

Francine Lussier

**100 IDÉES
POUR MIEUX GÉRER
LES TROUBLES DE L'ATTENTION**



© Alta communication, 2011
Éditions Tom Pousse
34-38, rue Blomet
75015 Paris

PRÉFACE	13
PROLOGUE, PROLÉGOMÈNES, PRÉLIMINAIRES...	17

Chapitre I

↳ POUR MIEUX CONNAÎTRE ET COMPRENDRE LE TDA/H

INTRODUCTION	21
--------------	----

Chapitre II

↳ DES IDÉES POUR LES PARENTS

1	RECONNAÎTRE LES SYMPTÔMES CHEZ SON ENFANT	29
2	CONSULTER UNE PERSONNE COMPÉTENTE POUR POSER UN BON DIAGNOSTIC	31
3	DEMANDER QU'UN BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE SOIT FAIT	32
4	DÉMYSTIFIER LE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE	34
5	RÉVISER SES VALEURS	36
6	RECONNAÎTRE QU'ON N'EST PAS RESPONSABLE DES SYMPTÔMES DE SON ENFANT	38
7	SE RAPPELER QUE L'ENFANT N'EST PAS RESPONSABLE DE SON SYNDROME	40
8	SE RAPPELER QU'À SON ÂGE, IL N'A PAS LES MÊMES CAPACITÉS DE RÉFLEXION QUE VOUS	41
9	VIVRE AVEC LES PRÉJUGÉS DE L'ENTOURAGE	42
10	S'ADAPTER AU HANDICAP DE SON ENFANT	43
11	OSER DEMANDER DE L'AIDE	41
12	PRENDRE SOIN DE SOI ET DE SON COUPLE	45
13	EXPLIQUER À SON ENFANT CE QU'EST SON TDA/H	46
14	MAINTENIR UN ENVIRONNEMENT CALME, STABLE, ORDONNÉ, SANS TROP DE STIMULATION	47
15	ÉTABLIR DES ROUTINES STABLES	48

16	DONNER À SON ENFANT DES MODÈLES CONCRETS	50
17	FAIRE AVEC SON ENFANT DES JEUX DE RÔLE	51
18	AIDER SON ENFANT À S'ORGANISER	53
19	FAVORISER UN TEMPS DE RÉFLEXION AVEC SON ENFANT	54
20	DISPENSER ENCOURAGEMENTS ET FÉLICITATIONS	55
21	ÉTABLISSEZ UNE DISCIPLINE QUI TIENNE COMPTE DE SES SYMPTÔMES	56
22	MODIFIEZ OU AMÉNAGEZ L'ENVIRONNEMENT POUR PALLIER LES MANIFESTATIONS DU TDA/H	58
23	ÉTABLIR UN SYSTÈME D'ÉMULATION	59
24	AFFICHER CLAIEMENT LA DURÉE D'UNE ACTIVITÉ OU LA QUANTITÉ DE TRAVAIL À EXÉCUTER	60
25	DÉVELOPPER UNE BONNE ESTIME DE SOI CHEZ SON ENFANT	61
26	AIDER SON ENFANT À SE DÉCOUVRIR UNE PASSION	63
27	PRÉVENIR OU GÉRER LES CRISES ET L'OBSTINATION	65
28	ASSURER UNE BONNE QUALITÉ DE VIE	67
29	OPTIMISER L'ORGANISATION DES DEVOIRS	68
30	UTILISER DES MOYENS TECHNIQUES QUI CONVIENNENT À SON ENFANT	69
31	OPTIMISER LES APPRENTISSAGES	70
32	FAIRE INTERVENIR UNE TIERCE PERSONNE POUR SURVEILLER LES DEVOIRS	71
33	ÉTABLIR UNE BONNE COMMUNICATION AVEC L'ÉCOLE	72
34	FOURNIR UNE AIDE SUPPLÉMENTAIRE POUR LES APPRENTISSAGES	74
35	PRÉPARER LA RENTRÉE DES CLASSES DURANT LES VACANCES D'ÉTÉ	75
36	ENSEIGNER CLAIEMENT À SON ENFANT LES RÈGLES DE VIE EN SOCIÉTÉ	76
37	AIDER SON ENFANT À SE CONSTRUIRE ET À CONSERVER SON CERCLE SOCIAL	78
38	COMMENT INTERVENIR AUPRÈS DE SON ADOLESCENT QUI SOUFFRE DE TDA/H ?	79
39	GARDER SON SANG-FROID	80

↳ **DES IDÉES POUR L'ENSEIGNANT**

40	CONNAÎTRE LES SYMPTÔMES SPÉCIFIQUES DU TDA/H	82
41	RECONNAÎTRE LE DÉFICIT D'ATTENTION CHEZ SON ÉLÈVE	83
42	RECONNAÎTRE L'IMPULSIVITÉ ET L'HYPERACTIVITÉ	84
43	CONNAÎTRE LES AUTRES MANIFESTATIONS ASSOCIÉES AU TDA/H	85
44	SAVOIR QU'IL EXISTE UNE FORTE ASSOCIATION ENTRE LES TROUBLES ANXIEUX ET LE TDA/H	87
45	CONNAÎTRE LES EFFETS DU TDA/H SUR LE FONCTIONNEMENT SCOLAIRE ET FAMILIAL	89
46	ACCEPTER SON ÉLÈVE MALGRÉ SON HANDICAP	91
47	MIEUX CONNAÎTRE LES CAPACITÉS ET LES LIMITES DE SON ÉLÈVE	93
48	MIEUX CONNAÎTRE SON ÉLÈVE EN DEHORS DU CADRE SCOLAIRE	94
49	ÉTABLIR UNE BONNE COMMUNICATION AVEC LES PARENTS DE CET ÉLÈVE	95
50	ÉTABLIR UNE BONNE COMMUNICATION AVEC CET ÉLÈVE	96
51	ÉTABLIR UN PLAN D'INTERVENTION	98
52	ÊTRE PLUS TOLÉRANT AVEC L'ÉLÈVE SOUFFRANT DE TDA/H	100
53	ENCOURAGER SOUVENT SON ÉLÈVE	102
54	COMMENT GÉRER SA CLASSE QUAND ON A UN ÉLÈVE IMPULSIF, HYPERACTIF ?	103
55	AMÉNAGER LA CLASSE POUR DIMINUER LES SOURCES DE DISTRACTION	105
56	AMÉNAGER LA PÉDAGOGIE POUR FAVORISER L'ATTENTION	107
57	RECOURIR À L'INTERNET ET IDENTIFIER DES SITES QUI FAVORISENT LES APPRENTISSAGES	109
58	IDENTIFIER DES MOYENS PERMETTANT À L'ÉLÈVE HYPERACTIF DE BOUGER	110
59	GÉRER LES PROBLÈMES D'INHIBITION, D'IMPULSIVITÉ	112
60	COMMENT L'AIDER QUAND IL NE SE CONTRÔLE PLUS ?	113

61	COMMENT COMPENSER SON INCAPACITÉ À GÉRER PLUSIEURS CHOSES À LA FOIS ?	115
62	COMMENT AIDER SON ÉLÈVE À MIEUX PLANIFIER ET ORGANISER SON TRAVAIL ?	116
63	AIDER SON ÉLÈVE À VÉRIFIER SES ERREURS	117
64	AIDER SON ÉLÈVE À PRENDRE CONSCIENCE DE L'IMPACT DE SES COMPORTEMENTS SUR AUTRUI	118
65	POUR MIEUX GÉRER LES COMPORTEMENTS : UTILISEZ LA FEUILLE DE ROUTE	119
66	MODIFIER L'ENVIRONNEMENT OU LES RÈGLES DU JEU POUR ÉVITER LES RISQUES DE RÉCIDIVE	121
67	DONNER À L'ÉLÈVE UNE CHANCE DE SE METTRE EN VALEUR	123

Chapitre IV

↳ DES IDÉES POUR LE JEUNE

68	PRENDS CONSCIENCE DE TON TDA/H	126
69	ACCEPTÉ L'AIDE DE TES PARENTS ET DE TES PROFESSEURS	128
70	ACCEPTÉ DE PRENDRE TA MÉDICATION SI LE MÉDECIN LA RECOMMANDE	129
71	REFUSE DE TE SERVIR DE TON TDA/H	132
72	RÉPONDS TOUT DE SUITE AUX DEMANDES QUI TE SONT FAITES	134
73	ASTREINS-TOI À FAIRE UNE SEULE CHOSE À LA FOIS	135
74	DONNE-TOI DES PENSE-BÊTES	136
75	FAVORISE DE BONNES CONDITIONS DE TRAVAIL	137
76	LIMITE LES SOURCES DE DISTRACTION	139
77	APPRENDS À ÉVALUER LE TEMPS RÉEL	141
78	PRENDS CONSCIENCE DE TON ÉTAT AU FIL DU TEMPS	143
79	CRÉE-TOI DES ROUTINES	144
80	FAIS-TOI UNE LISTE	145
81	UTILISE UN AGENDA	146

82	CONSTRUIS-TOI UN HORAIRE DE TRAVAIL ET D'ACTIVITÉS	147
83	ÉVITE DE REMETTRE À PLUS TARD...	148
84	ORGANISE TON ESPACE	149
85	POUR MIEUX ORGANISER TON ESPACE DE TRAVAIL	150
86	DONNE-TOI DES STRATÉGIES POUR APPRENDRE	151
87	POUR AMÉLIORER TA MÉMOIRE À COURT TERME	152
88	DONNE-TOI UNE MÉTHODE DE TRAVAIL	153
89	PENSE À T'AUTOCORRIGER	154
90	CONTRÔLER TON IMPULSIVITÉ	155
91	MIEUX CONTRÔLER TA PATIENCE	157
92	MIEUX CONTRÔLER TES ÉMOTIONS À LA MAISON	158
93	QUE FAIRE QUAND TU AS PERDU LE NORD, QUAND TU AS DISJONCTÉ À L'ÉCOLE ?	159
94	POUR MIEUX CONTRÔLER TON HYPERACTIVITÉ	160
95	POUR MIEUX CONTRÔLER TA « BOUGEOTTE » EN CLASSE	161
96	TROUVE-TOI DES ACTIVITÉS QUI PEUVENT T'AIDER À MIEUX CANALISER TON ÉNERGIE	162
97	APPRENDS À RESPECTER LES AUTRES	163
98	TROUVE-TOI UN BON CAMARADE EN QUI TU AS PARFAITEMENT CONFIANCE	165
99	UTILISE TA CRÉATIVITÉ POUR TROUVER DES SOLUTIONS	166
100	AIE CONFIANCE EN TOI, L'AVENIR T'APPARTIENT	167



*Il dit non avec la tête
 Mais il dit oui avec le cœur
 Il dit oui à ce qu'il aime
 Il dit non au professeur
 Il est debout
 On le questionne
 Et tous les problèmes sont posés
 Soudain le fou rire le prend
 Et il efface tout
 Les chiffres et les mots
 Les dates et les noms
 Les phrases et les pièges
 Et malgré les menaces du maître
 Sous les huées des enfants prodiges
 Avec des craies de toutes les couleurs
 Sur le tableau noir du malheur
 Il dessine le visage du bonheur.*

Jacques Prévert, adolescent turbulent, a si bien mis en poésie le point de vue du « cancre », qu'on peut se demander s'il n'était pas lui-même victime d'un soupçon d'hyperactivité. Ce révolté sort de l'école à quinze ans et prend le chemin de fer de la vie avec un simple certificat d'études. Il rejoindra les surréalistes, écrira de multiples ouvrages cinématographiques, poétiques et littéraires, dont ses *Contes pour enfants pas sages* et verra, au final, comme un pied de nez, son nom donné à de nombreuses institutions scolaires.

Bruyant, bouillonnant, brise-tout, chahuteur, diable, dissipé, emporté, excité, échevelé, effervescent, effréné, énervé, fébrile, frénétique, grouillant (au Québec), hystérique, impatient, maladroit, mouvementé, passionné, remuant, trépidant, tumultueux, tapageur, turbulent, tannant (au Québec), et aussi nerveux, angoissé, anxieux, tourmenté, tracassé, troublé, émotif, violent..., les parents et les enseignants épuisés n'ont pas assez de mots pour décrire cet enfant inattentif et hyperactif si attachant, surtout quand il dort. L'éduquer, l'élever, lui donner un enseignement, l'accompagner avec bienveillance, sont des tâches particulièrement délicates à mettre en œuvre pour l'amener à devenir un adulte intégré dans la société.

Les manifestations du syndrome du déficit d'attention/hyperactivité sont multiples, inconstantes, imprévisibles, et rarement isolées. Les difficultés d'apprentissage et/ou les troubles de l'humeur leurs sont fréquemment associés. Le développement intellectuel et la construction psychique de l'enfant peuvent s'en trouver gravement perturbés lorsque le trouble est négligé ou ignoré. « Si l'on guérit de la cancrerie, on ne cicatrise jamais tout à fait des blessures qu'elle nous infligea », écrit, d'expérience, Daniel Pennac dans *Chagrin d'école* (2007). Après l'indispensable diagnostic, le traitement du TDA/H demeure le fait d'un travail acharné et du dévouement de tout l'entourage de l'enfant. Il n'y a pas de solution facile, pas de solution toute faite qui permettent de gérer ces déficits, que ce soit en classe ou à la maison. Tout dépend des connaissances du problème, de la tolérance, de l'adaptation, de la persévérance, et de la collaboration entre l'enfant, l'école, les professionnels de santé et la famille.

Face à ces troubles, le pragmatisme de nos amis canadiens est connu et depuis longtemps apprécié. Francine Lussier s'inscrit dans cette tradition en offrant à l'enfant hyperactif, à sa famille et à

ses éducateurs ces 100 Idées, qui devraient être une aide pour permettre de gérer, contourner, s'adapter au mieux aux difficultés qui naissent de ces symptômes. Ces « trucs » sont le fruit d'une longue expérience auprès des enfants à besoins particuliers. Après avoir travaillé une quinzaine d'années dans l'enseignement élémentaire et secondaire, elle s'est engagée dans la neuropsychologie et s'est forgée une belle expérience à l'hôpital Sainte-Justine. Francine Lussier exerce aujourd'hui son art de neuropsychologue spécialisée en pédiatrie dans le Centre d'Évaluation Neuropsychologique et d'Orientation Pédagogique FL (CÉNOP-FL) qu'elle a fondé en 1993 à Montréal.

Je ne sais pas si Francine était, à la manière de Prévert, une jeune femme turbulente, mais son « hyperactivité » actuelle, qui se distribue entre les consultations, les formations, les congrès, la construction de tests, l'écriture d'ouvrages, la vie de famille, la musique, les voyages, ... ne peut qu'être saluée par tous.

Bons vents pour ces « Idées », avec toute mon amitié.

Marie-Hélène Marchand
Neuropsychologue

Francine Lussier détient une Maîtrise en Éducation et une Maîtrise en Psychologie de l'Université du Québec à Montréal; elle a obtenu son Doctorat en Neuropsychologie de l'Université de Montréal. Sa thèse portait sur l'hypothèse d'un dysfonctionnement frontal chez les enfants atteints du syndrome de Tourette.

Elle a d'abord œuvré quinze ans dans le milieu scolaire comme enseignante au secondaire puis au primaire . Elle y avait entre autres élaboré un système d'enseignement personnalisé auprès d'enfants du régulier et d'enfants en difficultés d'apprentissage et de comportement.

Elle a, par la suite, travaillé en tant que neuropsychologue clinicienne à l'Hôpital Ste-Justine durant quinze ans comme consultante à la Clinique de Développement, au Service de Neurologie et au Département de Psychiatrie .

Elle a été chargée du cours de neuropsychologie de l'enfant et de formation clinique à l'Université de Montréal durant 10 ans. Elle a publié entre autres un livre sur la neuropsychologie de l'enfant en 2001, réédité en 2009.

Elle a fondé le Centre d'Évaluation Neuropsychologique et d'Orientation Pédagogique (CÉNOP) en 1994 puis, en 2001, elle ouvre le Centre de Rééducation d'Approche Neuropsychologique (CRAN) qui offre des services personnalisés (orthopédagogie, orthophonie, neuropsychologie, psychologie et psycho-éducation) aux enfants et adolescents en souffrance psychologique ou en difficultés d'apprentissage et de comportement. Elle a élaboré un programme d'intervention pour développer l'attention et la métacognition (PIDAM) présenté aux enfants sous forme d'ateliers de jeux. C'est elle qui assure la direction du CÉNOP et du CRAN.

Quand j'étais enfant, le diagnostic d'hyperactivité n'existait pas. Par contre, on trouvait des enfants turbulents, des enfants étourdis, des têtes de linotte comme je me rappelle avoir été souvent nommée. Je me souviens aussi avoir été à contre-courant, en marge des autres, sans jamais trop savoir pourquoi. Quand on se baignait à la mer, par exemple, j'entends encore mes parents me dire « Pourquoi faut-il que tu ailles toujours trop loin ? » Mais c'est où trop loin ? « Il ne faut pas que tu dépasses Lise, elle, elle est raisonnable », disaient-ils. Dans ma tête à moi, c'était plutôt parce qu'elle était peureuse, mais à partir de ce moment, je savais où, pour mes parents, c'était trop loin. Mon univers a été marqué par le trop : trop tard, trop loin, trop vite, trop fort. « Tu cries trop, tu parles trop »...

À l'école aussi ça n'allait pas comme Lise, qui était première de sa classe et toujours dans les petits papiers des religieuses. Une fois, alors que la mère supérieure nous remettait nos bulletins, j'ai dû dire une bêtise. La sœur m'a alors dit de tourner ma langue sept fois avant de dire des sornettes, ce que je fis bien sûr avec grande démonstration, pour qu'elle voie bien que je tournais ma langue comme il faut. Combien de fois me suis-je fait mettre au coin, je ne me le rappelle pas bien, mais sûrement un très grand nombre. Dans mes bulletins, j'étais tantôt 2^e, tantôt 35^e, tantôt 18^e, bref on ne pouvait ni dire si j'étais bonne, ni si j'étais médiocre, tant je surprenais les professeurs et mes parents avec mes notes variées.

Je me souviens, au lycée, avoir été exclue de l'équipe de basket par la mère supérieure, pour me « mettre du plomb dans la tête », me faire réfléchir, m'amener à prendre mes études plus au sérieux. Catastrophée, j'ai couru voir mon professeur

d'éducation physique qui me prit sous son aile (elle avait besoin de moi en défense pour assurer la victoire de l'école) et alla plaider ma cause auprès de la mère supérieure. J'ai été réintégré dans l'équipe, à condition de tout mettre en œuvre pour réussir en mathématiques, matière que j'avais commencé à négliger. Je m'en suis sortie avec une très bonne note. Ah! La motivation, ce que ça peut faire ! Ça ne m'a pourtant pas guérie définitivement puisque j'ai continué à avoir de grandes variations dans mes notes, quelle que soit la matière.

Mon parcours a donc été plutôt chaotique au niveau des résultats scolaires jusqu'à la fin de mon cours classique vers 18-19 ans. À cet âge, j'avais enfin, semble-t-il, développé des stratégies pour réussir. Mais je me souviens aussi qu'il m'a fallu travailler plus fort que les autres pour avoir les meilleures notes, passer le baccalauréat, avoir la maîtrise, puis un doctorat. Heureusement, j'étais passionnée... Encore une fois, c'est le « trop » qui gérait mes apprentissages, mais c'est aussi la motivation qui me faisait maintenir le cap.

Aujourd'hui encore, les gens qui me côtoient savent que j'ai trop de choses dans la tête et que je n'arrive pas toujours à maintenir le fil de ce qu'ils me disent parce qu'une idée qu'ils émettent en suscite mille dans ma cervelle et m'amène loin de la conversation qu'on tenait. Pourtant, malgré cela, j'ai réussi à compléter des études supérieures, à élever trois enfants, à diriger une clinique et à mener plusieurs projets à la fois.

C'est sans doute en revoyant mon propre parcours que je me suis plus particulièrement attachée à ces enfants qui bougent trop, qui oublient tout, et qui se retrouvent le plus souvent en marge des autres. Et c'est sans doute pour la même raison que j'ai accepté de mettre par écrit 100 idées qui pourront, je l'espère, aider l'enfant ou l'adolescent qui souffre de TDA/H, et même l'adulte (parent ou professeur) qui s'occupe de lui.



**POUR MIEUX CONNAÎTRE
ET COMPRENDRE LE TDA/H**





INTRODUCTION

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) représente un des motifs de consultation clinique les plus courants. Le TDA/H est un syndrome développemental d'origine neurologique qui apparaît avant l'âge de 7 ans, et se manifeste par des symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité quasi permanents. On estime qu'en France 5 % environ des enfants sont concernés par ce syndrome. Les conséquences du TDA/H sur les comportements, les fonctions cognitives ou le rendement académique et les relations sociales sont largement documentées. Les moteurs de recherche ne répertoriaient pas moins de 6 500 articles scientifiques sur ce sujet pour la seule année 2009, sans compter toutes les entrées que peut générer ce mot sur Internet. Bien que la recrudescence des cas de TDA/H observés au cours des dernières décennies puisse être un phénomène de société ainsi que le prétendent certains auteurs, l'ampleur du problème, notamment sa chronicité (66 % des enfants avec un TDAH continuent de présenter des difficultés d'adaptation à l'âge adulte) justifie amplement les efforts dévolus à la compréhension et au traitement de ce syndrome.

Les manifestations cliniques du TDA/H

Le DSM-IV, manuel qui décrit les principaux symptômes des troubles dits psychiatriques, définit le TDA/H comme un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité, plus fréquent et plus sévère que ce qu'on observe habituellement chez des sujets d'un niveau de développement similaire. La présence excessive de comportements d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité, ou les deux, donne lieu à trois types de diagnostics : le type inattention prédominante, le type hyperactivité-impulsivité

et le type mixte qui inclut les deux premiers. Le DSM-IV définit un certain nombre de critères généraux qui doivent être présents depuis au moins six mois pour identifier chacun des sous-types de TDAH.

L'inattentif ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie; il a souvent du mal à soutenir son attention. L'enfant inattentif semble souvent ne pas écouter; il ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires; il a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités. Il évite les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu; il perd souvent les objets nécessaires à son travail; il se laisse facilement distraire par des stimuli externes; il a des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

L'enfant hyperactif remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège; il se lève souvent en classe ou dans d'autres situations. Il court ou grimpe partout; il a du mal à se tenir tranquille dans les jeux; il est souvent « sur la brèche » ou agit comme s'il était « monté sur ressorts »; il parle excessivement. L'enfant impulsif laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore posée; il a du mal à attendre son tour; il interrompt souvent les autres ou impose sa présence.

Pour que le diagnostic soit posé, le DSM VI exige aussi la présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans au moins deux types d'environnement différents (par exemple, à l'école et à la maison) qui doivent altérer significativement le fonctionnement social, scolaire ou professionnel. De plus, les symptômes ne doivent pas résulter d'un autre trouble développemental ou d'une autre maladie psychiatrique.

On observe plusieurs différences significatives entre les différents types de TDAH sur des variables comme le sexe, les difficultés scolaires ou sociales et les comorbidités. Ainsi,

l'inattention affecterait davantage les filles, c'est pourquoi celles-ci sont souvent plus difficiles à diagnostiquer, leurs symptômes étant moins dérangeants. Par ailleurs, les difficultés scolaires se retrouvent davantage chez les enfants qui présentent des symptômes d'inattention. Les troubles de comportement, comme l'opposition et l'agressivité, se retrouvent surtout chez les enfants où le niveau d'hyperactivité-impulsivité est élevé.

Les causes du TDA/H

Bien qu'on n'ait encore retrouvé aucun marqueur biologique spécifique (identifiable par une prise de sang, un prélèvement d'urine, une technique neuroradiologique...), la recherche scientifique démontre que les causes les plus fréquentes du TDA/H sont d'ordre neurobiologique et génétique. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer la présence de TDA/H : hypothèses biochimiques (déséquilibre des neurotransmetteurs), hypothèses métaboliques (sous-activation corticale ou dysfonction des structures sous-corticales), hypothèses physiologiques (altération du contrôle inhibiteur du cortex frontal ou délai de maturation des lobes frontaux). Outre le fait que le TDA/H est un trouble d'origine organique, l'hérédité constitue la cause la plus fréquente du TDAH. L'incidence élevée du trouble dans une même famille est connue et les études menées sur les vrais jumeaux démontrent l'influence de l'hérédité sur les symptômes d'hyperactivité-impulsivité.

D'autres causes peuvent expliquer le TDA/H et entraîner l'apparition des symptômes. Certains cas sont le résultat d'une atteinte subie par le cerveau en période prénatale (exposition à l'alcool ou à des drogues, par exemple) ou de dommages cérébraux postnataux (infection, traumatisme crânien, manque d'oxygène à la naissance...). Même s'ils

peuvent intensifier le syndrome ou contribuer à sa persistance, les facteurs sociaux ne peuvent être retenus comme une cause du TDAH. Les facteurs environnementaux, bien qu'ils ne causent pas le TDAH, peuvent précipiter ou aggraver les symptômes.

Le traitement du TDAH

Reconnaître que le TDAH relève d'un trouble neurobiologique et qu'il est héréditaire, c'est aussi reconnaître que la personne qui en est atteinte ne peut être blâmée pour ses symptômes et qu'elle nécessite une aide afin de mieux en contrôler les inconforts, pour elle et pour les autres.

L'efficacité largement documentée de la pharmacothérapie constitue la principale justification à sa fréquente utilisation. Plusieurs études scientifiques justifient le recours à la médication puisque celle-ci diminue, de manière significative, les symptômes liés au TDAH. Les résultats d'une récente méta-analyse suggèrent même que l'ajout d'une intervention psychosociale à une intervention pharmacologique ajouterait peu à la réduction des symptômes liés au TDAH. De plus, la littérature scientifique démontre clairement que la pharmacothérapie n'améliore pas seulement les comportements problématiques liés au TDAH, mais également l'estime de soi, l'apprentissage et le fonctionnement général.

Malgré l'importance accordée à la pharmacothérapie, les interventions psychologiques ou psychosociales ont leur place parce qu'elles créent des habitudes de vie qui perdureront au-delà du traitement médical et sont indéniablement souhaitables pour améliorer non seulement la qualité de vie des personnes qui ont un TDAH, mais également celle des personnes de leur entourage. Elles

permettent entre autres de développer des attitudes et des interventions qui favorisent une meilleure gestion des symptômes, d'améliorer la qualité des relations sociales et même les problèmes associés (opposition, anxiété, problèmes d'apprentissage). Les interventions psychosociales ne visent pas directement à réduire l'hyperactivité ou l'impulsivité, mais plutôt à faciliter l'adaptation du jeune dans diverses facettes de son quotidien. L'observation de déficits cognitifs associés au trouble a également conduit à intervenir de façon spécifique auprès des jeunes atteints par ce syndrome, afin de mettre en place de meilleures conditions pour faciliter les apprentissages. C'est dans ces perspectives que sont proposées ici des idées pour améliorer le vécu des parents et des personnes intervenant auprès des enfants ayant un TDA/H, mais aussi pour aider ces jeunes à mieux vivre avec leur syndrome.





DES IDÉES POUR LES PARENTS



RECONNAÎTRE LES SYMPTÔMES CHEZ SON ENFANT



IDÉE 1

Quand un enfant présente de l'agitation, de l'impulsivité, des problèmes d'inattention, on se demande toujours un peu pourquoi il est comme ça. Très souvent, on attribue en premier lieu ses problèmes de comportement à son fichu caractère, puis rapidement, on se blâme. Quand, en plus, l'école ne parvient pas davantage à gérer les comportements de votre enfant et vous en attribue aussi la responsabilité alors que vous faites tout pour bien l'encadrer, vous devez vous questionner sur les causes de ces comportements.

Voici quelques symptômes qui vous orienteront si vous croyez que votre enfant présente un problème neurologique. Si vous observez six des neuf manifestations suivantes et si ces symptômes sont présents depuis plus de six mois, il y a lieu de consulter (voir l'Idée 2).

Symptômes d'inattention

- Évite, exprime de la réticence ou de la difficulté à faire les tâches qui exigent un effort mental soutenu (par exemple, les devoirs et autres travaux scolaires).
- A de la difficulté à se concentrer sur des tâches ou des activités de jeu.
- Ne semble pas écouter ce qu'on lui dit.
- Ne suit pas les instructions jusqu'au bout et ne termine pas ses devoirs scolaires, travaux ou autres tâches (non pas en raison d'un comportement oppositionnel ou d'un défaut de compréhension des instructions).
- A des difficultés à organiser ses tâches ou ses activités.
- N'a pas le souci du détail, fait des fautes d'inattention dans ses devoirs scolaires ou autres activités.
- Oublie facilement ses activités quotidiennes.

- Égare les affaires nécessaires pour ses devoirs, tâches ou activités diverses (par exemple, sa trousse, son carnet de notes, ses livres, ses jouets,...).
- Est facilement distrait(e) par ce qui se passe autour de lui/d'elle.

Symptômes d'hyperactivité ou d'impulsivité

- Ne s'arrête jamais, agit comme propulsé(e) par un moteur.
- Court, grimpe (aux arbres, sur les chaises, etc.) dans des circonstances ou des lieux inappropriés.
- Parle excessivement.
- A de la difficulté rester à sa place dans une queue, ou à attendre son tour (dans un jeu, un groupe...).
- Interrompt les autres, ou s'incruste dans une conversation, dans un jeu.
- Se tortille, tripote ses mains, agite ses pieds, se trémousse sur son siège.
- A de la difficulté à jouer tranquillement, ou à s'engager calmement dans une activité de loisir.
- Se lève de sa chaise, en classe ou dans d'autres occasions où on attend de lui qu'il reste assis.
- Répond avant qu'on ait fini de poser les questions.

CONSULTER UNE PERSONNE COMPÉTENTE POUR POSER UN BON DIAGNOSTIC



IDÉE 2

Vivre avec un enfant hyperactif n'est pas une chose aisée pour les parents, principalement lorsque ce trouble n'est pas encore diagnostiqué. Les premières manifestations apparaissent tôt durant la petite enfance et les parents trouvent d'abord toutes sortes d'explications pour les justifier : c'est sa « période du non », c'est le « terrible 2 ans » qui se prolonge. À l'école, comme à la maison, l'enfant bouge tout le temps, il n'écoute pas ce qu'on lui demande, il ne respecte pas les consignes simples, il ignore les règles de bienséance ; encore pire, il recommence, même après avoir subi plusieurs fois les conséquences de ses comportements dérangeants ; il n'apprend pas de ses erreurs. Aucune intervention ne semble avoir de prise définitive sur ses comportements.

Les premières consultations auprès des proches donnent lieu à des conseils bien souvent contradictoires. « *Tu es trop sévère avec lui* », « *Laisse-le un peu tranquille* » ; « *Tu es trop permissive* », « *Prends-le un peu en main* » ; « *Ça va passer* », « *C'est l'âge* », etc.

Quand il se retrouve avec des étrangers, le jeune est rapidement étiqueté « enfant mal élevé ». Les parents ne savent plus quoi faire avec leur enfant pour apaiser les critiques qui fusent de toutes parts. Il faut alors consulter. C'est le médecin qui posera le diagnostic final et proposera éventuellement une médication, mais d'autres professionnels de santé peuvent éclairer le médecin sur les symptômes qu'ils observent et permettent de confirmer ce que les parents eux-mêmes ont remarqué depuis longtemps. Même si les enfants ayant un TDA/H présentent un certain nombre de symptômes typiques, ces professionnels pourront, avec vous, cibler les principales caractéristiques spécifiques de votre enfant, celles qui sont les plus handicapantes pour lui, et les comportements qui gênent le plus son adaptation dans son milieu scolaire et familial. Ils pourront ensuite vous guider pour mieux gérer les situations conflictuelles.

IDÉE **3**



DEMANDER QU'UN BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE SOIT FAIT

On évalue la prévalence des troubles d'apprentissage reliés à une problématique neurologique ou neuro-développementale à environ 10 à 15 % des enfants d'âge scolaire. Le déficit de l'attention est la cause la plus fréquente de ces difficultés scolaires. Par ailleurs, le déficit d'attention peut parfois s'accompagner d'un trouble spécifique d'apprentissage ou, au contraire, il peut être sous-estimé parce que non diagnostiqué; les difficultés sérieuses en lecture et en orthographe ou des erreurs fréquentes en calcul sont alors interprétées à tort comme une dyslexie, une dysorthographe ou une dyscalculie. Si l'enfant est en difficulté scolaire, il est donc important d'en comprendre la cause réelle pour identifier les meilleures interventions pédagogiques à privilégier.

Les processus cognitifs impliqués dans tout apprentissage intéressent le neuropsychologue en pédiatrie. Celui-ci pourra poser un diagnostic des difficultés ou des troubles d'apprentissage au moyen d'une panoplie de tests et par ses observations sur la façon dont l'enfant y réagit. Chez l'enfant en difficulté ou en trouble d'apprentissage, on suppose qu'une ou plusieurs voies d'accès à l'information sont affectées alors que d'autres sont intactes. Le rôle du neuropsychologue consiste donc à identifier le plus clairement possible les processus cognitifs en jeu afin d'identifier les interventions orthopédagogiques les plus pertinentes pour compenser ou contourner les difficultés de l'enfant. Le neuropsychologue pourra également estimer la sévérité du déficit d'attention et de l'impulsivité ou même vérifier, le cas échéant, l'efficacité d'une médication sur le déficit d'attention. Récemment, la neuropsychologie a en outre développé des approches rééducatives, qui tiennent compte des déficits cognitifs spécifiques des enfants en trouble d'apprentissage.

Comme le neuropsychologue dresse un portrait le plus exhaustif possible des forces et des lacunes de l'enfant, les intervenants (parents et enseignants) peuvent avoir des attentes plus réalistes, ce qui favorise généralement une meilleure réaction de l'enfant face à ses apprentissages. Il en résulte fréquemment une diminution de l'anxiété et une restauration de l'estime de soi chez l'enfant qui se sent accepté dans sa différence et soutenu dans ses efforts.

IDÉE 4



DÉMYSTIFIER LE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Puisque le TDA/H relève de facteurs neurochimiques, les manifestations des symptômes ne résultent donc pas de prétendus caprices ou de la personnalité de l'enfant, pas plus que d'une mauvaise éducation. Depuis maintenant un grand nombre d'années, on parvient à diminuer jusqu'à 80 % des symptômes avec une médication appropriée. Le phénomène est plus répandu en Amérique qu'en Europe, mais de plus en plus de médecins traitent ainsi les enfants en France. Il existe aujourd'hui plusieurs formes médicamenteuses pour traiter le TDA/H. Il n'est pas de notre responsabilité ici de considérer chacune d'elles. On doit pour cela consulter son médecin. Cependant, notre expérience clinique nous a largement démontré les bienfaits de la médication, tant pour l'enfant lui-même que pour sa famille, ses amis et ses professeurs, avec qui il peut mieux interagir et aussi en regard des apprentissages scolaires qu'il appréhende avec plus de facilité.

Malgré la réponse favorable de la médication, celle-ci ne constitue pas la panacée et des interventions multimodales sont essentielles pour encadrer l'enfant porteur d'un TDA/H. Rappelons toutefois l'expérience de l'équipe de Lily Hechtman, pédopsychiatre québécoise, qui a publié il y a quelques années une étude longitudinale portant sur le traitement à long terme d'enfants ayant un TDA/H. Trois groupes d'enfants (disons A, B et C) présentant tous un tableau de TDA/H, ont été soumis à trois types de traitements. Le groupe A ne recevait que la médication; le groupe B recevait la médication et de l'information pour mieux comprendre le TDA/H; les parents du groupe C participaient à un programme sur les habilités parentales, et les enfants du même groupe recevaient non seulement la

médication et de l'information pour mieux comprendre le TDA/H, mais bénéficiaient en outre d'un programme pour les aider à mieux gérer leurs comportements. Dans tous les groupes, la médication avait été donnée dès le début de l'expérimentation, puis, à l'aide de questionnaires adressés aux parents, une amélioration immédiate et substantielle avait été remarquée également dans chacun des groupes dès la prise de médication. Ensuite, l'information sur le TDA/H a été donnée aux groupes B et C, puis les programmes conjoints sur les habilités parentales et sur la gestion des comportements auprès des enfants ont débuté pour le groupe C et ont été poursuivis durant 16 semaines. À la fin des 16 semaines, on s'attendait à voir une plus grande amélioration dans le groupe C, puis, à un moindre degré, dans le groupe B, comparativement au groupe A, qui n'avait reçu que la médication. À la surprise des chercheurs, on n'a noté aucune différence significative entre les trois groupes, démontrant ainsi que la médication expliquait à elle seule l'amélioration spectaculaire des comportements chez les enfants.

Même si, comme le suggère cette étude, la médication semble pallier à elle seule les manifestations du TDA/H, des programmes d'intervention restent nécessaires et indispensables pour aider le jeune à développer des compétences qui seront efficaces à plus long terme. En effet, les bénéfices de la médication sont immédiatement interrompus dès que celle-ci s'arrête. Par contre, les stratégies de compensation apprises durant l'entraînement pourront durer même après l'arrêt de la médication.