

Unité de pédopsychiatrie

Hôpital de jour pour enfants

âgés de 6 à 12 ans

Clinique du Roussillon

287, avenue Maréchal Joffre

66000 Perpignan

T E L : secrétariat médical : 09 62 09 56 09

Equipe pluridisciplinaire, secrétariat administratif : 04 68 59 17 20

Dr Christophe Daclin : christophe_daclin@orange.fr



1

le

A Madame/Monsieur le professeur d'école de l'enfant

Voici une description classique d'un trouble régulièrement pris en charge par mon équipe :

le déficit d'attention avec ou sans hyperactivité TDA/H.

Le trouble est suspecté devant les éléments suivants :

- **une hyperactivité motrice,**
- **un déficit d'attention,**
- **une impulsivité.**

Il concerne un enfant de plus de 6 ans qui présente des manifestations comportementales excessives qui ne semblent pas s'expliquer par des facteurs psycho-affectifs ou éducatifs qui sont recherchés à l'occasion d'un entretien avec la famille.

Le trouble évolue depuis la petite enfance ; il est observé par les différentes personnes qui entourent l'enfant (parents, enseignants, professionnels de la santé et du développement ...) ; les mesures éducatives ou psychothérapeutiques engagées depuis plus de 6 mois n'ont pas donné de résultat satisfaisant.

Il s'agit d'un trouble qui fait suite à des échanges neurochimiques cérébraux perturbés au niveau des noyaux gris centraux et du cortex pré-frontal. Il touche de 3 à 5% des enfants selon les critères diagnostiques utilisés, soit, à l'école, **près de 1 enfant dans chaque classe.**

L'hyperactivité motrice se caractérise par une agitation quasi permanente, qui fait que l'enfant est souvent incapable de rester tranquillement assis à son bureau. Soit il se lève, soit il ne peut empêcher de petits gestes intempestifs qui dérangent son entourage et qui le gênent lui-même dans son travail.

Le trouble de l'attention représente l'élément central. On note une difficulté de l'enfant à se concentrer, une distractibilité, il ne semble pas écouter, il a des difficultés à terminer ce qu'il entreprend.

L'impulsivité est la 3ème composante du syndrome; elle est définie comme le besoin impérieux d'accomplir un acte. Elle le gêne à la fois dans son fonctionnement moteur (impatience, brusquerie) et dans son développement cognitif (l'enfant ne réfléchit pas toujours aux conséquences de ses actes). L'enfant est ainsi en difficulté pour attendre son tour, il interrompt souvent les autres, il abandonne parfois une activité avant de l'avoir terminée.

En dehors de toute prise en charge spécifique, ce trouble peut se compliquer de manifestations oppositionnelles et d'un désinvestissement scolaire.

La première étape est aujourd'hui de confirmer ou d'infirmer le diagnostic.

C'est pour cela, et parce qu'un des éléments clé est justement la répétition des manifestations comportementales dans les différents lieux de vie de l'enfant que j'ai besoin d'avoir un retour sur ce qui est observé à l'école. Pour des raisons de confidentialité, vous pouvez me retourner ces informations en les confiant à ses parents, car vous n'êtes bien sûr pas tenu à un secret professionnel vis à vis des parents quant aux observations que vous faites en classe concernant leur enfant. Dans un deuxième temps, vous recevrez sans doute de mon équipe un questionnaire plus complet intitulé *test de Conners, version intégrale, feuillet enseignant*. Ce questionnaire est un peu long à remplir, mais il permet au psychologue de l'équipe pluridisciplinaire de faire une analyse fine des manifestations comportementales et émotionnelles de votre élève, et de les mettre en parallèle avec celles qui sont notées par ses parents. Vous pourrez par la suite leur demander les conclusions de cette analyse dont ils sont destinataires.

L'étape du diagnostic prend en compte l'histoire de l'enfant, la symptomatologie clinique et **recherche bien sûr les autres causes de son agitation** qui dans certains cas seront considérés comme explicatives du trouble et dans d'autres cas compliqueront un trouble neurobiologique présent depuis la petite enfance.

Les bilans spécialisés associent un test attentionnel TEA-CH, un test de Conners, un WISC IV.

Une observation en groupe au sein de l'hôpital de jour et un entretien familial permettent d'affiner la recherche des différents éléments cliniques qui nous préoccupent et d'établir les premières pistes pour la prise en charge thérapeutique et éducative qui doit être engagée.

Quand le diagnostic de TDAH est posé, et en fonction du retentissement des manifestations comportementales et des troubles attentionnels, on envisage alors souvent un traitement par méthylphénidate, qui est un psychostimulant utilisé en pratique quotidienne dans cette indication depuis près de 50 ans, et qui est donc un médicament bien connu des professionnels; la prescription doit être initiée par un médecin hospitalier. Ce traitement n'est engagé qu'après 6 mois d'une prise en charge éducative ou psychothérapique qui ne donne pas des résultats probants. Il n'est en général pas prescrit avant l'âge de 6 ans.

Dans notre pratique, nous proposons aux enfants qui présentent ce trouble d'intégrer tout d'abord un groupe d'enfants en direction desquels est engagé un travail thérapeutique et éducatif le mercredi ou en semaine. Il s'agit de les aider à développer leur capacité attentionnelle, à mieux maîtriser leur capacité d'inhiber leurs comportements impulsifs et à acquérir une meilleure gestion de leur temps de travail.

Au quotidien, je conseille en général aux parents de ne pas accepter les transgressions lorsqu'elles se produisent, mais d'être très mesurés dans le ton qu'ils adoptent et dans les sanctions qu'ils appliquent. Pour une large part des manifestations que ces enfants présentent, **ils n'ont pas la chance d'avoir acquis la capacité de les maîtriser**, contrairement à un enfant « *pas sage* », pour qui la fermeté, voire les sanctions sont à l'inverse des réponses tout à fait adaptées.

Pour ces enfants, toutes les sanctions vécues comme humiliantes ne peuvent que renforcer une éventuelle souffrance dépressive, un découragement, et par la même, son opposition. Plus généralement, dans ce type de trouble avec déficit d'attention, les sanctions ne doivent pas porter sur les temps pendant lesquels l'enfant peut se défouler, et elles doivent permettre à l'enfant d'acquérir de nouveaux modèles de fonctionnement relationnel. Lorsqu'une interdiction est prononcée, il est particulièrement important **de reformuler, tout particulièrement en direction de cet enfant, ce qu'est la conduite adaptée que l'on attend, puis de le valoriser lorsque cet objectif est atteint**.

Soutenir les apprentissages des enfants qui présentent ce trouble est parfois épuisant pour leur entourage, c'est pour cela que nous allons examiner comment l'aide la plus appropriée peut être engagée auprès de l'enfant, de ses parents et comment vous pourrez obtenir des conseils issus de notre expérience.

Soyez assuré, Madame, Monsieur, de notre engagement dans l'intérêt des enfants.

Dr Christophe DACLIN