

TDAH de l'enfant

Approche neuropsychologique

Trouble constitutionnel
Mode persistant d'inattention et/ou
d'hyperactivité
Présentation APNB 27 novembre 2015

Colette BAILLY
Psychologue-Neuropsychologue

colettebailly@yahoo.fr

www.psychologue-dijon.com

Qu'est-ce le TDAH ?

- Un trouble neurodéveloppemental
- Handicapant
- Conséquences fréquentes (Blessures, difficultés relationnelles, troubles des apprentissages, faible estime de soi ...)
- Traitement possible

Syndrome TDA - TDA/H

(DSM-IV, 1994 ; textes révisés en 2000, [DSM-IV-TR](#))

Selon DSM-IV : 3 profils

- **Inattention prédominante 20-30 % (F > G)**
- **Impulsivité-hyperactivité prédominante 5 %**
- **Trouble mixte 50-75 %**

DSM-V

Changement critère diagnostique
symptômes/Age :

- Symptômes présents avant 12 ans
- Identifier 4 symptômes présents avant 17 ans

« Proposed Revision - APA DSM-5 - 314.0x Attention Deficit/Hyperactivity Disorder », Association Américaine de Psychiatrie, 20 mai 2010

Examen Neuropsychologique

TDA - TDA/H

Trouble PRIMAIRE vs SECONDAIRE :

Développemental - Génétique (75 % des cas)

Trouble acquis (Neurologique, prématurité, infection ...)

- Entretien semi-directif
- SYMPTÔMES selon nomenclature DSM-V (sous-types DSM-IV)
- DEUX CONTEXTES au moins
- Eliminer un trouble psychiatrique (avis pédopsychiatre, tests projectifs)
- Sévérité du trouble ? Revoir l'enfant à terme
- Modèles cognitifs

TDA/H simple sans diagnostic comorbide (32 %)

TDA/H complexe ↗↗ avec comorbidités

Etude de Jensen at al., (1999) comorbidités chez l'enfant (1 enfant peut avoir plusieurs diagnostics)

Troubles de l'humeur et anxiété (38 %) – Tics (11 %) – Troubles des conduites (14 %) - Troubles oppositionnels avec provocation (40 %)

Traitement TDAH

Déficit de la recapture des neurotransmetteurs dopaminergiques et noradrénergiques (aire préfrontale et striatum)

Pic dopa vers 12 ans !

- EU :

Traitement par méthylphénidate sans évaluation Neuropsychy !

- France : En questionnement

Evaluation Neuropsychy

Traitement avec ou sans diagnostic TDA/H ?

La Ritaline :

- - Flux sanguin ↗ en particulier la région frontale
- - Normalise « le ralentissement cortical »

Le syndrome TDA - TDA/H

Modèles cognitifs
Barkley, 1997
Sonuga-Barke, 2003, 2005

Modèle de Barkley, 1997

TDA/H étroitement relié aux syndromes frontaux
Notion des fonctions exécutives

Déficit primaire

« Trouble inhibiteur » élément cardinal du syndrome

Modèle de
Barkley, 1997

Trouble
d'attention
conséquence ≠
DSM-IV

INHIBITION COMPORTEMENTALE

Réponses automatiques non inhibées
Persévérations des réponses
Faible contrôle des interférences

MdT NV
Faible

Internalisation
du langage
différée

Auto-régulation
des affects/
motivation/éveil /
Immaturité

Reconstitution
diminuée

**Contrôle
(moteur/Fluence/syntaxe)**

⇩
**Notion du Temps
(pb anticipation)**

Modèle de Sonuga-Barke (2003-2005)

1°) Aversion du délai

- Gestion du temps ↘
 - Comportement inattentif, impulsif, hyperactif
- ⇒ **Récompenses immédiates > récompenses différées**

Notion de choix ou abs de choix

2°) Dysfonctionnement exécutif → surtout un facteur déclenchant

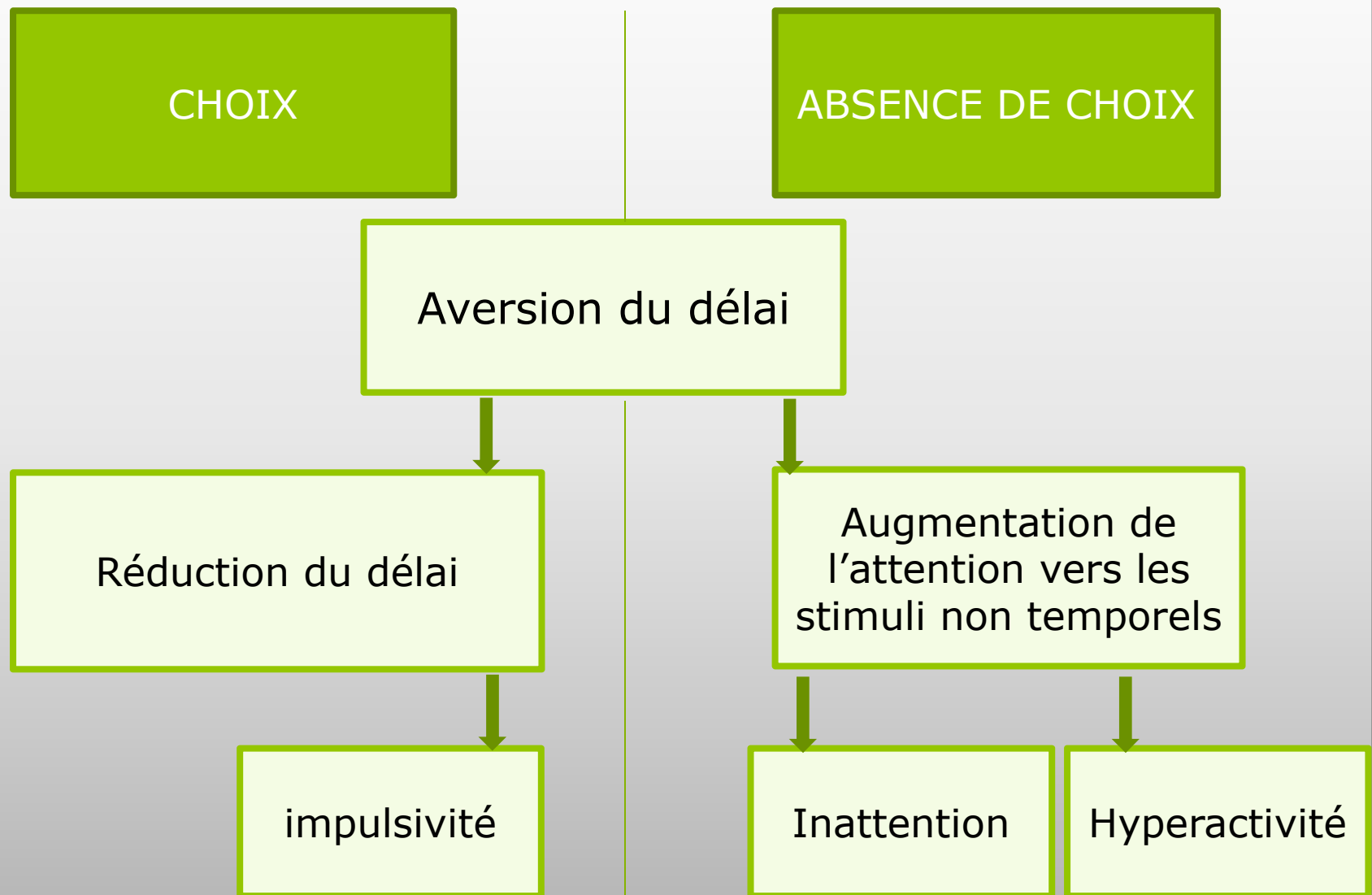
L'Aversion du Délai Dépendante des contextes familiaux

Mécanismes de récompenses +/- souples

⇒ Emergence de l'aversion chez des enfants impulsifs

Les Thada choisissent de ne pas attendre

Modèle de Sonuga-Barke 2003



Modèle de Sonuga-Barke 2005

C
e
r
v
e
a
u

Fonctions exécutives

Circuit exécutif

Mésolimbique

Aversion du délai

Circuit de
récompense

mésocortical

C
o
g
n
i
t
i
o
n

Déficits d'inhibition

Gradient raccourci de
délai de récompense

Réponse
parentale

Dysfonctionnement
exécutif

Aversion du délai

C
o
m
p
o
r
t

TDA/H

Engagement
à la tâche

Autres hypothèses

Thada/Mémoire de travail

- Mémoire visuo-spatiale ↘ (Klingberg, 2005)
- MdT (≠ de Barkley)

Thada/Processus de récompenses (impact affectif/émotionnel)

- Fonctions exécutives ↘

Notion de renforcement ou de récompense

Diagnostics différentiels

THADA
impulsivité
motrice sans
planification

TP limite
Impulsivité
émotive sans
planification

TP Narcissique
Agressivité
colérique et
irritable

Impulsivité
(Fossati et al., 2007)

TP antisocial
Agressivité
physique

- Bipolaire**
- Recherche d'excitation
 - Anxiété associée
(Taylor et al, 2008)
 - Atteinte attention et
inhibition de la réponse

Dysharmonie d'évolution

Agitation, impulsivité +++

Anxiété majeure

Profil cognitif dysharmonique

≠ TDA/H :

- Confusion réalité
- Crudité de l'expression verbale
- Troubles du comportement
- Pas d'auto critique (Pseudo adaptation)

Enfant dépressif

Hyperactivité
Inattention

Origine environnementale ou psycho affective
Caractère récent voire transitoire
Troubles attentionnels secondaires

≠ TDA/H

- Plaintes somatiques +++
- Agressivité/irritabilité
- Désintérêt pour les loisirs
- Symptômes DAVANTAGE présents dans le milieu familial

Enfant Psychotique

Rêveur, pas vraiment présent en classe, à la maison...

Ne se plie pas aux contraintes

Relation symbiotique avec la mère, avec le père (si elle existe) trop proche, étouffante

Affection parentale pas reçue par l'enfant malgré l'amour donné

Manque d'avidité relationnelle du jeune

≠ TDA/H

- Stéréotypies
- Ecrasé par l'angoisse
- Quête psychotique du bonheur = souffrance d'un manque et non des frustrations

Enfant Bipolaire (controverses)

Pour certains :

- Changements d'humeur extrêmes au quotidien
« content » ou « accès de rage »
- Angoisse de séparation prolongée (Papolos et coll., 2002)

Pour d'autres :

Manifestations enfant = adulte

Sinon

- Distractibilité
- Troubles de la concentration

≠ TDA/H

- Labilité de l'humeur +++

Outils standardisés !

Facilitent le diagnostic, la
communication

Quantifient les symptômes

Mesurent l'efficacité du traitement

Testing, principalement ...

- Vigilance, réaction d'orientation (système réticulaire activateur)
- Attention sélective avec tri (cortex cingulaire)
- Attention soutenue ou mobilisation durable des ressources attentionnelles (cortex préfrontal)
- Les fonctions exécutives
- Le comportement
- Autres fonctions ...

A chacun sa méthode

Selon le cas étudié

TESTS ENFANT/ADOLESCENT / AUCUN TEST NE PERMET UN DIAGNOSTIC FIABLE !

- ADHD-RS (DuPaul, 1998) Enseignants-parents/18 items
- AI (Albaret et coll., 1999) 7 ans 6 mois à 14 ans 5 mois/ECPA
- AXU (George F. et coll., VF 1980) Attention auditive logiciel 540 lettres/enfant/SOLAL
- Batterie CMS (Cohen M. J., 2001) de 5 à 16 ans /ECPA
- Batterie d'évaluation des troubles visuo-attentionnels (4 à 6 ans) Revue Neuropsych 2009 ; 1 (2) : 1-11
- Batterie informatisée TEA-Ch (Manly et coll., 2006) 6 à 12 ans 11 mois/ECPA
- Becs (Adrien J.L., 2007) 4 mois à 10 ans /attention conjointe/ECPA
- Brown ADD Scales (Brown T.E., 1996) 12 à 18 ans/ECPA
- Conners (Jolicoeur C., 2000) parents (48 - 80 items !) Enseignants (10 - 28 -59 items !)
- Conners 3 (Keith, 2008) enseignants-parents 6 à 18 ans et 8 à 18 ans
- « d2 » (Brickenkamp R., 1994) > 15 ans/ECPA
- Figure de Rey A., (1930) Wallon P., Mesmin (2009) /> 4 ans/ECPA
- KITAP (Zimmermann P., Gondan M. et Fimm B., 2012) 6 à 10 ans/TEST PSYCHOLOGISCHE TESTSYSTEME
- NEMI 2 (Cognet G., 2006) 4 ans 6 mois à 12 ans 6 mois
- NEPSY (Korkman et coll., 2003) attention visuelle/Statue/Tour) 3 à 12 ans/ECPA
- NEPSY 2 (Korkman et coll., 2012) attention auditive/inhibition ...) 5 à 16 ans /ECPA
- Questionnaire MDI-C (Bernot et coll., 1999) 8 à 17 ans/ECPA
- Stroop (Albaret et coll., 1999) 7 ans 6 mois à 15 ans 5 mois/ECPA
- Symbol Digit Modalities Test (Smith A., 2002) enfant-adolescent/TVTC
- TMT (Version GRECO 2005)
- WISC-IV (Wechsler, 2005) 6 à 16 ans 11 mois/ECPA

C.Bailly, Neuropsychologue/APNB
27/11/2015

Etudes de cas