



Scolarisés de Morainvilliers-Bures

## L'hyperactivité

Animée par le Docteur Roger BUISSONNIÈRE et  
Madame Christine GÉTIN

Près de 80 personnes: parents, grands-parents mais aussi des professionnels: médecins, enseignants, orthophonistes, pharmaciens étaient présents ce soir, Salle des Loisirs de Morainvilliers (78), pour essayer de cerner cet ensemble de troubles de l'enfant réunis sous le terme d' **Hyperactivité**.

L'association des parents d'élèves **APEL** de l'école **Sainte Jeanne d'Arc d'ORGEVAL** et l'association **Autour des Enfants de Morainvilliers-Bures** tiennent particulièrement à remercier Madame GÉTIN et Monsieur BUISSONNIÈRE d'avoir participé avec enthousiasme et gracieusement à la première conférence du cycle «Comprendre et faire accepter la différence à mon enfant».

Monsieur Roger BUISSONNIÈRE est médecin pédiatre, neuro-pédiatre à Versailles et Neuilly.

Madame Christine GÉTIN est présidente d'**HyperSupers-TDAH France**, association qui vient en aide aux personnes concernées par le **Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité**.

Le Docteur BUISSONNIÈRE commence par décrire le **Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH)**, mis en évidence par les américains (ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder).

Les symptômes principaux en sont:

- Inattention: Difficulté à se concentrer et *distractibilité* avec difficulté à saisir l'information.
- Hyperactivité: Toujours en mouvement, non constructif et plutôt mal coordonné.
- Impulsivité: Impossibilité de différer un désir.

Le problème est de situer à quel moment un enfant, plus rarement un adolescent ou un adulte, n'est plus simplement rêveur ou vivant. Sans se laisser influencer par un effet de mode (article publié, reportage TV,...) et sachant que le seuil de tolérance de l'entourage peut énormément varier.

Les comportements systématiquement répétés qui peuvent faire envisager un **déficit attentionnel** sont:

- Ne pas se soucier des détails, faire des fautes d'étourderie
- Avoir du mal à soutenir son attention (travail ou jeux)
- Sembler ne pas écouter quand on lui parle
- Avoir du mal à suivre les directives et à finir une tâche (sans opposition ni incompréhension )
- Avoir des difficultés d'organisation (travail ou activité)
- Éviter les tâches imposant un effort soutenu
- Perdre souvent ses objets
- Se laisser facilement distraire par des stimuli externes
- Avoir des oublis fréquents dans la vie quotidienne

Les comportements qui peuvent dénoter une **hyperactivité et impulsivité** sont:

- Remuer les mains, les pieds, s'agiter sur sa chaise
- Quitter souvent sa place (alors qu'il devrait rester assis)
- Courir et grimper partout
- Ne pas savoir jouer calmement et en silence
- Être en permanence: «sur la brèche», «monté sur ressort»
- Avoir du mal à attendre son tour
- Couper la parole ou imposer sa présence
- Laisser échapper la réponse à une question non encore entièrement posée

Pour être pris en compte ces symptômes, au moins six parmi chacune des listes précédentes, doivent:

- Avoir débuté avant 7 ans
- Exister depuis plus de 6 mois
- Se produire dans au moins 2 lieux différents
- Avoir des répercussions sociales, scolaires ou professionnelles
- Ne pas être accompagnés: de troubles de la personnalité sous-jacente, d'un comportement bizarre, inconséquent ou «psychotique»
- Être accompagné d'une conscience des troubles et d'une souffrance

Statistiquement, on constate qu'entre 6 et 12 ans les enfants sont 2,5 à 5% à souffrir de **TDAH** (+/- 200 000 en France dont seulement 7 500 sont pris en charge). À l'adolescence ils ne représentent plus que 1,5%. Ils présentent pour 10% une **hyperactivité** prédominante, 30% un **déficit attentionnel** prédominant et pour les 60% restant un mélange des deux. Ce sont en majorité des garçons; les filles, moins nombreuses, présentent plutôt des **déficits attentionnels**.

Les conséquences du **TDAH** sur la vie de l'enfant sont: l'augmentation du risque d'accidents, d'échec scolaire, d'isolement social, de troubles familiaux (jusqu'aux mauvais traitements) et l'apparition de troubles réactionnels.

L'échec scolaire, en particulier, est dû à une accumulation de difficultés:

- Problèmes disciplinaires
- Troubles de la parole et du langage
- Dyslexie visio-attentionnelle (On estime que 25% des enfants dyslexiques souffrent de TDAH et 33% des enfants souffrants de TDAH sont dyslexiques)
- Troubles de l'attention
- Isolement (car rejeté par les autres: enfants, parents, enseignants)

Pour deux tiers des enfants le **TDAH** s'améliore spontanément à l'adolescence. Pour ceux dont les troubles ne se compensent pas ou qui ne sont pas ou mal pris en charge, le risque est de devenir des adultes fragilisés. Ils peuvent: rester marqués par l'accumulation du retard scolaire (moins de bacheliers), souffrir d'instabilité professionnelle et/ou sociale (non-socialisation, délinquance), se réfugier dans une *conduite addictive* (toxicomanie -tabac, alcool, drogues/médicaments-, dopage) et/ou à *risque* (accidents) et dériver vers des comportements psychotiques.



Avant toute prise en charge l'enfant devrait subir des dépistages O.R.L., ophtalmiques, neurologiques et psychothérapeutiques pour éliminer les soucis physiologiques ou psychologiques pouvant induire des difficultés scolaires ou un comportement anormal.

La prise en charge de l'enfant souffrant de **TDAH** devrait être multidisciplinaire. Des bilans doivent être faits en: neuro-pédiatrie, pédopsychiatrie, orthophonie et psychomotricité.

Le *neuro-pédiatre* ou le *psychiatre* va questionner l'enfant (et les parents) sur sa vie passée/présente regarder ses cahiers et faire réaliser des échelles: **DSM4**, **Test de Conner** (liste de questions/appréciations) qui seront refaites régulièrement au cours de la prise en charge pour suivre l'évolution de l'enfant. Il va aussi conseiller des bilans complémentaires et peut, si l'enfant présente une **souffrance** (à l'école, dans sa famille et sa vie sociale), proposer un traitement médicamenteux adapté qui permettra une meilleure intégration et une meilleure scolarisation.

Le *psychothérapeute* peut entreprendre une psychothérapie individuelle et/ou familiale suivant les cas.

L'*orthophoniste* et le *psychomotricien*, en fonction des troubles dépistés mettent (ou pas) en place une rééducation. Les RASED (Réseau d'Aide Spécialisé pour les Enfants en Difficulté) au sein de l'Education Nationale peuvent assurer ou compléter ces rééducations, à l'école et sur le temps scolaire.

Le médecin prescrit un traitement et le module avec l'avis des autres intervenants (parents, médecins, éducateurs) et en fonction des progrès scolaires (cahiers avant/après, avis des enseignants). Les médicaments utilisés de type psychostimulants tels que Ritaline® ou Concerta® agissent sur les centres de l'éveil et l'attention. Ils n'induisent pas de dépendance. Ce ne sont pas des neuroleptiques (calmants, «camisoles chimiques»). Pas toujours acceptés par les familles ils sont pourtant efficaces dans 75% des cas. La forme (immédiate ou retard) et le dosage doivent être adaptés et modulés dans la durée pour chaque enfant. Les effets secondaires généralement constatés sont: l'insomnie, le manque d'appétit et les tics nerveux; ils diminuent avec le temps. L'efficacité de ces traitements est immédiate sur la capacité de concentration et l'agitation; elle peut s'atténuer ensuite.

Madame GÉTIN a créé, en 2002, l'association **HyperSupers-TDAH France** avec cinq autres mamans d'adolescents **hyperactifs** dans le but de partager leur expérience et proposer l'aide dont elles auraient aimé disposer. L'association qui regroupe environ 800 familles, soutient, renseigne ([www.tdah-france.fr](http://www.tdah-france.fr)), se tient au courant des recherches scientifiques, participe à des colloques médicaux, et publie pour les parents et les enseignants.

Pour Madame GÉTIN le **TDAH** transforme la vie quotidienne en épreuve périlleuse et éreintante. La journée est une succession d'oublis, d'erreurs, de retards. Même le coucher est problématique: difficulté pour s'endormir, réveils nocturnes. Faire les courses par exemple, bon exercice de socialisation, peut s'avérer insurmontable.

Les enfants souffrant de **TDAH** n'ont pas la notion du temps, pour eux *maintenant* = *tout de suite et tout à l'heure* = *jamais*. Ils ne peuvent pas anticiper, projeter et donc s'organiser. Ils sont dans la réactivité immédiate. Sensibles à tout sans hiérarchie, le moindre bruit ou mouvement distrait leur attention. Les idées ne s'enchaînent pas, mais se juxtaposent voire se superposent.



Ces difficultés ont un retentissement familial, social, scolaire et personnel (estime de soi).

À la maison, connaître le fonctionnement de l'enfant permet à la famille de l'accepter et de l'aider.

À l'école, l'enfant **TDAH** exige de l'enseignant de grandes qualités pédagogiques. La relation *parents/enseignants* est très importante; la mise en place d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) à l'école permet de mettre au courant l'équipe pédagogique, de manière «officielle» avec l'aval du médecin scolaire.

Généralement les problèmes rencontrés sont en lecture: les omissions, le manque de rigueur, en calcul: la difficulté d'abstraction, le manque d'organisation, et en écriture: la motricité fine, les fautes de copie et d'orthographe. En classe il faudrait:

- Encourager l'enfant
- Fractionner le travail et les instructions
- Etablir un contact visuel, re-formuler
- Bien choisir la place de cet élève
- Etablir des routines, faire des check-lists
- Superviser le travail
- Privilégier la qualité à la quantité
- Permettre à l'enfant de bouger
- Utiliser des indices visuels
- Ignorer les commentaires hors-contexte

Pour prolonger à la maison, le bénéfice de ce type de pédagogie; il faudrait:

- Être calme
- Cadrer/limiter l'enfant
- Découper le temps
- Etablir des routines, faire des check-lists
- Superviser le travail scolaire
- Permettre à l'enfant de pratiquer une(des) activité(s) où il puisse s'épanouir
- Valoriser systématiquement les comportements positifs

Et, à la maison ou à l'école, en cas de crise: tenter de trouver le facteur déclenchant et isoler l'enfant.

Madame GÉTIN et Monsieur BUISSONNIÈRE proposent, alors, de répondre aux questions du public.

- Annoncez-vous aux enfants ce qu'ils ont et, si oui, à partir de quel âge?

Oui, à tout âge (les enfants sont généralement pris en charge à partir du CP) avec des mots simples adaptés à leur compréhension. Pour eux c'est un soulagement, ils ont une «pathologie». Ce n'était pas de la mauvaise volonté de leur part et on peut les soigner.

- Faut-il prévenir «tout le monde»?

Oui, enseignants, direction, professeurs d'activité.

- Y-a-t-il une formation prévue dans les cursus des enseignants?

Non, car les **TDAH** ne sont pas reconnus par tous.

- Qu'est-ce qu'un P.A.I.?

C'est un Projet d'Accueil Individualisé mis en place avec l'aval du médecin scolaire. Il permet de signaler officiellement à l'équipe pédagogique (professeurs, direction, infirmière, ...) les difficultés physiques ou psychiques d'un enfant, de mettre en place les aménagements pédagogiques ou horaires au niveau des cours/examens ou de dé-localiser les cours en fonction de l'accessibilité de certaines salles de classe ou d'obtenir systématiquement les photocopies des cours, etc.

- Peut-on confondre les **TDAH** avec des troubles sensoriels?

C'est pour cela qu'il faut systématiquement effectuer des dépistages ophtalmiques, O.R.L.,...

- Quelles sont les causes des **TDAH**?

En l'état actuel des recherches on peut dire: que l'environnement n'a pas d'influence, qu'il y a des familles **d'hyperactifs** et que les prématurés de petit poids ont un risque plus grand de présenter des **TDAH**. C'est un problème de neurotransmetteur. La maîtrise de la gestion de l'éveil, l'attention, le sommeil et les mouvements n'est pas idéale, mais la maturation peut se faire. C'est pour cela que les difficultés peuvent se résorber à l'adolescence, mais les cicatrices des échecs restent. Une «piste» de recherche suivie actuellement serait une mauvaise assimilation du fer qui entre dans la fabrication des neurotransmetteurs et, en particulier, du système adénergique et dopaminergique.

- Peut-on se débarrasser des **TDAH**?

La maturation du cerveau peut effacer les problèmes, mais 40 à 60% des adultes gardent des troubles. Il faut essayer de passer les années d'enfance le moins mal possible et aider les enfants à trouver leur domaine de compétence.

- Qui pose le diagnostic?

Les neuropédiatres, les équipes des C.M.P. (Centre Médico-Pédagogiques) ou C.M.P.P. (Centre Médico-Psycho-Pédagogiques) ont la structure pour, mais ils ne sont pas tous prêts à croire en le **TDAH**.

- À quoi sert la Ritaline®?

Ce médicament est l'outil qui permet de restaurer la concentration, de maintenir l'attention de l'enfant, d'effectuer un travail, donc de restaurer l'image de soi. Les rééducations en orthophonie s'en trouvent d'autant plus efficaces. Il favorise la «reprise» des liens familiaux dégradés.

- Faut-il s'inquiéter de la perte de poids, d'une perturbation de la croissance?

Les médicaments diminuent l'appétit, mais les enfants **hyperactifs** sont généralement incapable de rester à table et de s'alimenter calmement et correctement. Si, avec le traitement, ils mangent bien installés (assis) et plus sereinement (attentifs à ce qu'ils ont dans leur assiette) la perte de poids s'avère limitée. Par expérience, les poses dans le traitement (vacances, améliorations,...) augmentent les effets secondaires. Il vaut donc mieux les éviter. Quand les enfants vont mieux ils cherchent à arrêter mais les symptômes réapparaissant il faut reprendre les médicaments. La durée moyenne du traitement est de trois à quatre ans.

- Peut-on craindre une «toxicomanie»?

Au contraire, ces médicaments permettent de diminuer les *comportements à risque* sans induire de dépendance, contrairement aux neuroleptiques.



- Pourquoi une si mauvaise image auprès des médecins?

Le **TDAH** n'est que rarement reconnu par le corps médical. Les techniques de soins et leur enseignement ne sont donc pas envisageables.

Il y a trois raisons principales à cela. En premier le «frein dogmatique»: l'école de la psychanalyse a bloqué le système pendant longtemps. Le «frein moral»: les psychostimulants prescrits inquiètent; le méthylphénidate appartient à la famille des amphétamines. Et enfin le «frein pratique»: ce sont des techniques, sans doute, trop récentes.

Pour conclure nos deux intervenants ont insisté sur le fait que c'est en s'informant, en parlant et en partageant autour de l'**hyperactivité** que les enfants **TDAH** ne seront plus rejetés, isolés en marge du système.

