

# L'ENFANT HYPERACTIF

Traitement efficace = la RITALINE (anuphétaminique)

## I/ Place de l'hyperactivité dans la nosographie

- un symptôme?
- Un syndrome?
- Une entité nosographique de quel type? Une maladie? Un handicap?
- Hyperkinésie (CIM 10), 1993
- Troubles Déficitaires de l'Attention avec Hyperactivité ou TDAH (DSM IV), 1994
- troubles des conduites et des comportements, troubles hyperkinétiques (CFTMEA R- 2000)

## II/ Epidémiologie

*L'incidence est variable selon la classification :*

- CIM 10 = 1,5 à 2%
- DSM IV = 5 à 10%

### 1. Critères CIM 10 (F 90)

- **DÉBUT PRÉCOCE** avant l'âge de 7 ans
- **CARACTÈRE ENVAHISSANT** du trouble retrouvé dans plusieurs situations (maison, école, loisir, hôpital, ..)
- A l'origine d'une **ALTÉRATION DU FONCTIONNEMENT** social, scolaire ou professionnel
- **DURÉE** > à 6 mois
- Surtout les **GARÇONS**
- La **TRIADÉ SYMPTOMATIQUE** =
  - inattention (> à 6 symptômes)
  - hyperactivité (> à 3 symptômes)
  - impulsivité (> à 1 symptôme)
- **SANS TROUBLE** envahissant du développement, ni épisode maniaque ou dépressif, ni trouble anxieux associé

#### ■ **INATTENTION** (> 6 symptômes) :

- x fautes d'inattention dans le travail scolaire, ou dans d'autres activités
- x ne parvient pas à soutenir son attention dans des tâches ou des activités de jeu
- x ne parvient pas à écouter ce qu'on lui dit

- x ne parvient pas à se conformer aux directives venant d'autrui ou à finir ses devoirs, son travail ou à se conformer à des obligations sur le lieu de travail (non du à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension des instructions)
- x à souvent du mal à organiser des tâches ou des activités
- x évite souvent ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu, tels que les devoirs à la maison
- x perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à certaines activités à l'école ou à la maison
- x est souvent facilement distrait par des stimulations externes
- x il a d'oublis fréquents au cours d'activité quotidiennes

■ **H YPERACTIVITÉ** (> 3 symptômes) :

- agite souvent ses mains ou ses pieds ou se tortille sur sa chaise
- se lève en classe ou dans d'autres situations alors qu'il devrait rester assis
- court partout ou grimpe souvent de façon excessive dans des situations inappropriées
- est souvent exagérément bruyant dans les jeux ou a du mal à participer en silence à des activités de loisirs
- fait preuve d'une activité motrice excessive non influencée par le contact social ou les consignes

■ **I MPULSIVITÉ** (> 1 symptôme) :

- ✓ se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminé de les poser
- ✓ ne parvient pas à rester dans la queue ou à attendre son tour dans les jeux ou d'autres situations de groupe
- ✓ interrompt souvent autrui ou impose sa présence (par **ex** en faisant irruption dans les conversations ou les jeux de groupe)
- ✓ parle souvent sans trop tenir compte des règles sociales

**III/ Identifier le symptôme = des symptômes à l'origine d'interactions pathogènes**

- un enfant épuisant l'entourage familial, scolaire, social
- induisant des attitudes de rejet, voire une maltraitance
- contribuant à son isolement
- développe en lui un vécu persécutif, des attitudes provocantes et oppositionnelles
- une intolérance à la frustration
- voire un authentique état dépressif
- et un échec d'apprentissages scolaire malgré des potentialités intellectuelles normales

#### **IV/ Un diagnostic clinique**

- ◆ qui repose sur :
  - ~ l'observation de l'enfant
  - ~ et ses interactions avec l'entourage
  - ~ l'interrogatoire des parents
  - ~ les informations de l'école et la lecture des cahiers ou bulletins scolaires
  - ~ ...
  
- ◆ il faut reconstituer l'histoire de l'enfant et l'anamnèse de ses troubles
- ◆ recenser les réponses déjà mises en oeuvre ainsi que leurs effets
- ◆ repérer les troubles associés (langage, ...)
- ◆ se référer aux critères du DSM IV, de la CIM 10 ou CFMEA R- 200, ...
- ◆ évaluer la sévérité du trouble et son retentissement dans les domaines scolaire, familial et social (cf *questionnaire de Conners pour les parents*, version abrégée)

#### **V/ TDHA et comorbidité (quels liens entre les troubles observés?)**

- TDHA seul : 10%
- TDHA et tics : 11%
- TDHA et troubles des conduites : 14%
- TDHA et troubles anxieux : 34%
- TDHA et troubles dépressifs : 45%
- TDHA et troubles oppositionnels avec provocation : 40 à 70%

#### **VI/ Etiologie et facteurs de risques**

- ◆ Vulnérabilité génétique :
  - étude comparative des concordances entre jumeaux MZ et DZ
  - études d'agrégation familiale
  - la « piste dopaminérgique » (allèle du gène codant pour le récepteur D<sub>4</sub> et celui pour le transporteur de la dopamine?)
  
- ◆ Facteurs d'environnement<sup>+++</sup> :
  - carencé ou imprévisible et source d'insécurité
  - troubles de l'attachement
  - dysfonctionnement « des fonctions exécutives »
  - trouble de la régulation des affects
  - défense motrice contre la dépression
  - état permanent d'alerte

## VII/ Principe du ttt

- Prise en charge « globale » individualisée et pluridimensionnelle associant des mesures psychologiques, cognitives, éducatives et sociales
- traiter rapidement
- alliance avec les parents<sup>+++</sup> (observance)
- soutenir les enseignants
- approche thérapeutique de l'enfant et de ses symptômes = psychothérapeutique, psychomotricité et médicamenteuse
- continuité du ttt pendant « un certain temps » (4 ans en moyenne)
- Ttt médicamenteux = chlorhydrate de méthylphénidate ou RITALINE (psychostimulant) ; prescription initiale hospitalière, réservée aux : psychiatres, pédopsychiatres, neurologues, neuropédiatres et pédiatres