

Attention : tous les enfants instables, difficiles, impulsifs, perturbateurs, ne sont pas des enfants hyperactifs.

Définition	<p>Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) est un trouble neurologique d'origine génétique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDA/H) concerne des enfants perturbateurs, indomptables, faux provocateurs ; • Le trouble du Déficit de l'Attention sans Hyperactivité (TDA) concerne des enfants distraits, rêveurs, discrets ; • Ils ont en commun une difficulté à maintenir leur attention dans le temps, à planifier une tâche. <p>Ce n'est pas une maladie mais un symptôme que l'on peut retrouver :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chez les enfants déprimés ; • Chez les enfants avec TED ou autisme ; Chez les enfants dysphasiques, dyspraxiques ou dyslexiques ; • Chez les enfants qui ont des tocs, des obsessions ; • Chez les enfants intellectuellement précoces ; • Chez les enfants avec carence affective ou éducative,...
Prévalence	<ul style="list-style-type: none"> • 3 à 5% de la population générale (1 enfant par classe) ; • 5 à 10% des enfants d'âge scolaire ; • 3 à 4 garçons pour une fille mais les filles avec TDA sans hyperactivité sont moins bien repérées car elles sont hyperconformes, se suradaptent, cachent leur problème. Elles passent inaperçues
Démarche diagnostique	<ul style="list-style-type: none"> • On ne pose pas de diagnostic avant 6 ans, mais les symptômes sont présents partout (école, maison, loisirs) et depuis toujours ; • Le diagnostic est clinique et repose sur différentes explorations : bilan neurologique, bilan psychologique, bilan pédopsychiatrique, bilan médical, entretiens avec les parents,.... • L'observation des enseignants est importante (grille de CONNERS).
Manifestations cliniques du TDA/H	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant est d'intelligence normale; • Il présente des symptômes excessifs par rapport à son âge ; • Il y a trois grandes manifestations de ce déficit d'attention : l'inattention, l'hyperactivité motrice, l'impulsivité : un enfant peut avoir des symptômes appartenant à une, deux ou trois de ces catégories. L'hyperactivité et l'impulsivité peuvent s'estomper avec l'âge mais l'inattention persiste. Ces manifestations sont présentes à des degrés variables dans les différentes situations : école, maison, loisirs.
Signaux d'alerte	<p>Inattention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à se concentrer : tout bruit perturbe l'enfant (ne pas le placer à côté de la fenêtre en classe) ; • Donne souvent l'impression de ne pas écouter, est facilement

		<ul style="list-style-type: none"> distrain ; • Ne termine pas ce qu'il entreprend y compris les jeux, semble manquer de persévérance • A tendance à se disperser lorsqu'il exécute une tâche ; • Présente des difficultés dans l'organisation et la planification de son travail.
	Impulsivité	<ul style="list-style-type: none"> • Ne peut attendre son tour, même en sport; - Se précipite pour répondre même s'il n'est pas interrogé, coupe la parole ; • Passe d'une activité à une autre sans avoir fini ; • Ne peut se conformer aux ordres ; • Tolère mal la frustration ; • Est incapable d'inhiber ses actions et ses réponses ; • A du mal à organiser son travail par manque de stratégie. <p><i>Remarque : il faut au moins trois de ces éléments pour parler d'impulsivité.</i></p>
	Hyperactivité motrice	<ul style="list-style-type: none"> • Court et grimpe ; • Remue sur sa chaise, s'agite ; • Ne reste pas assis, ne reste pas à table, se lève souvent ; • Ne joue pas en silence, fait du bruit ; • Prend des risques ; • Est souvent mal accepté par ses camarades en raison de son comportement difficile. <p><i>Remarque : il faut au moins trois de ces symptômes pour parler d'hyperactivité motrice.</i></p>
Troubles associés possibles		<ul style="list-style-type: none"> • Troubles des apprentissages ; • Anxiété, troubles de l'humeur, baisse de l'estime de soi, état dépressif : l'enfant passe du rire aux larmes, est excessif dans ses affects ; • Trouble oppositionnel avec ou sans provocation, agressivité ; • Intolérance aux frustrations, aux règles.
A qui faire appel en première instance ? Les personnes		<ul style="list-style-type: none"> • Le psychologue scolaire pour une première évaluation : QI (WISC IV), tests d'attention, échelles de comportement ; • L'orthophoniste : demander un bilan orthophonique ; • Le neuropédiatre ou le neuropsychologue ou le pédopsychiatre pour un bilan complet ;

ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Une information auprès de la famille est nécessaire, car bien souvent elle a besoin d'aide pour ce qui concerne les règles éducatives à mettre en place ; • Faire une demande de consultation médicale (médecin de PMI, médecin scolaire, médecin traitant).
Que peut-on faire en classe ?	<ul style="list-style-type: none"> • Le placer devant pour éviter les sources de distraction ; • Tolérer une certaine agitation ; mettre en place des codes (faire signe quand il n'en peut plus) ; • Le choisir quand il faut aller chercher quelque chose à l'extérieur de la classe pour lui permettre de faire une pause ; • Dans le cadre d'un contrat, autoriser et préciser les moments pendant lesquels il peut bouger dans la classe ; • Eviter les doubles tâches, préférer les exercices à trous ; • Lui apprendre à relire de façon fractionnée (une consigne type « relisez votre dictée » est trop vague) ; • Décomposer les consignes en plusieurs tâches simples ; • Le solliciter sur les consignes visuelles car c'est l'attention auditive qui est perturbée ; • Favoriser l'autocorrection, permettre les ratures ; • Ne pas le pénaliser systématiquement s'il a oublié son matériel ; • Mettre en place une fiche d'auto-évaluation du comportement ; • Féliciter ou réprimander de suite sans attendre, encourager ; • Communiquer avec les parents. <p><i>Si l'enfant a une accompagnatrice de vie (AV), celle-ci doit :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'aider à soutenir son attention ; • L'aider à prendre le cours, les notes,... mais sans jamais faire les exercices à sa place.
Prise en charge	<p>La cause du TDA/H étant multifactorielle, la prise en charge est pluridisciplinaire : psychologique, pédagogique, éducative et médicamenteuse. - Prise en charge médicamenteuse : la RITALINE ou CONCERTA (excitant de la famille des amphétamines), prescrit souvent seulement les jours d'école car c'est un traitement pour améliorer l'attention ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie ; - Rééducation en orthophonie, en psychomotricité ; - Aide psychopédagogique, conseils aux parents.
Pronostic	<p>Le TDA/H a des conséquences familiales, scolaires et sociales importantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en maternelle, ce sont des enfants pénibles qui ont juste des troubles du comportement ; ▪ en primaire, les difficultés scolaires apparaissent, les relations sociales deviennent difficiles (ils sont rejetés, perdent leurs copains, ne sont plus invités,...) ; ▪ au collège, sans soins: <ul style="list-style-type: none"> * 20% guérissent spontanément à l'adolescence, * 50% gardent uniquement l'inattention,

	<p>* 30% évoluent vers des « troubles des conduites sociales » (délinquance) car il y a aggravation : échec scolaire massif, rareté des copains, baisse de l'estime de soi, automutilation,...</p> <ul style="list-style-type: none"> • - au lycée, apparaissent en plus des conduites toxicomaniaques et de la dépression ; • - à l'âge adulte, instabilité professionnelle, difficultés relationnelles,...
En savoir plus	Association de parents d'enfants hyperactifs TDAH FRANCE .
Ressources internet	<ul style="list-style-type: none"> • MediPedia, l'Encyclopédie des maladies, le TDAH. • Site créé et élaboré par Annick VINCENT, médecin-psychiatre, dédié au trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).