

# Prises en charge non médicamenteuses du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

A. Gramond, service de pédiatrie  
CHU Carêmeau, Nîmes

FMC DE NÎMES

Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est décrit depuis plusieurs siècles. Ce trouble développemental, d'origine multifactorielle, est mieux connu depuis une dizaine d'années et est régulièrement porté sur le devant de la scène médiatique. Il est plus que jamais au centre des préoccupations des spécialistes de l'enfant : soignants, pédagogues, rééducateurs... Des recommandations françaises de la Haute Autorité de santé (HAS) sur l'évaluation et la prise en charge par les médecins de premier recours des enfants qui présentent un TDAH devraient être publiées en 2014 et animer ce débat. Le TDAH a une prévalence de 5 % dans la population générale et représente une part importante de la population clinique en psychiatrie de l'enfant (environ 40 % des motifs de consultation). Sa prévalence en France chez les enfants de six à douze ans est estimée à 3,5 % [1]. Le TDAH a des répercussions sur les apprentissages (30 % d'échec scolaire) mais également sur le fonctionnement psychologique de l'enfant (70 % des enfants ont des comorbidités psychiatriques : trouble anxio-dépressif, déficit d'estime de soi, trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites, etc.). La prise en charge du TDAH doit donc être une prise en charge globale de l'enfant, et les prises en charge non médicamenteuses ont toute leur place dans les formes légères et modérées du trouble ou en association au traitement médicamenteux dans les formes sévères.

**L**e TDAH se caractérise par une grande hétérogénéité clinique associant à des degrés divers une triade symptomatique : déficit de l'attention, impulsivité, hyperactivité motrice. Selon les critères diagnostiques du DSM V, les symptômes doivent être apparus avant l'âge de douze ans et être présents depuis plus de six mois, dans plus de deux lieux (école, maison). Ils doivent avoir un retentissement significatif sur le fonctionnement social, scolaire ou familial de l'enfant.

Chez les enfants qui présentent un TDAH, on observe également quatre perturbations essentielles : une labilité émotionnelle excessive, une faible tolérance à la frustration, une irritabilité et

un déficit de motivation. Ces perturbations ont un retentissement significatif sur le fonctionnement global de l'enfant et engendrent un déficit d'estime de soi et des difficultés relationnelles qui peuvent aller jusqu'à des situations de rejet (familial, social, scolaire).

Les symptômes du TDAH varient en fonction de l'environnement dans lequel évolue l'enfant. Ils sont exacerbés dans les situations exigeant un effort intellectuel ou une attention soutenue, dans les situations « monotones » (scolaires), dans les situations non structurées (cantines, récréations). Leur intensité diminue dans les situations de supervision ou particulièrement intéressantes ou motivantes (félicitations ou récompenses).

Des comorbidités sont fréquemment associées au TDAH. Jusqu'à 87 % des enfants TDAH ont au moins une comorbidité associée, et 67 % en ont au moins deux [2]. Elles doivent être systématiquement recherchées car leur prise en charge peut conditionner le pronostic.

Les comorbidités les plus fréquentes sont [3, 4] :

- trouble oppositionnel avec provocation (TOP) : de 50 à 80 % selon les études ;
- trouble émotionnel : troubles anxieux et dépressifs, environ 25 % ;
- trouble des apprentissages : environ 30 % ;
- tics et syndrome de Gilles de la Tourette ;
- abus de substance : les enfants présentant un TDAH ont un risque significativement plus important d'addiction (nicotine, cannabis, cocaïne...), et ce à un âge plus précoce que la population générale. Ainsi, plus de 50 % des patients atteints de TDAH présentent un abus de substance ou une dépendance ;
- trouble du sommeil : 25 à 50 % (énurésie, réveils nocturnes, difficultés d'endormissement, altération de la vigilance diurne...).

### LES PRISES EN CHARGE NON MÉDICAMENTEUSES SONT INDISPENSABLES

La prise en charge du TDAH est l'aboutissement d'une stratégie diagnostique complexe et multimodale. En effet, les prises en charge multimodales ont montré leur supériorité par rapport au traitement médicamenteux seul [5]. Le traitement associant médicaments et thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est plus efficace que le traitement médicamenteux isolé et améliore de façon significative le fonctionnement psychosocial au long cours de l'enfant TDAH. Les TCC sont indispensables dans la prise en charge du trouble, au même titre que le traitement médicamenteux, et ne constituent pas seulement un traitement de complément.

Les objectifs thérapeutiques des prises

en charge non médicamenteuses sont multiples : atténuer l'intensité et la fréquence des troubles du comportement, favoriser les apprentissages et les compétences sociales, renforcer l'estime de soi et prendre en charge les comorbidités.

Les prises en charge non médicamenteuses peuvent être suffisantes dans les formes légères du trouble [6] et doivent être associées à un traitement médicamenteux par méthylphénidate dans les formes sévères ou en l'absence d'amélioration des symptômes après une prise en charge adaptée. Malheureusement, très souvent en France, le traitement médicamenteux vient pallier le manque de moyens mis à disposition, que ce soit sur le plan des prises en charge psychothérapeutiques ou sur celui des prises en charge éducatives ou pédagogiques.

### LES DIFFÉRENTES PRISES EN CHARGE NON MÉDICAMENTEUSES

#### LES PROGRAMMES DE GUIDANCE PARENTALE

Parmi les prises en charge non médicamenteuses, la prise en charge des parents a un rôle déterminant dans l'évolution du trouble [7].

Les programmes de guidance parentale (programme de Barkley, Positive Parenting Program, Incredible Years...) sont inspirés des TCC. Ce sont les interventions psychologiques les plus étudiées [8] et ils sont recommandés pour la prise en charge multimodale du TDAH dans les recommandations canadiennes [2] et européennes [4]. L'objectif est d'améliorer les compétences parentales en matière de gestion du comportement, en s'appuyant sur le renforcement des comportements positifs, plutôt que sur des sanctions, auxquelles l'enfant TDAH est exposé régulièrement [9]. Le principe consiste à entraîner plusieurs familles en même temps, pour leur permettre de se confronter aux situations difficiles, mais également de partager leur expérience [10]. La plupart des programmes

se déroulent en huit à douze séances. Les séances durent 90 minutes, au rythme de deux par mois.

Ces programmes portent plus précisément sur les comportements non conformes : difficulté à suivre les règles du fait de l'opposition, mais aussi du fait du déficit de l'attention soutenue, de la modulation et de l'auto-contrôle du comportement, des stratégies de recherche et de résolution de problèmes.

Le but n'est pas de guérir le trouble, il est d'apprendre aux parents à mieux gérer les comportements déviants de leur enfant et d'améliorer les relations parents-enfant, l'image que l'enfant a de lui-même, l'image que les parents ont d'eux-mêmes, le fonctionnement du couple et de la famille.

Une amélioration concernant, selon les études, les comportements d'opposition, l'agressivité ou les comportements de défi est retrouvée dans 50 % des cas [11].

#### LES APPROCHES PSYCHOÉDUCATIVES

Les approches psychoéducatives sont destinées à l'enfant et à sa famille. Il s'agit de donner des informations sur le TDAH, ses impacts et la façon de fonctionner avec ce trouble.

La compréhension et la reconnaissance de ses difficultés permettent à l'enfant de se sentir mieux compris, de soutenir son estime de soi et sa motivation ainsi que d'améliorer les relations intrafamiliales.

#### LES THÉRAPIES COGNITIVO- COMPORTEMENTALES

Ce sont des prises en charge courtes, ciblées sur des difficultés spécifiques que rencontre l'enfant, dans lesquelles les parents jouent le rôle de cothérapeutes. Les TCC s'intéressent aux facteurs qui induisent, maintiennent ou aggravent le trouble. Elles permettent à l'enfant d'identifier ses schémas de pensée, source de souffrance et de mauvaise adaptation sociale. A chaque début de séance, l'enfant effectue une revue de tâches effectuées ; ensuite le thérapeute travaille sur un objectif puis expose les tâches à faire à la maison. Les TCC proposent des

exercices à base de récompenses, conséquences, systèmes de points ou de jetons, retrait d'attention, « time out », résolution de problème, techniques de gestion du stress, de relaxation, gestion de l'environnement, coaching et changement de style de vie (alimentation, exercice, sommeil...).

### LES GROUPES D’AFFIRMATION DE SOI

Il s'agit d'une prise en charge individuelle ou en groupe (qui se déroule en douze séances de 1 heure). L'enfant apprend les habiletés sociales, comme apprendre à rencontrer des inconnus, s'intégrer activement, savoir faire et recevoir un compliment, émettre une critique et savoir répondre à celle des autres, refuser une demande déraisonnable, défendre son bon droit, prendre une décision, résoudre des problèmes, reconnaître et exprimer ses émotions, gérer son stress.

### LES REMÉDIATIONS COGNITIVES (PROGRAMMES RÉFLECTO, ATTENTIX, ETC.)

Ces prises en charge, individuelles ou en groupe, sont basées sur le développement de stratégies métacognitives. Elles consistent à faire prendre conscience à l'enfant du fonctionnement du cerveau et de son propre profil cognitif, afin qu'il acquière des stratégies d'apprentissage efficaces, pouvant être généralisées à différentes activités et dans différents contextes. Les séances, d'une durée de 90 minutes, se déroulent sur douze semaines. Leur objectif est d'améliorer la gestion des fonctions attentionnelles et exécutives (anticipation, planification, flexibilité, traitement séquentiel, résolution de problèmes...) et de développer les capacités d'adaptation et de conceptualisation afin de favoriser l'autonomie de l'enfant.

### LES GROUPES DE GESTION DE L'IMPULSIVITÉ

Le déficit d'auto-contrôle (inhibition des réponses automatiques, résistance à l'interférence, prise de décision) engendre des comportements probléma-

tiques, notamment des difficultés de régulation émotionnelle et de gestion des relations sociales (faible tolérance à la frustration, colère...) et des difficultés sur le plan scolaire (résolution de problèmes, attention focalisée...). L'objectif de ces groupes est de favoriser le développement des habiletés d'autorégulation comportementale et cognitive (discours interne, mode d'emploi, stratégie de relaxation, « stop-think and go »...).

### LES RÉÉDUCTIONS

Celles-ci sont indiquées (et indispensables) en cas de présence de troubles spécifiques des apprentissages : orthophonie en cas de trouble du développement du langage oral ou écrit ou du raisonnement logico-mathématique ; ergothérapie pour les troubles de la coordination ; psychomotricité pour améliorer le contrôle de l'impulsivité ; orthoptie dans certains troubles visio-attentionnels.

Ces prises en charge permettent de travailler sur l'aménagement et la structuration du lieu de travail et sur l'apprentissage des stratégies.

### LES PSYCHOTHÉRAPIES DES COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES ASSOCIÉES AU TDAH

Les psychothérapies sont utilisées pour les enfants et adolescents atteints de TDAH présentant des comorbidités psychiatriques (faible estime de soi, dépression, anxiété, trouble oppositionnel avec provocation, addiction...). Elles peuvent être d'inspiration analytique, systémique, psychodynamique, cognitivo-comportementale ; il peut s'agir d'une thérapie inter-personnelle, d'une thérapie familiale, d'une thérapie par l'art expressif, d'une thérapie par le jeu ou d'une psychothérapie de soutien.

### LES AMÉNAGEMENTS SCOLAIRES

Les aménagements pédagogiques sont indissociables du reste de la prise en charge. Il s'agit, d'une part, de conseils pour accompagner les parents lors des devoirs scolaires et, d'autre part, d'établir un contact avec l'école. Le lien avec

l'enseignant est primordial. Il permet d'évaluer les difficultés de l'enfant mais également l'évolution des symptômes. Il permet aussi d'améliorer la relation avec l'enseignant en lui expliquant les symptômes et en lui suggérant des attitudes appropriées : valoriser l'enfant, le placer loin des stimulateurs, réduire le bruit dans la classe, éliminer le matériel inutile sur sa table, s'adresser à lui, lui donner des consignes courtes et claires, un exercice à la fois, le féliciter, utiliser des supports visuels, l'envoyer en mission pour lui permettre de bouger, lui laisser une balle antistress pour lui occuper les mains...

La loi de 2005 sur le handicap permet de proposer des plans d'enseignement spécialisés et des interventions en milieu scolaire afin de maintenir l'enfant en milieu scolaire ordinaire. Ces aménagements sont indispensables lorsque le TDAH est associé à d'autres troubles cognitifs, qui nécessitent par ailleurs des prises en charge spécifiques (type dys).

De façon générale, il s'agit d'éviter de placer l'enfant en situation d'échec constant, ce qui peut entraîner, comme nous l'avons vu, une importante perte d'estime de soi et une démotivation scolaire pouvant aller jusqu'à l'échec scolaire chez des enfants dont l'intelligence est normale.

## CONCLUSION

Le TDAH a une prévalence élevée dans la population et a un retentissement significatif dans tous les domaines de la vie de l'enfant. Les études montrent une supériorité de la prise en charge combinée par rapport à un traitement médicamenteux seul. Le retentissement du trouble dans les domaines affectif, familial et scolaire impose une prise en charge multimodale adaptée aux besoins spécifiques de l'enfant afin d'éviter une évolution néfaste sur le plan psychologique, cognitif et social. Le traitement par psychostimulant doit être réservé aux cas les plus sévères ou à l'absence d'amélioration des symptômes malgré une prise en charge globale et adaptée. Il permet de sortir de la spirale péjorative

dans laquelle est enfermé l'enfant, qui pourra alors bénéficier des autres stratégies thérapeutiques : éducatives, pédagogiques et rééducatives.

Malheureusement, en France, l'accès à ces différents types de prises en charge

non médicamenteuses reste rare, d'une part du fait de la méconnaissance du trouble par les professionnels de santé et d'autre part du fait du manque de formation à ces différentes techniques et plus précisément aux TCC. Les recom-

mandations de l'HAS, qui doivent être publiées en 2014, concernant l'évaluation et la prise en charge par le médecin de premier recours d'un enfant présentant un TDAH devraient harmoniser les pratiques sur notre territoire. □

## Références

- [1] LECENDREUX M. : « Epidémiologie du TDAH en France », 2011, [www.tdah-france.fr/Epidemiologie-du-TDAH-en-France-Dr.html](http://www.tdah-france.fr/Epidemiologie-du-TDAH-en-France-Dr.html).
- [2] CANADIAN ADHD RESOURCE ALLIANCE : *Lignes directrices canadiennes sur le TDAH*, 3<sup>e</sup> édition, CADDRA, Toronto, 2011.
- [3] PURPER-OUAKIL D., WOLHL M., CORTESE S., MICHEL G., MOUREN M.C. : « Le trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité de l'enfant et de l'adolescent », *Ann. Médico-Psychologiques*, 2006 ; 164 : 63-72.
- [4] TAYLOR E., DÖPFNER M., SERGEANT J., ASHERSON P., BA-

- NASCHEWSKI T. et al. : « European clinical guidelines for hyperkinetic disorder », *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 2004 ; 13 (suppl. 1) : i7-i30.
- [5] MTA COOPERATIVE GROUP : « National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up : 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder », *Pediatrics*, 2004 ; 113 : 754-61.
- [6] CHRONIS A.M., JONES H.A., RAGGI V.L. : « Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder », *Clin. Psychol. Rev.*, 2006 ; 26 : 486-502.
- [7] NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH : *Attention deficit hyperactivity disorder. The NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children,*

- young people and adults*, The British Psychological Society, The Royal College of Psychiatrists, London, 2009 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53652/pdf/TOC.pdf>).
- [8] SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK : *Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline*, SIGN, Edinburgh, 2009 (<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign112.pdf>).
- [9] LE HEUZT M.F. : *L'enfant hyperactif*, Odile Jacob, 2003.
- [10] BARKLEY R.A. : *Defiant children : a clinician's manual for parent training*, The Guilford Press, New York, 1987.
- [11] ZWI M., JONES H., THORGAARD C., YORK A., DENNIS J.A. : « Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children aged 5 to 18years », *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2011 ; 12 : CD003018.