixte**, lorsque l'enfant remplit tous les critères (A1 et A2).

Diagnostic différentiel et morbidité associée

L'évaluation du médecin ou du psychologue doit permettre, à des degrés divers et selon le champ d'expertise, de faire ressortir ou d'éliminer les problèmes de santé, les problèmes sociaux ou les problèmes psychologiques pouvant :

- simuler un TDA/H (p. ex. abus physique ou sexuel, diabète, problème thyroïdien, trouble d'apprentissage, surdité, etc.) ;
- avoir entraîné un TDA/H (p. ex. asphyxie périnatale, méningite, traumatisme crânien, syndrome alcool-fœtal, syndrome de l'X fragile, etc.) ;
- coexister avec un TDA/H (p. ex. trouble oppositionnel, trouble des conduites, trouble d'apprentissage, trouble de langage, trouble anxieux, trouble dépressif, etc.).

Il est particulièrement important d'évaluer la morbidité associée parce qu'elle est fréquente. Voici l'incidence généralement reconnue :

	%
Trouble oppositionnel avec provocation	30-50
Trouble des conduites	25
Trouble de l'humeur	18
Trouble anxieux	25
Trouble d'apprentissage	15-60

Cette évaluation de la morbidité associée peut se faire aussi à l'entrevue ou au moyen de questionnaires d'évaluation. Le *DSM-IV* propose des critères diagnostiques pour ces divers problèmes.

D'autres troubles ou déficits peuvent coexister avec le TDA/H, mais avec une incidence moindre, notamment des problèmes médicaux, l'abus de substances, la déficience intellectuelle, le syndrome de Gilles de la Tourette, des tics, des troubles bipolaires ou obsessionnels-compulsifs, des troubles moteurs. Cette liste n'est pas exhaustive, et le professionnel doit être attentif tout au long du processus d'identification et d'évaluation du trouble afin de tenir compte de toute la problématique présentée par l'enfant ou l'adolescent. Le diagnostic de TDA/H ne peut être posé que lorsque tous les autres diagnostics possibles ont été envisagés.

Évaluation

Les avenues suivies pour l'évaluation d'un enfant ou d'un adolescent chez qui l'on suspecte la présence d'un TDA/H peuvent être différentes ou se faire dans des contextes divers.

Les parents peuvent s'adresser directement à leur médecin de famille ou au médecin de leur enfant (omnipraticien ou pédiatre) de leur propre gré ou sur les conseils d'un intervenant externe (garderie, école, CLSC, CPEJ, etc.). Un professionnel de l'école qui a déjà amorcé une procédure d'évaluation peut également envoyer l'enfant en

Quelle que soit la porte d'entrée ou le milieu de pratique, l'évaluation de l'enfant doit être effectuée avec rigueur et exige une collecte d'informations dans les différents milieux de vie de l'enfant (*famille, école et loisirs, s'il y a lieu*).

consultation. Le médecin peut travailler en cabinet privé, dans une clinique externe d'un centre hospitalier, dans un CLSC ou dans une clinique spécialisée d'un centre hospitalier universitaire. Le psychologue peut intervenir en première ligne ou sur recommandation d'un médecin, qu'il soit en milieu scolaire, dans un CLSC ou en pratique privée.

Quelle que soit la porte d'entrée ou le milieu de pratique, l'évaluation de l'enfant doit être effectuée avec rigueur et exige une collecte d'informations dans les différents milieux de vie de l'enfant (*famille, école et loisirs, s'il y a lieu*).

De façon générale, les intervenants s'entendent pour dire qu'il n'est pertinent de consulter les services de troisième ligne du réseau de la santé, soit en pédopsychiatrie, en neurologie ou en neuropsychologie, que lorsque le cas est complexe et que des troubles associés ou connexes sont soupçonnés ou identifiés. Dans ces situations, une évaluation approfondie devrait avoir été amorcée en première ou deuxième ligne, et les données recueillies par les divers professionnels (médecin de famille, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, travailleur social, infirmière, psychoéducateur, orthopédagogue, etc.) devront être transmises au spécialiste au moment de la demande de consultation ou du transfert.

Puisque chaque partenaire détient une partie importante de l'information, l'évaluation et le suivi doivent toujours se faire de façon multidisciplinaire, ce qui permet d'avoir une vue d'ensemble de la situation et de prendre les bonnes décisions au sujet de l'enfant.

Une vue d'ensemble

L'évaluation et le diagnostic ne sont utiles dans la vie d'un enfant ou d'un adolescent que lorsqu'ils donnent lieu, par la suite, à des mesures d'aide adaptées aux difficultés vécues quotidiennement par cet enfant ou cet adolescent et par les personnes de son entourage. Le processus d'évaluation, qui comporte trois phases, doit être effectué selon une approche multidisciplinaire impliquant la collaboration et l'échange d'informations entre les différents intervenants.

Les trois phases du processus d'évaluation

Phase 1 : l'accueil de la demande et du demandeur (parents, enseignant, jeune)

La première phase consiste en une entrevue ouverte au cours de laquelle le parent, l'enseignant, l'enfant ou l'adolescent parle spontanément au médecin ou au psychologue de la situation. Il est important d'entendre le demandeur parler dans ses propres mots des difficultés observées ou vécues et de tenter de saisir, au-delà des mots, la réalité de la famille, de la classe, de l'enfant ou de l'adolescent. C'est le moment privilégié de créer un lien de confiance solide qui facilite la collecte d'informations et qui permet d'avoir l'heure juste au sujet de la situation. Au terme de cette première phase, le médecin ou le psychologue devrait être en mesure de formuler la base des hypothèses qui expliquent les difficultés de l'enfant ou de l'adolescent. Ces hypothèses orienteront la suite de son travail.

Phase 2 : la collecte structurée des informations

Au cours de la deuxième phase, le médecin ou le psychologue documente les différentes hypothèses préalablement formulées à partir de la réalité de l'enfant ou de l'adolescent concerné en

diversifiant les sources d'information. Au terme de cette deuxième phase, le médecin ou le psychologue ne devrait retenir que les hypothèses les plus plausibles.

Phase 3 : la confirmation des hypothèses

La troisième phase consiste en l'évaluation approfondie de certains aspects qui confirment le diagnostic et la spécificité du trouble. On vise alors à préciser et à quantifier certains aspects des comportements perturbateurs : la persistance, la constance, la fréquence et l'intensité.

Ces informations doivent être recueillies de façon complémentaire par le médecin (examens médicaux spécifiques) et par le psychologue (évaluation psychologique et psychométrique, observation systématique). Elles permettent de mesurer l'importance de la mésadaptation ou des difficultés de l'enfant par rapport à la moyenne des jeunes de son âge. Elles fournissent également des renseignements précis sur son processus d'apprentissage de même que sur ses forces et ses faiblesses, guidant ainsi les interventions envisagées.

Les rôles communs

Certaines étapes du processus d'évaluation ne sont pas exclusives à l'une ou l'autre des professions. La plupart du temps, le premier praticien impliqué dans le dossier procède à l'anamnèse et utilise des questionnaires ou des échelles de comportement.

L'anamnèse

Parmi les antécédents personnels de l'enfant, une importance particulière doit être accordée à l'histoire de la grossesse, de l'accouchement et du développement, à l'histoire médicale et scolaire, à l'historique de l'apparition du problème et à la présence de consommation ou d'abus de substances.

L'utilisation de questionnaires peut être utile pour inventorier les symptômes du TDA/H qui ont été observés chez l'enfant ou l'adolescent. Ces symptômes doivent toutefois être replacés dans une perspective longitudinale. L'aspect génétique étant reconnu comme un facteur important dans l'étiologie du TDA/H, l'histoire familiale doit être détaillée.

Les questionnaires et les échelles de comportement

À l'heure actuelle, aucun test standardisé ne permet de poser un diagnostic précis de TDA/H. Les divers questionnaires ou échelles de mesure ou d'observation ne peuvent être utilisés qu'en vue de clarifier le portrait clinique d'un enfant ou d'un adolescent. Les échelles standardisées permettent, par exemple, de situer le niveau d'inadaptation du jeune en tenant compte de son âge chronologique, tel que recommandé dans le *DSM-IV*. Ces questionnaires ne peuvent en aucun cas se substituer au diagnostic du médecin ou à l'impression clinique du psychologue, qui reposera sur l'analyse d'un ensemble de données. Néanmoins, une utilisation judicieuse de ces outils de mesure demeure pertinente dans le cadre du processus d'évaluation. Le médecin ou le psychologue doit toutefois connaître les forces et les limites de chacun des outils offerts sur le marché. Le biais propre à la subjectivité du répondant doit également être considéré.

Les outils de mesure ne peuvent en aucun cas se substituer au diagnostic du médecin ou à l'impression clinique du psychologue, qui reposera sur l'analyse d'un ensemble de données.

Les différents questionnaires ou échelles de comportement les plus fréquemment utilisées peuvent être regroupés selon deux catégories : les échelles dites spécifiques et les échelles dites non spécifiques.

Les échelles dites spécifiques

Les échelles basées sur les manifestations de différents troubles décrits dans le *DSM-IV* (comme l'échelle d'Asselin et de Poulin)

Ces échelles sont basées sur l'identification par un observateur, habituellement le parent ou l'enseignant, de la présence ou de l'absence des comportements caractéristiques du TDA/H selon le *DSM-IV*, mais aussi d'autres troubles qui sont souvent associés ou confondus avec le TDA/H. Ces échelles ne font qu'aider l'intervenant à préciser la perception qu'a l'observateur de la situation.

Les échelles spécifiques à l'identification du TDA/H

En contexte expérimental, avec des groupes, ces échelles permettent de distinguer relativement bien les enfants qui ont un TDA/H de ceux qui n'en ont pas. Leur pouvoir prédictif, en clinique, sur une base individuelle, reste faible, principalement en raison du nombre élevé de faux positifs (sujets faussement identifiés comme ayant un TDA/H).

L'échelle de Conner's est la plus connue des échelles spécifiques à l'identification du TDA/H. Ses anciennes versions ne reflétaient pas vraiment les critères du *DSM-IV* et n'évaluaient pas bien le déficit d'attention. La nouvelle version (1997) inclut maintenant 3 échelles normalisées en lien avec les 18 critères du *DSM-IV* et explore, comme l'*Achenback*, les troubles associés au TDA/H et la morbidité qui l'accompagne. La présence d'un index de corrélation pour la mesure de l'efficacité des interventions médicales ou psychosociales fait du *Conner's* un outil très utile pour l'évaluation du plan d'intervention. La forme courte du questionnaire est alors utilisée.

Les échelles dites non spécifiques

(comme l'*Achenback*, l'*EDC* de Bullock et Wilson, ou le *Parental Stress Inventory-PSI*)

Ces questionnaires standardisés couvrent différents aspects de la personnalité et de la réalité du sujet. Ils ne sont pas propres au diagnostic du TDA/H, car ils ne sont pas conçus de façon à distinguer les enfants aux prises avec un TDA/H de ceux qui ne le sont pas. Plusieurs de ces questionnaires comportent un ou des indices qui s'apparentent au TDA/H mais, dans l'ensemble, ces indices sont moins fiables que ceux des échelles spécifiques. Les échelles dites non spécifiques ont tout de même l'avantage d'éclairer l'utilisateur sur la présence d'autres troubles.

En somme, bien qu'elles puissent aider à identifier certaines des difficultés éprouvées par le jeune et à en cerner l'ampleur, ces échelles ne peuvent être utilisées comme outils pour diagnostiquer le TDA/H.

Les rôles spécifiques

Le médecin

Pour confirmer ou infirmer le diagnostic, le médecin ne peut se baser uniquement sur l'entrevue avec l'enfant ou l'adolescent, ou sur l'observation qu'il en fait pendant l'entrevue ou l'examen, puisque plusieurs facteurs, tel l'effet de nouveauté, peuvent stimuler les capacités d'inhibition du jeune. L'administration de questionnaires à

l'enseignant, au parent et à l'adolescent est recommandée pour diversifier les sources d'information. Plusieurs adolescents ont toutefois tendance, dans leurs réponses, à nier leurs symptômes ou à les sous-évaluer. En outre, l'entrevue avec l'enfant ou l'adolescent peut révéler la présence de problèmes associés.

► **L'examen**

Aucun marqueur physique ne peut confirmer le diagnostic de TDA/H. Un examen physique détaillé est donc essentiel pour aider à mettre en évidence ou à éliminer les problèmes de santé pouvant simuler ou entraîner un TDA/H ou coexister avec lui. L'évaluation de la vision et de l'audition sont des éléments qui doivent notamment être documentés. La taille et le poids doivent être inscrits sur une courbe de croissance, surtout si l'on envisage l'utilisation d'une médication.

Même si certains enfants présentant un TDA/H ont des problèmes de coordination ou de motricité, la recherche de signes d'immaturité neurologique (*soft signs*) n'est pas utile pour confirmer le diagnostic, tout au plus peut-on les considérer comme des marqueurs biologiques. Il en est de même pour certains traits physiques (traits dysmorphiques) ayant été décrits comme plus fréquents chez les enfants présentant un TDA/H.

► **Les examens complémentaires**

Le TDA/H est un diagnostic clinique. Aucun test cognitif, d'imagerie ou de laboratoire ne peut confirmer ou infirmer ce diagnostic. Ainsi, l'électroencéphalographie, les tests de fonction thyroïdienne, le dosage du plomb, la tomodensitométrie ou la résonance magnétique cérébrale ne sont recommandés, entre autres, que lorsque l'anamnèse ou l'examen physique le justifie. La recherche du syndrome de l'X fragile, si le diagnostic est soupçonné, doit se faire par l'analyse de l'ADN.

Même si l'évaluation intellectuelle ne peut servir à confirmer ou à infirmer le diagnostic, le médecin doit y avoir accès dans le cas d'un enfant qui présente des difficultés d'apprentissage à l'école. En pareil cas, il est essentiel de vérifier s'il existe un écart entre le rendement scolaire de l'enfant et son potentiel général, plus particulièrement s'il s'agit d'un trouble d'attention sans hyperactivité pouvant être confondu ou associé à un trouble spécifique d'apprentissage. Cette évaluation intellectuelle ainsi que celle de l'orthopédagogue, de l'orthophoniste ou de l'ergothérapeute seront utiles dans certains cas, notamment, pour préciser les forces et les faiblesses de l'élève à partir desquelles le plan d'intervention sera élaboré.

À titre indicatif, compte tenu de la somme de renseignements qui doivent être obtenus et traités par le médecin, cette évaluation peut difficilement se réaliser en une seule rencontre, si celle-ci dure moins d'une heure.

Le psychologue

Afin d'élaborer, avec les autres membres de l'équipe, son impression clinique et un plan d'intervention adapté aux difficultés de l'enfant, le psychologue doit obtenir des autres intervenants du réseau, avec l'aide du parent, de l'enseignant et de l'enfant ou de l'adolescent concerné, une image assez précise de ce qui se passe à la maison, en classe et à l'école.

Le TDA/H est un diagnostic clinique.

► La rencontre des parents

Au cours de la rencontre entre les parents et le psychologue, ce dernier devrait normalement prendre en considération les dimensions suivantes :

- l'anamnèse;
- les préoccupations des parents au sujet de l'enfant ou de l'adolescent;
- l'identification des deux ou trois comportements de l'enfant ou de l'adolescent qui dérangent le plus à la maison ainsi que les moyens utilisés jusque-là pour y mettre un terme;
- l'histoire scolaire (garderie, école primaire et secondaire) de l'enfant ou de l'adolescent, telle que la perçoivent les parents;
- l'analyse de la façon dont les devoirs et les leçons sont réalisés à la maison (lieu, contexte, rôle du parent, communication, etc.);
- l'analyse du système familial et les répercussions des difficultés de l'enfant ou de l'adolescent.

Dans certains milieux, selon les ententes de collaboration entre intervenants, cette évaluation peut être réalisée par le psychologue du CLSC, du centre jeunesse ou du centre hospitalier, ou par un autre professionnel habilité à le faire.

► La rencontre de l'enseignant

Une entrevue avec l'enseignant est incontournable dans le cadre du processus d'évaluation de l'enfant ou de l'adolescent. Dans ce cas-ci également, il sera prioritaire d'établir une relation de confiance avec l'enseignant. Différents éléments pourront être explorés afin de permettre non seulement d'élaborer ou de valider plusieurs hypothèses diagnostiques, mais aussi d'identifier les besoins de soutien de l'enseignant. Le psychologue abordera donc avec l'enseignant les aspects suivants :

- l'inventaire des symptômes que présente l'enfant ou l'adolescent (l'usage d'un questionnaire peut être utile);
- la présence de comportements typiquement associés à d'autres troubles;
- l'analyse du bulletin et du rendement scolaire en classe de l'enfant ou de l'adolescent;
- l'identification, s'il y a lieu, de deux ou trois comportements de l'élève qui dérangent le plus le déroulement des cours ainsi que les moyens utilisés jusque-là pour mettre un terme à ces comportements perturbateurs;
- le recours à des pratiques pédagogiques favorisant la prévention des troubles de comportement;
- l'intégration sociale de l'enfant ou de l'adolescent (les forces et les faiblesses de ses habiletés personnelles et sociales, etc.) et la gravité de ses difficultés d'intégration sociale (rejet, isolement, etc.), s'il y a lieu;
- la relation école-famille;
- la connaissance des notions de base sur la gestion des difficultés de comportement en classe;
- la connaissance du TDA/H et des moyens d'intervention suggérés en milieu scolaire ainsi que la compréhension du rôle joué par les divers membres de l'équipe multidisciplinaire qui se met en place autour de l'élève.

► **La rencontre de l'enfant ou de l'adolescent**

Certains renseignements peuvent être recueillis dans le cadre d'une entrevue avec l'enfant ou l'adolescent, alors que d'autres ne peuvent être obtenus qu'au terme d'une évaluation psychométrique.

■ **L'entrevue** Les informations que le psychologue recueille au cours de l'entrevue avec l'enfant ou l'adolescent lui permettent de bien connaître les forces et les difficultés de l'enfant ou de l'adolescent. Selon le cas et les hypothèses diagnostiques retenues, le psychologue aborde les aspects suivants :

- la conscience qu'a l'enfant ou l'adolescent de ses difficultés à l'école ou à la maison et sa motivation à faire des efforts pour que la situation s'améliore ;
- la part de contrôle sur son comportement que se reconnaît le jeune, dans la mesure où la médication ne pourrait, à elle seule, être responsable des améliorations notées ;
- l'identification par le jeune des personnes significatives de son réseau social, des activités dans lesquelles il peut se valoriser, de ses passions et de ses intérêts qui peuvent servir de renforcements positifs ;
- la présence d'indices de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, de problèmes familiaux ou de situations d'abus.

■ **L'évaluation psychométrique** Le choix des outils psychométriques propres à chaque évaluation revient au psychologue. Ce dernier décide des tests qui sont les plus susceptibles de mesurer les dimensions particulières qu'il veut évaluer. Il est essentiel d'orienter l'évaluation psychométrique en fonction des hypothèses déjà élaborées. Trois situations peuvent être envisagées, dans la perspective où le diagnostic de TDA/H fait toujours partie des hypothèses retenues :

1. Mesurer ses capacités intellectuelles générales à l'aide d'un outil approprié, si l'enfant ou l'adolescent présente des difficultés d'apprentissage ;
2. Explorer la possibilité d'un trouble d'apprentissage spécifique à l'aide des outils spécifiques de mesure des fonctions cognitives, si les capacités de l'enfant ou de l'adolescent sont dans la moyenne malgré les difficultés d'apprentissage qu'il éprouve ;
3. Si l'hypothèse d'un TDA/H est retenue, faire la synthèse des observations cliniques significatives relevées au cours des évaluations psychométriques précédentes. Le psychologue formé en neuropsychologie peut également soumettre l'enfant à quelques tests conçus pour bien cerner les problèmes liés aux fonctions exécutives (notamment par l'évaluation des sous-types d'attention et des capacités d'inhibition) afin de préciser l'ampleur et la nature des déficits de l'enfant. Cette évaluation cognitive plus spécifique n'est pas essentielle au diagnostic du TDA/H et ne peut se substituer aux autres mesures nécessaires au diagnostic. Elle pourrait être utile, cependant, dans le cadre de l'application du plan d'intervention, parce qu'elle permet aux intervenants de choisir l'approche à privilégier en fonction des forces et des difficultés de l'enfant.

Il est essentiel d'orienter l'évaluation psychométrique en fonction des hypothèses déjà élaborées.

L'interprétation des résultats des tests requiert, de la part du psychologue, un exercice d'intégration, tant des données quantitatives que des données qualitatives issues de l'observation des manifestations des déficits du jeune. Elle nécessite une connaissance approfondie des différents processus, dont les processus cognitifs en cause dans ces déficits, et de la science de la psychométrie. Le psychologue qui procède à une évaluation du trouble déficit de l'attention / hyperactivité se doit, notamment, d'avoir une bonne connaissance des différents types d'attention et de leur interaction avec les autres fonctions cognitives.

■ **L'observation de l'enfant ou de l'adolescent dans l'école** L'observation de l'enfant ou de l'adolescent dans l'école constitue un aspect de l'évaluation qui fait appel aux techniques d'observation comportementales habituellement utilisées pour préciser le contexte dans lequel apparaît un comportement donné et les conditions qui le renforcent. Comme pour l'approche préconisée dans le cas des troubles de comportement en milieu scolaire, il faut parvenir à préciser de façon factuelle ce comportement et à documenter sa fréquence, son intensité et sa persistance. L'observation peut être un bon outil pour recueillir de l'information ; la pertinence de son utilisation est laissée au jugement du professionnel.

Compte tenu de la somme de renseignements que le psychologue doit obtenir et traiter, il est peu probable qu'il puisse réaliser cette évaluation en moins de 10 heures, en particulier s'il doit évaluer les capacités intellectuelles de l'enfant ou de l'adolescent. Pour ne pas allonger inutilement le processus, le psychologue doit donc s'assurer de limiter son évaluation aux seules interventions nécessaires et pertinentes.

La synthèse des différentes évaluations

Le processus d'évaluation se conclut par une synthèse de l'ensemble des éléments recueillis au cours des différentes étapes. Cette synthèse intègre toutes les informations provenant de l'anamnèse, des rencontres avec les divers intervenants et de l'évaluation proprement dite du jeune (voir les annexes 2 et 3).

La concertation

Le TDA/H est un problème qui demande une intervention multidisciplinaire.

Comme le TDA/H est un problème qui demande une intervention multidisciplinaire, le médecin, le psychologue et les autres professionnels de la santé ayant participé à l'évaluation devront partager leurs opinions cliniques en vue de l'élaboration du plan d'intervention. Les résultats des diverses évaluations leur permettront de déterminer, conjointement et après que le médecin a posé le ou les diagnostics qui s'imposent, les mesures d'aide à mettre en place selon leurs champs d'expertise respectifs. Comme ces professionnels ne travaillent généralement pas dans le même milieu, il est très important d'obtenir l'autorisation écrite des parents, ou de l'adolescent s'il est âgé de 14 ans ou plus, avant que l'information soit transmise. Une personne chargée de la concertation ou de la coordination des interventions ainsi que du soutien offert à l'enfant et à sa famille devrait également être désignée. Les modalités d'application de cette mesure doivent être déterminées localement, en fonction des ressources disponibles et des particularités régionales.

Traitement

Une approche qui combine plusieurs modes d'intervention devrait être adoptée.

Il est maintenant établi clairement que les enfants ou les adolescents présentant un TDA/H répondent bien aux stimulants du système nerveux central pour les symptômes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité.

Toutefois, dans la majorité des cas, la médication ne parviendra pas à elle seule à améliorer complètement les problèmes associés au TDA/H que présentent ces jeunes (agressivité, opposition, problèmes de relation parents-enfant, difficultés scolaires en relation avec l'organisation du temps, l'organisation du travail, la procrastination, etc.), ni les troubles associés (trouble d'opposition avec provocation, trouble des conduites, trouble d'apprentissage, trouble anxieux, trouble affectif, etc.).

Afin de prodiguer les meilleurs soins possible, une approche qui combine plusieurs modes d'intervention et tient compte du fonctionnement du jeune dans les activités de la vie quotidienne devrait donc être adoptée. Les professionnels ayant acquis la compétence nécessaire seront à même de comprendre et d'expliquer la pertinence des moyens d'intervention qu'ils proposent en fonction des déficits sur lesquels ils veulent intervenir.

Il est utile de rappeler que les effets positifs de la médication ne persistent pas à long terme lorsque la prise de médicaments est cessée.

Médication

Étant donné que le médecin est le seul professionnel autorisé à prescrire des médicaments, il est de sa responsabilité de prendre la décision d'introduire ou non une médication pour traiter un TDA/H, même si cela n'est pas toujours facile à faire. Dans tous les cas, la décision doit être individualisée en fonction de l'ensemble des symptômes, du degré de leurs répercussions, de l'amélioration à cibler, de l'acceptation de la médication par les parents et, dans le cas des adolescents, par le patient lui-même. Le médecin doit s'assurer que les parents et le patient reçoivent l'information appropriée sur les effets positifs de la médication, sur les effets secondaires possibles et sur les conséquences probables de la non-intervention médicamenteuse.

La réponse aux stimulants de l'attention ne doit pas servir à confirmer ou à infirmer un diagnostic de TDA/H. La médication ne doit pas se substituer aux autres mesures susceptibles d'aider l'enfant ou l'adolescent, notamment l'aide éducative ou orthopédagogique, la modification d'un environnement néfaste ou l'arrêt d'une situation qui compromet son bien-être. La responsabilité de prendre la médication ne doit pas être laissée à l'enfant ou l'adolescent, étant donné que ceux-ci sont souvent distraits, impulsifs, voire désorganisés, et n'aiment généralement pas prendre de médicaments.

Compte tenu de leurs difficultés socioaffectives, les enfants ou les adolescents souffrant de TDA/H présentent plus de risques de toxicomanie; il est donc important que le médecin s'assure que l'enfant ou l'adolescent règle d'abord son problème de consommation de drogues avant d'entreprendre une pharmacothérapie.

L'efficacité de la médication doit être évaluée le plus objectivement possible, au moyen, par exemple, d'une échelle d'évaluation ou de modification de la performance scolaire, même si cette dernière ne change pas toujours à court terme. Certaines échelles

La détermination du dosage se fait avec une certaine flexibilité : de petites doses peuvent être utilisées au début, puis augmentées graduellement en fonction de la réponse obtenue, de l'amélioration ciblée ou de l'apparition d'effets secondaires.

permettent également d'évaluer les effets secondaires de la médication. Le médecin ne doit pas hésiter à s'associer les professionnels de l'école pour vérifier les effets de la médication et en optimiser le dosage.

Les parents doivent être informés du fait que la médication choisie dans un premier temps peut ne pas fonctionner ou entraîner des effets secondaires. Pour ces enfants ou adolescents, après l'ajustement des doses, il ne faut pas hésiter à introduire, dans certains cas, un deuxième choix de médicament et, s'il le faut, de la même famille pharmacologique.

Les stimulants

Les stimulants sont de loin les médicaments les plus utilisés et presque toujours le premier choix. L'expérience avec ce type de substance remonte à 60 ans. La marge de sécurité est grande et leur efficacité, indiscutable. De plus, le délai d'action est court, et les effets secondaires habituellement sans danger. Il n'y a ni tolérance ni dépendance, et les risques d'abus sont faibles. Le taux de réponse positive a généralement été de l'ordre de 80 %. Des études récentes indiquent que des interventions à divers niveaux, combinées à des doses variées de méthylphénidate ou de dextroamphétamine, amenaient une réponse positive dans 95 % des cas en ce qui concerne les symptômes du TDA/H.

On utilise habituellement deux familles de stimulants : le méthylphénidate et la dextroamphétamine.

Familles de stimulants utilisés

Le méthylphénidate (*Ritalin*®, *PMS-méthylphénidate*®, *Riphenidate*®)

- comprimés de 5 (PMS), 10 et 20 mg ; durée d'action de 2 à 4 heures ;
- comprimés à effet prolongé (*Ritalin*® SR®) de 20 mg ; durée d'action d'environ 8 heures ;
- dose habituelle : 0,3-0,6 mg / kilo / dose.

La dextroamphétamine ou sulfate de dexamphétamine (*Dexedrine*®)

- comprimés de 5 mg ; durée d'action d'environ 4 heures ;
- capsules spansules à effet prolongé de 10 ou 15 mg ; durée d'action de 10 à 12 heures ;
- dose habituelle : 0,15-0,3 mg / kilo / dose ;
- dose maximale habituelle : 40 mg / jour.

La pémoline (*Cylert*®) a été retirée du marché à cause de problèmes hépatiques.

La détermination du dosage se fait avec une certaine flexibilité : de petites doses peuvent être utilisées au début, puis augmentées graduellement en fonction de la réponse obtenue, de l'amélioration ciblée ou de l'apparition d'effets secondaires.

Ni le poids de l'individu ni le taux sérique ne permettent de prédire de façon fiable la dose efficace : le méthylphénidate est un médicament qui se titre. L'objectif thérapeutique est d'obtenir non pas la dose minimale efficace mais la dose optimale, c'est-à-dire celle qui améliore le plus les paramètres associés au TDA/H (impulsivité, attention, agitation et agressivité) sans causer d'effets secondaires désagréables.

L'utilisation d'une médication à effet prolongé est souvent utile pour éviter les oublis de l'heure du dîner chez les enfants qui prennent leur repas à l'école. L'effet prolongé du *Ritalin*[®] SR[®] est toutefois plus erratique.

Les effets secondaires les plus fréquents sont l'insomnie vespérale et la perte d'appétit. Parfois, des céphalées, des nausées, des douleurs abdominales se manifestent aussi, mais elles sont habituellement transitoires. Surviennent à l'occasion des effets rebonds avec excitabilité, logorrhée ou irritabilité lorsque le médicament cesse d'agir.

La décision de donner la médication trois fois par jour, les jours de congé et pendant les vacances doit être individualisée en fonction de la gravité des symptômes et du désir des parents. Contrairement à la croyance populaire, le fait de donner une troisième dose en fin d'après-midi n'augmente pas les risques d'insomnie. Les parents et les adolescents ont tendance à négliger cette troisième dose ou celle des jours de congé, ce qui est susceptible de laisser se prolonger les symptômes en dehors du milieu scolaire avec des conséquences négatives sur les relations avec les pairs ou la famille.

La présence de tics ou du syndrome de Gilles de la Tourette doit rendre le médecin prudent dans l'utilisation des stimulants. Les avantages doivent être comparés aux risques d'accentuer les tics de façon inacceptable.

Le médecin doit s'assurer qu'un suivi adéquat est accordé à l'enfant ou l'adolescent à qui il prescrit des stimulants de l'attention, que l'amélioration ciblée est bien observée et que les ajustements nécessaires sont faits. Il doit donc recevoir les observations de l'école et des parents en utilisant, s'il y a lieu, des échelles d'observation. De même, certaines échelles permettront de détecter la présence d'effets secondaires. Le poids et la taille seront vérifiés périodiquement et reportés sur une courbe. La posologie peut requérir des ajustements selon la croissance de l'enfant.

Les autres médicaments

D'autres médicaments peuvent contribuer au traitement du TDA/H, notamment :

- ▶ le bupropion (*Wellbutrin SR*[®]);
- ▶ la clonidine (*Catapres*[®]);
- ▶ les antidépresseurs tricycliques;
- ▶ les neuroleptiques.

Toutefois, ils ne doivent pas être considérés comme des médicaments de première ligne. La plupart n'améliorent pas la composante d'attention; leur principal effet bénéfique concerne l'impulsivité ou l'agressivité. Même si des études cliniques, plus ou moins nombreuses, ont été faites avec ces différents médicaments, leur usage doit probablement être réservé aux médecins qui ont une expérience ou une expertise particulière dans le traitement du TDA/H.

Modalités d'intervention psychosociale

À la suite d'un diagnostic de TDA/H, l'enfant ou l'adolescent et sa famille doivent bénéficier de mesures thérapeutiques psychosociales.

L'intervention à divers niveaux dont il est question dans ce document fait référence à la mise en œuvre simultanée de différents moyens d'intervention. Ainsi, à la suite d'un diagnostic de TDA/H, l'enfant ou l'adolescent et sa famille doivent pouvoir bénéficier, en plus de la médication, de mesures thérapeutiques psychosociales. Selon les difficultés et les besoins relevés lors de l'évaluation, l'équipe multidisciplinaire devra convenir de la combinaison d'interventions la plus appropriée.

De façon générale, ces interventions, utilisées de façon individuelle, ne sont pas très efficaces pour contrôler les symptômes du TDA/H. C'est la combinaison de ces modalités, associées à la médication, qui s'est montrée favorable aux jeunes présentant un TDA/H. Tout comme la médication, ces mesures ne guérissent pas le TDA/H, mais elles peuvent aider à en réduire les symptômes ou les conséquences dans la vie des personnes touchées.

Les interventions auprès de l'enfant ou de l'adolescent

► Le traitement behavioral

L'approche behaviorale vise à modifier les comportements problématiques du sujet en renforçant positivement les comportements adaptés et négativement les comportements inadaptés. On peut se servir, par exemple, d'un système de points que l'enfant gagne ou perd selon ses comportements, et qu'il peut échanger pour des récompenses. C'est l'instantanéité des récompenses ou des conséquences après un comportement donné qui permet à l'enfant ou l'adolescent de faire des apprentissages. Le recours à ce type de traitement suppose l'intégration de certaines connaissances théoriques, notamment une bonne compréhension des déficits liés au TDA/H affectant l'autocontrôle. Le fait que les enfants qui présentent un TDA/H sont très axés sur le plaisir immédiat et ont de la difficulté à se projeter dans le futur est une des raisons pour lesquelles ces renforcements rapprochés dans le temps fonctionnent bien.

Ce système peut être appliqué dans le milieu scolaire, à la maison ou dans les autres milieux (garderie, loisirs, etc.). À court terme, les interventions behaviorales peuvent améliorer des comportements ciblés, les habiletés sociales et la performance scolaire. Elles sont cependant moins efficaces pour réduire les symptômes de l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. La faiblesse de cette approche repose toutefois dans la difficulté de maintenir les acquis, de les généraliser en dehors des situations ciblées, et dans l'énergie requise pour maintenir de tels programmes de façon continue. Les études démontrent que ces techniques, même administrées de façon intensive, sont moins efficaces que la médication pour réduire les symptômes du TDA/H et qu'elles ne contribuent pas à l'arrêt de la médication.

Trop souvent, en milieu scolaire, on finit par mettre l'accent sur les contrats de comportement et les conséquences systématiques à l'occasion de manquements. L'expérience démontre cependant l'importance de maintenir en parallèle des renforcements positifs (matériels, sociaux ou sous forme de privilèges) pour faire sentir à l'enfant ou l'adolescent que ses efforts sont reconnus et que l'école peut être aussi pour lui un milieu de vie où il se sent apprécié. Quand un jeune ne veut plus aller à l'école, même les meilleurs systèmes d'encadrement perdent leur utilité.

► **Aide aux habiletés sociales**

Pour amener des bénéfices, les programmes d'aide aux habiletés sociales doivent prévoir le transfert de ces habiletés dans le milieu naturel où les symptômes vont facilement apparaître et pourront être modélisés avec du feed-back et du renforcement positif. En milieu scolaire, la pratique des habiletés ciblées doit être associée au système d'encadrement behaviorale en place. Quand un enfant reçoit un retrait pour un comportement inadéquat, la fin de ce retrait sera systématiquement associée à la démonstration ou à la pratique du comportement attendu. C'est l'usage systématique de ces pratiques en milieu naturel et dans des situations réelles qui permet de développer les habiletés personnelles et sociales. De plus, tous les adultes gravitant autour de l'enfant doivent être mis à contribution pour solliciter une pratique ou pour renforcer positivement l'usage spontané de cette habileté.

► **Psychothérapie individuelle**

La thérapie individuelle n'est pas recommandée de routine, compte tenu de la difficulté qu'éprouvent ces enfants à s'autoanalyser et à généraliser les effets thérapeutiques d'une telle thérapie. Elle peut devenir utile toutefois dans le cas d'un enfant plus vieux qui éprouve des symptômes associés, notamment l'anxiété, la dépression, la faible estime de soi, et pour faciliter l'observance au traitement ainsi que la compréhension et l'acceptation du diagnostic.

La thérapie cognitive vise à donner au sujet des stratégies de résolution de problèmes et de contrôle de soi. Même si elle est théoriquement intéressante, cette stratégie, utilisée seule, amène peu de résultats. Elle doit aussi probablement être réservée aux enfants plus vieux ayant de bonnes capacités intellectuelles et étant bien motivés.

L'intervention individuelle peut cependant être utile pour travailler les croyances de l'enfant ou de l'adolescent sur ses capacités de contrôle par opposition à la médication. Avec ou sans médicament, le jeune est responsable de ses comportements et de ses choix. Quand il refuse de travailler en classe ou au moment des devoirs à la maison, il doit être amené à développer un intérêt pour ses études et un désir de changement. Il est essentiel qu'il devienne un partenaire actif dans la démarche que met en place l'équipe d'intervenants.

► **Activités sportives et de loisirs**

Les activités physiques individuelles devraient être encouragées. Les sports de combat, tels le judo et le karaté, ou de raquette, tels le tennis ou le badminton, ainsi que la natation et la gymnastique sont entre autres recommandés, car ils favorisent le développement d'un contrôle moteur et, à la longue, l'apprentissage de l'autocontrôle. Selon les aptitudes et les intérêts du jeune, on peut aussi l'encourager à s'engager dans le scoutisme, à participer à un corps de cadets, au club 4-H ou à des camps d'été, par exemple. La perte d'un privilège, dans les systèmes d'encadrement behavioraux, ne devra jamais remettre en question la participation à cette activité de valorisation. Selon le cas, le recours à la médication, au cours de cette activité, pourra aider l'enfant ou l'adolescent à y connaître encore plus de succès.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que plusieurs de ces enfants ont des problèmes de coordination ou de motricité. Certains ont des difficultés à intégrer, voire parfois à respecter les règles des activités sportives.

Une attention particulière devra être portée à l'état d'isolement social et au sentiment d'incompétence qu'ont pu développer les parents.

Les interventions auprès de la famille

► Thérapie familiale

Même si elle n'est pas recommandée de routine, la thérapie familiale peut aider les parents à s'adapter à un enfant difficile, impulsif, et à accepter le diagnostic ou la médication. L'annonce du diagnostic peut parfois provoquer un processus de deuil comparable à celui que peuvent vivre les parents d'un enfant handicapé. Les répercussions sur la vie du couple et sur la fratrie sont fréquentes. Une attention particulière devra être portée à l'état d'isolement social et au sentiment d'incompétence qu'ont pu développer les parents en raison de la présence d'un enfant ou d'un adolescent présentant un TDA/H au sein de la cellule familiale. La présence d'un TDA/H chez l'un des parents ou dans la fratrie pourra influencer de manière importante la dynamique et les capacités d'adaptation de la famille. Selon l'évaluation des difficultés déjà réalisée, l'accès à ce type de service peut être vraiment utile.

► Mesures de répit

Comme la présence d'un enfant ou d'un adolescent avec ce type de trouble alourdit la charge parentale, les parents doivent pouvoir bénéficier de périodes de repos. Il peut s'agir de répit en collaboration avec le CLSC pour des vacances ou de la participation du jeune à des camps, notamment.

► Groupe de soutien

Il existe, dans plusieurs régions du Québec, des groupes de soutien qui permettent aux parents d'enfants ou d'adolescents aux prises avec un TDA/H de se parler au sujet de ce qu'ils vivent, de recevoir et partager de l'information. Ces groupes peuvent apporter une aide précieuse aux parents qui se sentent incompris ou jugés par leur entourage et qui vivent des situations difficiles.

Les rencontres de parents visent deux objectifs : favoriser l'acquisition de l'information sur le TDA/H et permettre le partage des difficultés vécues par les parents, ce qui contribue à briser l'isolement et la culpabilité qui viennent parfois miner leur propre niveau d'estime d'eux-mêmes.

► L'entraînement parental

Au cours de ces rencontres éducatives, les intervenants fournissent aux parents non seulement de l'information sur le TDA/H, mais également des instruments d'intervention qui leur permettent d'aider leur enfant ou leur adolescent à gérer son impulsivité, son agressivité ou ses difficultés d'intégration sociale. Le développement de routines familiales à cet égard prend une grande importance. L'enseignement de techniques de modification du comportement, pour faire face aux difficultés de comportement de l'enfant ou de l'adolescent, est également de mise. L'intervenant doit être attentif à la présence d'un TDA/H chez l'un des parents, cette situation pouvant jouer un rôle significatif quant à l'efficacité des interventions proposées.

Les interventions en milieu scolaire

► Les techniques de modification du comportement

Les techniques de modification du comportement ne sont pas propres au TDA/H, mais elles sont souvent à la base des interventions de l'enseignant en classe pour l'encadrement de l'enfant ou de l'adolescent. Dans le cas d'un trouble oppositionnel ou de la conduite, ces mesures sont essentielles. Le plan d'intervention doit comporter des mesures soutenant les enseignants à cet égard.

► Aide pédagogique

Puisque ces enfants présentent fréquemment des difficultés scolaires et des troubles d'apprentissage, l'appui pédagogique s'avère essentiel. L'enfant pourra ainsi récupérer, s'il y a lieu, les notions manquées en classe à cause de son inattention ou d'un rythme d'apprentissage trop lent. Les parents pourront quant à eux être conseillés dans le type d'aide à apporter à la maison. Comme pour tous les enfants du premier cycle du primaire, une attention particulière devra être portée à l'apprentissage de la lecture.

► L'organisation du travail

Certains enfants ou adolescents présentant un TDA/H vont fréquemment accumuler, au cours des années, non seulement un retard d'apprentissage, mais des lacunes dans l'organisation de leur travail. Grâce à l'enseignement de séquences précises, présentées sous forme de rituels ou de routines, et à une pratique systématique, l'enfant ou l'adolescent finira par devenir autonome dans son travail.

► L'organisation physique de la classe

L'organisation de l'environnement physique immédiat et de la classe en général peut, dans plusieurs cas, par des modifications mineures, favoriser le bon fonctionnement de l'enfant ou de l'adolescent présentant un TDA/H. Elle devra donc être examinée en fonction des forces et des faiblesses de chaque jeune.

► L'adaptation du matériel et du mode de présentation

Malgré tous les efforts déployés pour amener l'enfant ou l'adolescent présentant un TDA/H à augmenter son niveau d'adaptation général, les intervenants de l'école devront accepter qu'il est également nécessaire de s'adapter à ses difficultés, dans la mesure du possible. Sur le plan pédagogique, il est reconnu que certaines façons de présenter le travail, de donner des explications et de faire des évaluations sont particulièrement aidantes pour ces jeunes.

► La stimulation directe des capacités d'attention

Il existe différents programmes de rééducation ou de stimulation de l'attention : certains sont informatisés, d'autres font appel à l'entraînement à des habiletés précises favorisant l'apprentissage de séquences cognitives ou comportementales. Outre la médication qui vient stimuler le fonctionnement neurologique déficitaire, c'est avec le temps et le développement général de l'enfant que seront observés des changements dans l'augmentation de ces capacités. Quand une habileté arrivera à maturité conformément au développement normal de l'enfant, il sera alors possible de la stimuler. Ces programmes devront permettre que soit généralisée la maîtrise des habiletés stimulées pour que l'enfant ou l'adolescent puisse les mettre à profit dans la vie quotidienne. Le choix du programme à mettre en place devra reposer sur l'évaluation précise des déficits de l'enfant.

Autres modalités d'intervention

D'autres types d'intervention ont été proposés pour le traitement du TDA/H : diètes, utilisation de suppléments alimentaires et minéraux, de vitamines (mégadoses), d'acides gras, d'herbes ou de produits dits naturels ou exotiques sous diverses formes ; interventions en acupuncture, par biofeedback ; différents types de méditation ; traitements homéopathiques ou traitements optométriques. Une variété d'additifs alimentaires, d'allergènes ou d'aliments ont été pointés du doigt comme pouvant causer ou exacerber l'hyperactivité.

Une étude sérieuse effectuée par le National Institute of Health (NIH) américain a vérifié l'existence d'appuis scientifiques pour 23 de ces approches et a conclu qu'aucune ne peut être recommandée comme un traitement efficace du TDA/H. Toutefois, parmi elles, le biofeedback est identifié comme méritant des recherches plus approfondies.

Modalités de suivi

Les enfants et les adolescents chez qui l'on a diagnostiqué un TDA/H nécessitent un suivi régulier.

Les enfants et les adolescents chez qui l'on a diagnostiqué un TDA/H nécessitent un suivi régulier. Il est important non seulement d'élaborer un plan d'intervention qui prévoit un suivi périodique, mais de le réviser régulièrement. Le médecin qui a prescrit une médication doit s'assurer, au départ, que la dose est adéquate et qu'elle atteint les objectifs ciblés. La présence d'effets secondaires doit être prise en compte dans le maintien ou non de la médication ou le choix d'un autre médicament. Un contact étroit doit donc être maintenu initialement. Il incombe donc au médecin d'obtenir l'information appropriée de ceux qui vivent avec l'enfant ou l'adolescent, particulièrement les parents et les enseignants. Lorsque la situation est stable, l'enfant ou l'adolescent doit être revu au moins deux fois par année. La taille du patient et son poids doivent être suivis au moyen d'une courbe de croissance.

Trop souvent, la problématique du TDA/H et les troubles associés provoquent chez ces jeunes et leur famille des situations de crise (p. ex. échecs scolaires, problèmes de discipline, épuisement parental, dysfonctionnement familial, isolement social) exigeant une mise à jour de l'intervention par toutes les personnes concernées. Les professionnels responsables du suivi de ces enfants ou adolescents ne doivent pas hésiter à avoir recours à des équipes spécialisées (entre autres, équipes psychosociales des CLSC, cliniques pédiatriques spécialisées, pédopsychiatrie, neuropédiatrie, orthophonie, ergothérapie).

Conclusion

Le traitement du TDA/H à l'aide de stimulants du SNC doit être basé sur des principes scientifiques reconnus. Le diagnostic doit être élaboré de façon rigoureuse par une équipe de professionnels qui collaboreront ultérieurement à l'élaboration du plan de traitement et au suivi des enfants et adolescents traités avec des stimulants du SNC et des interventions psychosociales.

Bibliographie

- « A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD », *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, n° 12, décembre 1999, p. 1073-1086.
- « Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD », *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, n° 12, décembre 1999, p. 1088-1096.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996, 1008 p.
- ANDREW, M.M. « Attention-deficit/hyperactivity disorder », *Pediatrics Clinics of North America*, vol. 46, n° 5, octobre 1999.
- ARNOLD, L.E. « Treatment alternatives for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) », *Journal of Attention Disorders*, vol. 3, n° 1, avril 1999, p. 30-48.
- BARKLEY, R.A. *ADHD and the nature of self-control*, New York, Guilford Press, 1997, 410 p.
- Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*, 2^e édition, New York, Guilford Press, 1998, 368 p.
- BARKLEY, R.A., et K.R. MURPHY. *Attention-deficit hyperactivity disorder: a clinical workbook*, 2^e édition, New York, Guilford Press, 1998, 133 p.
- BAUMGAERTEL, A., et L. COPELAND. « Attention deficit hyperactivity disorder », dans Mark L. Wolraich (sous la dir. de), *Disorders of development & learning: a practical guide to assessment and management*, St. Louis (Missouri), Mosby, 1996, p. 424-456.
- COHEN, D., et autres. *Déficit d'attention/hyperactivité: perceptions des acteurs et utilisation de psychostimulants*, Laval, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 1999, 90 p.
- COMITÉ-CONSEIL SUR LE TROUBLE DE DÉFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ ET SUR L'USAGE DE STIMULANTS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL. *TDAH: rapport*, Québec, ministère de l'Éducation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 47 p.
- CULBERT, T.P., G.A. BANEZ et M.I. REIFF. « Children who have attentional disorders: interventions », *Pediatrics in Review*, vol. 15, n° 1, janvier 1994, p. 5-14.
- DEBONIS, D.A., M. YLVISAKER et D.K. KUNDERT. « The relationship between ADHD theory and practice: a preliminary investigation », *Journal of Attention Disorders*, vol. 4, n° 3, novembre 2000, p. 161-173.
- DESJARDINS, C., M. GROULX et S. LAVIGUEUR. *Protocole pour aider à mieux intervenir auprès des élèves pouvant présenter un déficit d'attention/hyperactivité*, Vanier (Ontario), Centre franco-ontarien de ressources pédiatriques, 1999, 59 p.
- DULCAN, M. « Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, n° 10 Suppl., octobre 1997, p. 85S-121S.
- DUPAUL, G.J., et G. STONER. *ADHD in the schools: assessment and intervention strategies*, New York, Guilford Press, 1994, 269 p. (Collection Guilford school practitioner series)
- ELIA, J., P.J. AMBROSINI et J.L. RAPOPORT. « Treatment of attention-deficit-hyperactivity disorder », *The New England Journal of Medicine*, vol. 340, n° 10, 11 mars 1999, p. 780-788.
- FALARDEAU, G. « Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité: Première partie: l'évaluation diagnostique », *Le Clinicien*, vol. 15, n° 9, septembre 2000, p. 91-103.
- « Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité: Deuxième partie: le traitement », *Le Clinicien*, vol. 15, n° 10, octobre 2000, p. 81-94.
- GAGNÉ, R. « La mesure du TDAH et du trouble oppositionnel: ajout de normes québécoises aux critères du DSM-IV », *Bulletin de liaison de l'AQPS*, vol. 13, n° 1, 2000-2001, p. 1-16.
- GOLDSTEIN, S., et M. GOLDSTEIN. *Managing attention disorders in children: a guide for practitioners*, New York, Wiley, 1990, 451 p. (Collection Wiley series on personality processes)
- GOUDREAU, R. « Le développement des processus de contrôle attentionnels », *Psychologie Québec*, vol. 17, n° 6, novembre 2000, p. 24-27.
- JENSEN, P.S. « ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 40, n° 2, février 2001, p. 147-158.
- JOHNSON, R.C., et L.A. ROSEN. « Sports behavior of ADHD children », *Journal of Attention Disorders*, vol. 4, n° 3, novembre 2000, p. 150-160.
- KLEIN, R.G., et H. ABIKOFF. « Behavior therapy and methylphenidate in the treatment of children with ADHD », *Journal of Attention Disorders*, vol. 2, n° 2, juillet 1997, p. 89-114.
- LEZAK, M.D. *Neuropsychological assessment*, 3^e édition, New York, Oxford University Press, 1995, 1026 p.
- Pediatrics in Review*, vol. 21, n° 5, mai 2000.
- PLISZKA, S.R., C.L. CARLSON et J.M. SWANSON. *ADHD with comorbid disorders: clinical assessment and management*, New York, Guilford Press, 1999, 325 p.
- ROBIN, A.L. *ADHD in adolescents: diagnosis and treatment*, New York, Guilford Press, 1998, 461 p.
- SAURIOL, D., et R. BOUFFARD. « Déficit de l'attention et hyperactivité », dans André Gagnon et autres, *Démystifier les maladies mentales: les troubles de l'enfance et de l'adolescence*, Boucherville, Gaëtan Morin, 2001, p. 337-381.
- SPREEN, O., et E. STRAUSS. *A compendium of neuropsychological tests: administration, norms, and commentary*, 2^e édition, New York, Oxford University Press, 1998, 736 p.
- STUBBE, D.E. « Attention-deficit/hyperactivity disorder overview. Historical perspective, current controversies, and future directions », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 9, n° 3, juillet 2000, p. 469-479.
- ZAMETKIN, A.J., et M. ERNST. « Problems in the management of attention-deficit-hyperactivity disorder », *The New England Journal of Medicine*, vol. 340, n° 1, 7 janvier 1999, p. 40-46.

Annexe 1

Critères diagnostiques du Trouble : Déficit de l'attention/hyperactivité

A. Présence soit de (1), soit de (2) :

(1) six des symptômes suivants d'**inattention** (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Inattention

- (a) 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
- (b) a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- (c) semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
- (d) 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 (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)
- (e) a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- (f) souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)
- (g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p.ex., jouets, cahiers de devoir, crayons, livres ou outils)
- (h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimulus externes
- (i) des oublis fréquents dans la vie quotidienne

(2) six des symptômes suivants d'**hyperactivité-impulsivité** (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité

- (a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège
- (b) se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis
- (c) souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)

- (d) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
- (e) est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts »
- (f) parle souvent trop

Impulsivité

- (g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- (h) a souvent du mal à attendre son tour
- (i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types d'environnements différents (p. ex., à l'école - ou au travail - et à la maison).

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., Trouble thymique, Trouble anxieux, Trouble dissociatif ou Trouble de la personnalité).

Code selon le type

F90.0 [314.01] Déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte : si à la fois les Critères A1 et A2 sont remplis pour les 6 derniers mois

F90.0 [314.00] Déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante : si, pour les 6 derniers mois, le Critère A1 est rempli mais pas le Critère A2

F90.0 [314.01] Déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité-impulsivité prédominante : si, pour les 6 derniers mois, le Critère A2 est rempli mais pas le Critère A1

Source : DSM-IV, p.100-101.

Annexe 2

Tableau synthèse

Le présent tableau a pour objectif d'aider l'intervenant à classer les informations recueillies afin de faciliter la prise de décision (diagnostic et organisation d'une intervention) dans les cas d'enfants et d'adolescents

présentant possiblement un TDA/H. L'utilisation de ce tableau ne peut remplacer une évaluation appropriée.

Identification		
Nom :	Sexe : ☐ Garçon	
Prénom :	☐ Fille	
Date de naissance :	École :	
Âge :	Niveau scolaire :	
Évalué(e) par (Inscrire les noms et titres des personnes) :	De :	Date :

Description	Oui	Non	Ne s'applique pas
1. Gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux milieux de vie			
2. Certains symptômes du TDA/H ont causé une gêne fonctionnelle avant l'âge de 7 ans			
3. Altération clinique significative du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel, selon l'âge			
4. Présence de six symptômes d'inattention (<i>DSM-IV</i>) ou plus. Nombre de symptômes d'inattention :			
5. Présence de six symptômes d'hyperactivité-impulsivité (<i>DSM-IV</i>) ou plus. Nombre de symptômes d'hyperactivité : Nombre de symptômes d'impulsivité :			
6. Les résultats d'une échelle de comportement indiquent la présence du TDA/H. (Spécifier l'échelle)			
7. Les résultats d'une échelle de comportement indiquent la présence d'autres difficultés. (Spécifier l'échelle et les autres difficultés)			
8. Présence d'indices de TDA/H aux résultats d'une échelle d'aptitude intellectuelle de type Wechsler ou autre : Q.I. : Résistance à la distraction : Vitesse de travail :			

Description	Oui	Non	Ne s'applique pas
9. Présence de : Trouble oppositionnel Trouble de la conduite Dépression Anxiété Trouble adaptatif			
10. Présence de problèmes d'apprentissage ou de développement : Trouble du développement du langage Dysfonction auditive Problèmes associés à la mémoire Retard mental Retards d'apprentissage spécifiques (Préciser)			
11. Présence de troubles cognitifs			
12. Les entrevues ont fait ressortir clairement le TDA/H Parents Enseignant Autre(s)			
13. Histoire familiale faisant état de présence de TDA/H (Spécifier)			
14. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental			
15. Présence de facteurs de risque d'une atteinte neurologique			
16. Autre(s) information(s) pertinente(s) :			

Annexe 3

Impression diagnostique

Trouble diagnostiqué			Présent	Absent
TDA/H, type mixte	F90.0	[314.01]		
TDA/H, type inattention prédominante	F90.0	[314.00]		
TDA/H, type hyperactivité-impulsivité prédominante	F90.0	[314.01]		
TDA/H, non spécifié	F90.9	[314.09]		

Autres diagnostics possibles			Morbidité associée	Prédominant
Présence d'autres problèmes (spécifier)				
☐ Trouble oppositionnel avec provocation	F91.3	[313.81]		
☐ Trouble des conduites	F91.x	[312.8]		
☐ Comportement perturbateur non spécifié	F91.9	[312.9]		
☐ Syndrome de Gilles de la Tourette	F95.2	[307.23]		
☐ Syndrome d'Asperger	F84.5	[299.80]		
☐ Retard mental	F70.x, F71.x, F72.x, F73.x et F79.x			
☐ Trouble anxieux				
☐ Autre(s) :				
Dans tous les cas, détailler les motifs qui ont permis d'envisager ce diagnostic et préciser la nature du trouble :				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				

Publication du

Collège des médecins du Québec

2170, boulevard René-Lévesque Ouest

Montréal (Québec) H3H 2T8

Téléphone : (514) 933-4441

ou 1 888 MÉDECIN

Télécopieur : (514) 933-3112

Adresse Internet : www.cmq.org

Courrier électronique : info@cmq.org

Coordination

Service des affaires publiques et des communications

Révision linguistique

Sylvie Massariol

Correction d'épreuves

Louise Verreault

Graphisme

Eykel Design

Illustration

Olivier Lasser

Impression

Quebecor World

Membres du groupe de travail

Irma Clapperton, médecin
santé communautaire

Raynald Goudreau, psychologue

Yves Lajoie, psychiatre

Danièle Marchand

Ordre des psychologues du Québec

Pierre-Claude Poulin, médecin, pédiatre

Charles Robitaille, psychologue

Marie Têtu, médecin de famille

Claude Ménard, médecin

Collège des médecins du Québec

Coordonnateur du groupe de travail

La reproduction est autorisée à condition
que la source soit mentionnée.

Dépôt légal : 3^e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Note : Dans cette publication, le masculin est utilisé
sans préjudice et seulement pour alléger la lecture.

