



## **COLLOQUE** **DE L'ASSOCIATION RENCONTRES À HENRI EY**

**« Les prises en charge non médicamenteuses  
du Trouble Déficitaire de l'Attention/Hyperactivité chez l'enfant »**

## **RÉSUMÉS DES INTERVENTIONS**



**Vendredi 23 mai 2014**

**Centre hospitalier Henri Ey  
Bonneval (28)**

## ■ **Résumé de l'intervention du Dr Marcel GUILLOT** **« Déficit de l'Attention /Hyperactivité : le regard renouvelé du pédiatre »**

Le pédiatre est le médecin référent des enfants ; à ce titre il a une responsabilité essentielle dans son évolution psychosociale la plus harmonieuse possible en milieu familial et scolaire, facteur déterminant de son équilibre psychique d'adulte.

Il lui incombe de savoir très tôt reconnaître chez l'enfant un TDA/H devant un trouble neuro développemental précoce par une bonne connaissance de la sémiologie organique et psychiatrique de l'enfant très récemment remise à jour par le DSM-5 (1).

L'expertise pédiatrique doit s'appliquer aux bilans étiologiques nécessaires à pratiquer face au TDA/H (auxologie, génétique, imagerie, biologie, tests psycho moteurs) mais aussi au dépistage des co morbidités associées : carence martiale, carence en vitamine D, mais aussi énurésie, encoprésie, troubles des apprentissages, TSA(2), HP(3).

La mise en place de réseaux de résilience intégrant, après les étapes diagnostiques, les parents, les médecins généralistes, les orthophonistes, les psychologues, le milieu scolaire est la condition nécessaire à l'efficacité de la prise en charge ; elle suppose l'élaboration de dispositifs innovants faisant participer tous les acteurs thérapeutiques de terrain ou le pédiatre joue un rôle naturel de coordination.

La place des thérapeutiques pharmacologiques a effet psycho-comportemental, leur place, leur intérêt, leur rapport bénéfice risque doivent être pesés dans chaque cas et adaptés à l'âge de l'enfant(4).

La surveillance pédiatrique de ces traitements est un point important des règles de bonne pratique clinique(5).

En conclusion

Le pédiatre, par son rôle central de praticien de l'enfant, joue un rôle important dans la coordination des réseaux synergiques de prise en charge, dans le traitement des co morbidités, dans la prescription médicamenteuse éventuelle, tous éléments nécessaires à la prise en charge pluridisciplinaire efficace du TDA/H de l'enfant.

(1) American Psychiatric Association. Neurodevelopmental Disorders. In (DSM-5). Psychiatryonline 2013. <http://dsm.psychiatryonline.org/contents.aspx?bookid=556&sectionid=41101749>

(2) Simonoff E, Pickles A, Charman T et al Psychiatric Disorders in children with Autism Spectrum Disorders: Prevalence, Comorbidity, and associated Factors in a Population Derived Sample. J Am Acad Child Adolesc Psy, 2008; 47: 921-929.

(3) Fumeaux P, Revol O. TDA/H et Haut Potentiel: couple mythique ou infernal. Bange F et al. L'aide mémoire des TDA/H. Collection Psychothérapie. Dunod, Paris, Mars 2014.

(4) Purper-Ouakli D, Roudies R. Hyperactivité : aspects thérapeutiques. Rev Prat Méd Gen 2011 ;(861) :675-681

(5) Conduite à tenir devant un enfant ou un adolescent ayant un déficit de l'attention et/ou un problème d'agitation. Recommandation de bonne pratique HAS décembre 2012.

## ■ **Résumé de l'intervention du Dr Vincent ROUYER**

### « TDA/H, prise en charge globale et coordination des soins »

Le TDA/H est un trouble neurodéveloppemental qui interpelle tant par sa fréquence (puisqu'il concerne d'après les études environ 5% de la population d'âge scolaire, et ce quelles que soient les cultures, et parfois plus de la moitié des demandes de consultation en pédopsychiatrie ) que par son retentissement qu'il soit scolaire, social ou familial, ces trois domaines n'étant pas exclusifs.

La décision de mise en place d'un traitement médicamenteux repose avant tout sur une évaluation précise du retentissement du trouble. Elle ne concerne pas systématiquement tous les cas, ni forcément toute la période de scolarité d'un patient (même si c'est souvent le cas une fois qu'une telle décision est prise )

En revanche, un certain nombre de prises en charges non médicamenteuses, qu'elles s'adressent directement aux patients ou à son entourage, permettent d'en atténuer considérablement le retentissement, bien que leur action soit assez limitée sur les symptômes clés de ce trouble que sont le déficit d'attention focalisée, l'impulsivité et l'instabilité motrice et psychique. Ces prises en charges sont avant tout basées sur une bonne connaissance des mécanismes cognitifs propres à ce trouble.

## ■ **Résumé de l'intervention de Sébastien VAUMORON**

### « De l'évaluation neuropsychologique à la remédiation cognitive »

Le WISC 4 est le premier bilan neuropsychologique à faire passer en cas de suspicion de déficit attentionnel. Selon les chiffres souvent évoqués, dans environ 80% des cas, le TDA se constaterait à ce bilan neuropsychologique.

Seulement, les scores des épreuves du WISC 4 proposent des notes qui donnent une indication très incomplète sur le développement cognitif de l'enfant évalué durant la passation de ce bilan. En effet, le niveau de ces scores dépend de la présence/absence de troubles associés (langage, neurovisuels etc.), et pas seulement de son développement cognitif (bas, dans la moyenne, ou supérieur).

Aussi, nous examinerons dans quelle mesure s'en tenir au seul score (note standard, Indice ou QIT) d'un WISC peut masquer le développement cognitif de l'enfant. Nous verrons ensuite quels bilans complémentaires peuvent suggérer certains éléments du WISC, et quelles remédiations cognitives peuvent être mises en place.

## ■ **Résumé de l'intervention de Jérôme MARQUET-DOLEAC**

### « L'enfant agité et distrait en psychomotricité »

Le trouble du déficit de l'attention / hyperactivité remplit les critères de ce qui définit un trouble psychomoteur. Par ce constat, le psychomotricien devient alors un acteur de premier plan dans la prise en charge de ces patients. Par une intégration des modèles théoriques en neuropsychologie, le psychomotricien après une évaluation précise et se voulant holistique, se place dans les solutions thérapeutiques en proposant des rééducations individuelles ou groupales. Par des méthodes perceptivo-motrices, cognitives ou métacognitives, il va s'attacher à accompagner le patient vers une meilleure régulation des mouvements, des comportements, des cognitions et des émotions.

## ■ **Résumé de Pierre CARDINAL**

### « La guidance parentale »

L'opposition et le « non » font partie intégrante du processus de développement des enfants. L'adulte doit alors affronter, avec plus ou moins de succès, la remise en question de son autorité. Lorsque cette opposition se confond avec de réelles difficultés à être attentif, calme et dans la retenue, le quotidien peut rapidement devenir conflictuel. C'est entre autres pour cette raison que les familles dont un des enfants souffre de Trouble Déficitaire de l'Attention/Hyperactivité (TDA/H) viennent en nombre faire appel aux structures de santé de proximité.

Par définition, la guidance parentale est une des réponses qui peut être apportée pour soutenir l'apprentissage du « métier de parents » d'un enfant avec un TDA/H.

Bien qu'il ne s'adresse pas exclusivement aux parents d'enfant avec un TDA/H, *The Incredible Years* est un des programmes de guidance parentale les plus complets et reconnus internationalement. Les parents y sont reçus en groupe pour élaborer ensemble des stratégies visant un mieux vivre ensemble. De nombreuses questions sont alors soumises à la réflexion, l'observation et l'expérimentation du groupe : comment jouer avec son enfant pour favoriser l'estime de soi et consolider le lien d'attachement ? Comment le féliciter et l'encourager pour développer ses habiletés sociales ? Comment établir des règles et des limites claires pour le responsabiliser ? Comment gérer les problèmes de comportements qu'ils soient légers ou importants ?

Cette prise en charge a fait l'objet de nombreuses recherches établissant des améliorations significatives et durables concernant toutes ces problématiques. C'est pour cette raison qu'elle a reçu – entre autres nombreuses distinctions – le prix du meilleur programme de prévention en santé mentale (National Mental Health Centre, U.S., 1997).