

TROUBLE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITE

Dr Olivier REVOL, Neuropsychiatre – Hôpital neurologique - LYON

Conférence APEDYS – VOIRON - Mars 2006

Notes : M. JACQUEMET.

Le Dr REVOL dirige le service de **Neuropsychologie de l'enfant** à l'Hôpital neurologique de LYON.

Ce service reçoit des enfants en difficultés générales : des anorexiques, des dépressifs, des phobies scolaires... Il comprend 22 lits dont la moitié est consacrée au **Centre de référence des troubles de l'apprentissage**. En 2001 un rapport a été déposé au Ministère de la Santé et au Ministère de l'Education Nationale, à la demande de Ségolène ROYAL, pour alerter sur la situation en France : on est en retard par rapport aux autres pays européens sur l'évaluation et la prise en charge des enfants en difficulté scolaire. A la suite, une quinzaine de Centres de référence ont été créés, à GRENOBLE, St ETIENNE, LYON. Ce dernier se divise en quatre services, dont celui dirigé par le Dr REVOL. **Ces centres ont pour mission d'évaluer les enfants en difficultés scolaires, de comprendre l'origine, et ensuite proposer une prise en charge, mettre en place des réseaux, informer**, comme au biais de cette conférence, les professionnels, les parents, les enseignants et les médecins.

A l'Hôpital neurologique, parmi les spécificités, figure le travail sur **les enfants instables et les enfants précoces**.

10 enfants entrent chaque semaine dans ce service, adressés par des professionnels, médecins scolaires, orthophonistes, médecins, psychiatres. Ils restent du lundi au vendredi pour un bilan.

UN SUJET DE POLEMIQUE :

En ce moment le sujet de l'instabilité psychomotrice est dans l'œil du cyclone, suite au **rapport de l'INSERM**, rendu publique en septembre 2005, où il est dit qu'il y a beaucoup d'enfants difficiles, instables, d'adolescents perturbateurs qui auraient pu être dépistés petits. **L'INSERM préconise une évaluation, un dépistage de tous les enfants dès 3 ans**, en disant que, si on arrive à leur proposer une évaluation, pour comprendre pourquoi ces enfants bougent, et une prise en charge, on aura des chances pour qu'ils ne soient pas en difficultés scolaires à l'adolescence.

Une polémique a suivi la publication de ce rapport. La majorité des pédopsychiatres français s'y sont opposés, 70 000 d'entre eux ont signé une pétition contre ce projet et contre la **récupération qui pourrait en être faite au niveau politique**.

25 experts de l'hyperactivité en France se sont réunis 3 jours à BIARRITZ. Ils sont pour l'instant dans l'observation du phénomène médiatique, mais ont prévu de "monter au créneau" pour dire qu'il est scandaleux de voir ce qui est fait d'un tel projet de prévention, intéressant, qui correspond à la réalité quotidienne des services tels que celui de LYON. Le Dr REVOL a 20 ans d'exercice et a vu grandir les hyperactifs petits. De même, chez les adolescents amenés en consultation on retrouve dans leur histoire des signes qui montrent qu'ils auraient pu être dépistés avant.

Il existe une position plus nuancée que de dire "tout est biologique" ou "rien n'est biologique". Ou encore "il faut traiter", "il ne faut pas traiter". Les anglo-saxons pensent qu'il

faut donner un médicament, d'autres pensent qu'il faut proposer une psychothérapie. Les excès de ces positions ne font pas avancer les choses et les parents ont du mal à se retrouver entre ces deux positions extrêmes... alors que la polémique n'a pas lieu d'être.

DEFINITION DE L'HYPERACTIVITE :

Dans la littérature, on trouve des enfants hyperactifs :

Tom Sawyer.

Sophie dans "Les malheurs de Sophie".

Abdala dans "Tintin au pays de l'or noir".

Soupaloignonycroûton dans Astérix en Hispanie.

Chez les américains, Calvin dans "Calvin et Hobbs" qui est précoce et hyperactif.

On parle de ce symptôme depuis longtemps sous différentes appellations :

- ✓ Hyperactivité,
- ✓ Instabilité,
- ✓ Hyperkinésie, terme moins usité,
- ✓ Minimal brain dysfunction, terme utilisé par les Nord-Américains qui disent que certains de ces enfants présentent une souffrance neurologique à minima. Il semblerait que ce soit vrai.

Les modèles théoriques différents ont donné des traitements différents.

C'est un **problème de santé publique en augmentation** – les enseignants de petites classes le constatent - qui a des **conséquences scolaires et d'intégration sociale**.

LE PRONOSTIC :

L'enjeu n'est pas uniquement de savoir quel est le diagnostic pour se faire plaisir. Les gens qui suivent des cohortes d'enfants hyperactifs en consultation savent ce qu'ils deviennent. Au début, en maternelle, ce sont des enfants pénibles mais amusants, qui ont juste des troubles du comportement.

En primaire, les choses se gâtent :

- ✓ Les difficultés scolaires apparaissent : l'hyperactivité les gêne pour les apprentissages,
- ✓ Les relations sociales deviennent difficiles, ils ne sont pas invités aux anniversaires, ils perdent leurs copains, sont rejetés.

Au collège, on trouve une aggravation :

- ✓ L'échec scolaire devient massif,
- ✓ Les copains deviennent rares
- ✓ Ils commencent à se faire mal,
- ✓ Ils présentent une baisse de l'estime de soi, résultat des remontrances entendues à longueur de journée, à la maison, à l'école, au foot.

Au lycée apparaissent en plus:

- ✓ Des conduites toxicomaniaques,
- ✓ Une dépression.

A l'âge adulte :

Il y a cinq ans on pensait que la partie du cerveau qui fonctionne moins bien chez l'enfant hyperactif ayant fini sa maturation à la fin de l'adolescence, les troubles allaient disparaître après les années lycée. Il n'en est rien. Les enfants hyperactifs et en particulier ceux qui ont un déficit d'attention vont **voir leurs difficultés perdurer à l'âge adulte**. Parmi les parents d'enfants hyperactifs qui consultent, nombreux sont ceux qui disent qu'ils présentaient les

mêmes troubles que leur enfant et que les répercussions ont touché leur vie professionnelle (instabilité professionnelle), leur vie de couple (difficultés relationnelles).

Ce qui n'était au départ qu'un petit débordement finit par perturber toute la vie de l'individu. Ce petit débordement, à 3 ans, est de l'ordre de 1°. S'il est alors dépisté, on peut agir dès cet âge là. Si ce n'est pas le cas, l'enfant continue à s'éloigner régulièrement de 1° du parcours de l'enfant "classique" pour arriver à 45° ou plus par rapport à ce qui est attendu .

L'idée d'un dépistage précoce pour mettre en place une prise en charge précoce est donc une bonne idée.

DEUX CONCEPTIONS :

- ✓ **Conception française** : pour 90% des médecins, des pédopsychiatres français, si un enfant bouge, c'est qu'il y a un trouble affectif, dans la relation avec ses parents, qu'il va falloir travailler lors d'une psychothérapie, à juste raison parce qu'il ne faut pas perdre de temps.
- ✓ **Conception anglo-saxonne** : le reste des médecins français, et les neuropédiatres notamment, situent le problème dans le domaine neurologique et prescrivent un médicament. Ils ont observé les enfants qui présentent **une anomalie frontale** (un abcès au niveau du cortex frontal ou une épilepsie frontale) et qui présentent le même type de comportement que les enfants hyperactifs, c'est à dire qui sont familiers, excessifs, impulsifs. Ils en déduisent qu'il y a peut-être une anomalie préfrontale chez les hyperactifs. Il s'agit alors de trouver un médicament susceptible de compenser cette anomalie.

Ces deux catégories de personnes ont du mal à échanger !

Aux USA, 300 M d'habitants : 3 M d'enfants sous médicament.

En France, où nous sommes 5 fois moins nombreux, 5 000 enfants prennent un médicament, même si ce nombre augmente d'année en année.

Les pédopsychiatres ont choisi leur camp : "je suis pour, je suis contre". Mais certaines positions idéologiques sont excessives et injustifiées, on peut parler de non-respect de l'enfant.

CLASSIFICATIONS :

- ✓ Les français parlent **d'instabilité psychomotrice**.
- ✓ L'OMS parle **d'hyperkinésie**.
- ✓ Le DSM-IV qui est la classification américaine utilisée partout actuellement parle de **Trouble Déficit d'Attention Avec Hyperactivité**. Avant on disait Trouble Hyperactivité Avec Déficit d'Attention (THADA), maintenant on dit TDAH. On pense que ces enfants bougent parce qu'ils n'arrivent pas à fixer leur attention.

Le groupe de 25 spécialistes français évoqué plus haut, pense que tous ces auteurs ont en fait raison. L'hyperactivité n'est pas une maladie, **c'est un symptôme transnosographique**, c'est à dire qu'on peut le retrouver dans différents tableaux :

- ✓ **Dans le TDAH**, (chez ces enfants qui ont un déficit d'attention),
- ✓ **Dans les troubles de l'humeur**, chez les enfants déprimés notamment, et la première chose qui illustre la dépression de l'enfant, c'est l'agressivité, l'instabilité, l'hyperactivité. La première cause d'hyperactivité est la dépression.
- ✓ **Dans les TED** (Troubles Envahissants du Développement, ou encore autisme)

- ✓ ***Dans les troubles des apprentissages.*** Un enfant dysphasique qui ne comprend pas le langage tenu en classe va décrocher. Un enfant dyslexique qui ne sait pas lire en fin de CP, ni en fin de CM1, va lui aussi décrocher et se mettre à bouger.
- ✓ ***Les troubles anxieux,*** et on classe dans les troubles anxieux les TOCS. Un enfant stressé ou atteint de TOC, d'obsessions, de rituels ne tient pas en place.
- ✓ ***Les Multiplex Developmental Disorder,*** catégorie qui explose actuellement, qu'on appelait autrefois Dysharmonies d'évolution, qui ne sont pas psychotiques mais qui bougent parce qu'ils ont une vie imaginaire beaucoup trop riche.

L'enjeu n'est donc pas de se demander si on traite ou pas un enfant qui bouge mais **de se demander pourquoi il bouge.**

Dans certains cas, comme le TDAH, on traite. Dans les cas de troubles de l'humeur, on met en place une psychothérapie, comme dans les troubles anxieux, ou dans le Multiplex Developmental Disorder.

C'est une démarche médicale. Les enfants qui entrent dans le service le lundi vont subir tout **un protocole de tests pour qu'un diagnostic soit donné** en fin de semaine à leurs parents, **avec ou sans traitement.**

Il est assez facile de faire le diagnostic d'un enfant autiste ou d'un enfant dyslexique ou de celui qui a une maladie neuropédiatrique. Le TDAH, le trouble de l'humeur et le Multiplex Developmental Disorder sont la majorité des cas qui consultent dans le service (8 sur 10).

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE :

Deux questions sont essentielles pour savoir s'il s'agit plutôt d'une maladie neurologique ou réactionnelle : Depuis quand ? Où, avec qui ?

- ✓ ***Si les symptômes sont présents partout et depuis toujours :***

Il s'agit d'un trouble constitutionnel. On s'oriente vers une maladie neuropédiatrique (une épilepsie, une maladie génétique etc.), vers un TDAH, ou vers une dysharmonie d'évolution.

- ✓ ***Si les symptômes sont intermittents et d'apparition récente :***

Il s'agit d'un trouble secondaire, réactionnel, situationnel.

L'enfant réagit par son hyperactivité face à une situation qui ne lui convient pas : carence affective, dépression, école qui ne lui convient pas parce que c'est trop dur ou trop facile, parce qu'il est dys ou précoce.

Ces pistes vont être étayées par des symptômes et des tests. L'observation des enseignants est importante.

TDAH :

- ✓ ***Description :***

- Un enfant d'âge scolaire : on ne pose pas le diagnostic avant 6 ans.
- Il présente des symptômes excessifs par rapport à son âge.
- Intelligence normale.
- Symptômes constatés dans les différentes situations : école, domicile, loisirs.

- ✓ **Motifs de consultation :**
 - Agitation dès la maternelle, même si on ne pose pas le diagnostic avant 6 ans, on repère l'enfant dès la maternelle.
 - Difficultés scolaires dès le CP.
- ✓ **Triade symptomatique :**
 - Déficit de l'attention,
 - Impulsivité,
 - Hyperactivité motrice.
- ✓ **Mais aussi :**
 - Fragilité des affects, l'enfant passe du rire aux larmes, est excessif dans ses affects.
 - Intolérance aux frustrations, aux règles et cela est lié à l'impulsivité : je veux quelque chose, je ne l'ai pas tout de suite, c'est insupportable.
- ✓ **Conséquences :**
 - Rejet familial (séances à l'enfant), social, scolaire,
 - Baisse de l'estime de soi, dépression. Le premier symptôme de la dépression étant l'agressivité, l'enfant est pris dans un cercle infernal.

HYPERACTIVITE MOTRICE :

- ✓ Court et grimpe.
- ✓ S'agite. La maîtresse lui dit "arrête de te balancer et copie". L'enfant va mettre toute son énergie à ne plus se balancer et ne fera pas la copie demandée.
- ✓ Ne reste pas assis, ne reste pas à table : même quand ce n'est pas une situation scolaire, l'enfant ne reste pas assis.
- ✓ Ne joue pas en silence. Pendant la consultation, l'enfant fait du bruit. On lui demande "Brian, Kévin, Jordan... peux-tu faire moins de bruit ?" L'enfant présente ses excuses, et promet... mais recommence dans la minute qui suit. Les bulletins scolaires sont pleins de "Kévin promet beaucoup et s'excuse souvent".
- ✓ Prend des risques, habitué des services d'urgence.

Il faut trois de ces symptômes pour parler d'hyperactivité motrice. Un enfant qui, dans la salle d'attente, a sorti tous les jouets, cassé quelque chose, qui s'appelle Kévin, Dylan Brandon ou Brian, qui a une incisive cassée... consulte assez probablement pour hyperactivité motrice.

DEFICIT D'ATTENTION :

- ✓ **Difficulté à se concentrer.** On ne peut le placer à côté de la fenêtre en classe. Tout bruit le perturbe.
- ✓ **Facilement distrait.** Paraît ne pas écouter : l'enfant peut être plongé dans une activité qui l'intéresse et n'est plus accessible à ce qu'on peut lui dire.
- ✓ **Ne termine pas ce qu'il entreprend,** y compris les jeux. La différence avec un enfant précoce qui zappe beaucoup : lui va terminer la première chose avant de passer à la seconde.

IMPULSIVITE : (il faut 3 éléments pour parler d'impulsivité)

- ✓ **N'attend pas son tour**, même au sport. Se précipite pour répondre même s'il n'a pas été interrogé. **Coupe la parole.**
- ✓ **Passe d'une activité à une autre** sans avoir fini.
- ✓ **Aucune stratégie**, a du mal à organiser son travail (on retrouve l'élément préfrontal) Il faut lui faire des listes de ce qu'il doit emporter pour éviter les punitions).
- ✓ **Ne peut se conformer aux ordres.**

L'impulsivité les gêne sur le plan social, ils font le vide autour d'eux.

Des conseils de guidance sont envoyés aux maîtresses (de même qu'une liste existe pour les enfants dyslexiques, dysgraphiques, dysphasiques ou précoces) : fractionner les demandes, tolérer qu'ils bougent etc.

Des conseils sont aussi donnés aux parents. Souvent ces enfants ne sont pas pris en charge par leur père. D'une part parce que les pères ne sont pas là. D'autre part parce qu'ils ne supportent pas leur enfant, bien souvent parce qu'ils étaient comme ça, enfants, et n'ont pas envie de revivre tout ça.

LA SCOLARITE :

Ces enfants peuvent être pris pour des dys... Leurs erreurs sont directement liées à leur trouble de l'attention . Ils suivent avec leur doigt, par peur de sauter des mots ou des lignes. Ils sont lents, hésitent parce que parasités par autre chose, leurs erreurs sont souvent des erreurs d'usage du type oublier un s au pluriel, ils sont capables de s'auto corriger. Il faut les laisser utiliser le blanc correcteur ou leur permettre de barrer en classe, parce qu'on essaie de leur apprendre à s'auto corriger. Le dysorthographe, quand on lui montre une erreur, va complexifier le mot. Une aggravation progressive apparaît au fil du texte pour l'enfant qui présente un déficit d'attention alors que le dyslexique fait des fautes d'emblée.

Petite parenthèse : on ne parle plus de fautes mais d'erreurs, on ne compte plus le nombre d'erreurs dans une dictée mais on compte le pourcentage de mots justes dans le texte...

Un film montrant un petit Clément en maternelle : il est plus agité que la moyenne, il faut l'arrêter physiquement, la parole ne suffit pas. Il lui faut un adulte à côté de lui.

PREVALENCE : (selon une recherche de l'INSERM de 2002)

- ✓ **3 à 5% de la population générale** : 1 à 2 enfants par classe.
- ✓ **5 à 10 % des enfants d'âge scolaire.**
- ✓ **3 à 4 garçons pour une fille.** Mais **les filles présentent le déficit d'attention sans hyperkinésie et sont moins repérées.** Comme les filles précoces ou les filles dépressives, elles cachent leur problème, se suradaptent, elles sont hyperconformes, le problème évolue en creux, on passe à côté et on fait le diagnostic trop tard. Au collège, elles ne lisent pas la copie jusqu'au bout, se mettent à avoir de mauvais résultats. Comme elles ne posent pas de problèmes de comportement, on ne s'est jamais penchés sur leur cas.

DIAGNOSTIC :

- **Anamnèse** : depuis quand ? Même in utero pour certains. Reprendre toute l'histoire depuis la crèche.
- **Observation de l'enfant**, même si, en consultation, du fait de la nouveauté de la situation, certains peuvent se contenir dans un premier temps, d'autant plus que la relation est duelle.
- **Examen clinique** : on cherche les « soft signs » : à minima, l'enfant a encore des syncinésies à 6 ou 8 ans. Il présente une impatience motrice : ne peut tenir une position donnée, yeux fermés, rester à cloche pied...
- **Recueil des informations** : école, maison, courriers, échelles de comportement.
- **Tests d'attention** :
 - ✓ Stroop : des noms de couleurs sont écrits d'une encre différente (exemple : le mot « vert » est écrit en bleu) 3 couleurs sont utilisées : rouge vert et bleu. Il s'agit de dire la couleur de l'encre et non pas de lire le mot. A cette épreuve, l'enfant précoce a des stratégies comme plisser les yeux pour ne plus voir le mot mais seulement la couleur.
 - ✓ Clochettes : repérer les erreurs mais surtout les stratégies.
 - ✓ Tour de LONDRES.
 - ✓ Trail making test.
- **QI** pour rechercher une précocité éventuelle ou un effondrement des items spécifiques de l'attention. On parle de profil SCAD : quand les items symboles, code, arithmétique, cube mémoire sont particulièrement touchés.
- **Echelles de comportement** :
 - ✓ Echelle de CONNERS remplie par les parents, les enseignants. Un score supérieur à 15 est très évocateur. On accorde de 0 à 3 points par item.
 - ✓ Echelle d'ACHENBACH : child behaviour (113 items)

Si les scores de deux échelles remplies par deux personnes différentes à propos d'un même enfant ne sont pas équivalents, il faut plutôt penser à une autre cause qu'un THADA.

Dans le service de LYON, les enfants sont hospitalisées deux jours, jeudi et vendredi, pour tous ces examens, ainsi qu'une recherche d'épilepsie, un bilan sanguin hépatique.

FACTEURS ETIOPATHOGENIQUES :

- ✓ **Des facteurs génétiques**
- ✓ **Des facteurs neuroanatomiques** : on a montré grâce à différents examens d'imagerie, une immaturité dans la région préfrontale. Alors que le reste du cortex fonctionne bien, cette région là est moins efficace, en retard par rapport aux autres régions. Elle sert à planifier, anticiper, contrôler l'impulsivité, sélectionner les bonnes informations parmi une quantité d'informations.
- ✓ **Des facteurs psychologiques et neuropsychologiques.**

Un déficit d'attention est la résultante de troubles psychologiques, neurologiques et génétiques.

EVOLUTION :

- ✓ **Sans soins, 20 % guérissent** spontanément à l'adolescence.
- ✓ **50 % gardent uniquement l'inattention.**

- ✓ **30 % évoluent vers des "troubles des conduites sociales"** ce qui est le joli mot pour parler de délinquance. Un enfant hyperactif dans un milieu non favorable ou qui a été rejeté, descolarisé, a des risques de passer à l'acte

Une notion nouvelle : les symptômes qui marquent encore le TDAH chez un adulte. Non développés ce jour, mais on en parle actuellement.

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT TDAH :

La cause étant multifactorielle, la prise en charge est forcément pluridisciplinaire. Un arrêt de la prise en charge psychologique décidé par thérapeute parce que le médicament a été prescrit, est une décision gravissime que l'on voit pourtant encore aujourd'hui. On préconise au contraire **une prise en charge médicamenteuse, psychologique, pédagogique et éducative.**

✓ *Prise en charge médicamenteuse :*

L'effet de la RITALINE a été découvert en 1937 : les américains ont 70 ans de recul. Le méthylphénidate (c'est le nom de la molécule) est commercialisé sous le nom de **RITALINE** ou de **CONCERTA**. Ce n'est pas un calmant, c'est un excitant de la famille des **amphétamines**. Les parents s'inquiètent, mais on explique que ce n'est pas un effet paradoxal : on donne à l'enfant **un médicament qui, en augmentant sa vigilance, en excitant son système nerveux central, va le rendre attentif à ce qui se passe.** Il ne sera plus parasité par ce qui se passe à côté de lui, il va pouvoir commencer à penser aux conséquences de ses actes, et va se tenir tranquille. C'est efficace directement sur l'attention et l'impulsivité. Secondairement, il profite de ce qui lui est proposé à l'école. Il y a peu **d'effets secondaires** : parfois difficultés à s'endormir ou baisse de l'appétit, ou aussi apparition de tics (on ne le donne pas s'il y des tics) si l'enfant le prend en continu, mais ce n'est jamais le cas dans le service de LYON. Cela peut arrêter la courbe de croissance qui repart quand on arrête le traitement. Sur 800 enfants traités, il n'y a pratiquement aucun effet secondaire constaté alors que ce médicament a mauvaise presse. **75 % des TDAH sont largement améliorés, voire totalement améliorés.** (30% avec un placebo). L'effet est "on/of" : immédiat. Les instituteurs en témoignent, l'enfant est calme et les résultats scolaires suivent. On ne le donne que **les jours d'école**, c'est un traitement sur l'attention pour l'école. Et **seulement quand le déficit d'attention a des conséquences familiales, scolaires, sociales importantes.** Le risque de maltraitance est à prendre en compte pour ces enfants.

✓ *Autres prises en charge :*

- **Psychothérapies**, d'inspiration analytique ou comportementale.
- **Rééducation en psychomotricité et orthophonie.**
- **Traitement institutionnel en internat** si l'enfant est rejeté des établissements.
- **Aide psychopédagogique, conseils...**Le médicament est le catalyseur. Autour de l'enfant des aménagements doivent se mettre en place, à l'école comme à la maison.

CONSEILS AUX PARENTS :

✓ *Renforcement des règles éducatives :*

- Environnement ordonné et organisé
- Respect des parents
- Amour
- Encouragements
- Fermeté bienveillante
- ✓ **Particularités liées au déficit d'attention :**
 - Exigences simples et claires : donner des consignes brèves sans se perdre dans les négociations sans fin.
 - Règlement affiché
 - Eviter les distracteurs (frère et sœur présents quand il travaille, bruit...)
 - Tolérer les débordements mineurs tels que bouger en mangeant ou en travaillant. Il peut bouger en récitant.
- ✓ **Anticiper les situations à risques :**
 - Tout ce qui est routinier tel que l'habillage est pénible : il faut leur faciliter les choses en achetant des vêtements simples à utiliser (scratch aux chaussures etc.)
 - Les groupes. Nécessité de donner la RITALINE avant une réunion de famille, une visite aux grands-parents. L'attention est un terme qui sémantiquement, a un double sens. C'est à la fois une capacité cognitive, un processus intellectuel. Mais c'est aussi prêter attention aux autres. Un enfant qui ne fait pas attention est vécu comme grossier, mal élevé. Les parents sont jugés comme élevant mal leur enfant.
- ✓ **Fractionner les demandes.**
- ✓ **Limiter les excitants :**
 - Jeux vidéo (20mn)
 - Films violents
- ✓ **Favoriser les activités extérieures.**
- ✓ **Dissocier comportement et personnalité :** c'est ton comportement qui n'est pas supportable.
- ✓ **Proposer des trucs :**
 - Time out : l'emmener dans une autre pièce (plutôt que de l'y envoyer) pour lui proposer un jeu calme, lui apprendre à s'autoapaiser pendant une minute par année d'âge.
 - Stop, think and go : chaque fois que tu vas faire quelque chose, tu programmes "Stop, think and go". Cela devient un outil de médiation entre les gens et lui.
- ✓ **Multiplier les intervenants adultes** pour passer la main.
- ✓ **Expliquer le THADA** à la famille.
- ✓ **Avoir des contacts avec l'école.**
- ✓ **Se souvenir**, pour le père, qui souvent avait les mêmes problèmes et pourtant ne supporte plus son fils.

CONSEILS AUX ENSEIGNANTS :

Certains commentaires sur les bulletins sont édifiants : "A touché le fond au 1^{er} trimestre, au 2^{ème} trimestre, creuse encore".

- ✓ Mettre l'enfant près du bureau de l'enseignant.
- ✓ Tolérer une certaine agitation.
- ✓ Travail en petits groupes.

- ✓ Mettre en place des codes : faire un signe quand tu n'en peux plus. Cela crée une certaine complicité.
- ✓ Eviter les doubles tâches.
- ✓ Apprendre à relire de façon fractionnée. Une consigne type "relisez votre dictée" est trop vague. Lui donner le détail : là, tu cherches les fautes d'usage, et maintenant, tu t'intéresses aux verbes etc.
- ✓ Favoriser l'autocorrection.
- ✓ Préférer l'exercice à trous.
- ✓ Ne pas le pénaliser s'il oublie son matériel et surtout pas lui faire copier des lignes.
- ✓ Le solliciter sur les fonctions visuelles. Une consigne donnée oralement à la cantonade n'est pas perçue. C'est l'attention auditive qui est surtout perturbée.
- ✓ Le choisir quand il s'agit d'aller chercher quelque chose chez la collègue, pour lui permettre une pause.
- ✓ Communiquer avec les parents.
- ✓ Encourager.

Sur 10 enfants qui consultent dans le service, 2 sont des TDAH et repartent avec RITALINE et conseils.

Au moins 4 ont des troubles de l'humeur et de la dépression. La RITALINE est un psychostimulant, elle aggrave ces enfants : elle les rend hyperattentifs à ce qui se passe autour d'eux, à ce que dit l'enseignant, elle permet d'inhiber les distracteurs. Mais elle rend aussi hyperattentif à ce qui se passe à l'intérieur. Un enfant anxieux ou dysharmonique, ou déprimé à qui on donne de la RITALINE est encore plus mal.

Si l'enfant est déprimé mais que c'est la conséquence de son comportement hyperactif, la RITALINE, parce qu'elle améliore son comportement, aura comme effet secondairement une baisse de la dépression. Mais si l'hyperactivité est le signe de la dépression, l'enfant se fige, a un visage triste : ce n'est pas une indication.

Dans le service, le médicament est donné le vendredi : les soignants ont le temps de constater s'il y a effet ou pas. Cela évite les mauvaises indications.

La question du diagnostic est donc primordiale : l'instabilité, symptôme de dépression de l'enfant, oui, mais est-ce que l'instabilité est secondaire à la dépression ou au contraire, est-ce que la baisse de l'estime de soi est secondaire, est un retentissement du TDAH, ou encore, est-ce que les deux coexistent... et alors, ça devient très compliqué ! D'où l'importance de **l'anamnèse.**

En France, la dépression de l'enfant est sous-évaluée, chez les instituteurs, les médecins de famille mais aussi chez les psychiatres. Et ceci pour trois raisons :

- ✓ **Le mythe de l'enfance :** on pense que l'enfance est gaie. On associe enfance et insouciance, plutôt qu'avec désespoir ou envie de mourir.
- ✓ **On a tous des souvenirs personnels** de moments de déprime mais pas l'envie de se replonger dedans.
- ✓ **Les symptômes de dépression sont très différents** en fonction de l'âge.

SYMPTOMES DE DEPRESSION :

- ✓ ***En maternelle :*** le symptôme le plus important, le plus souvent rencontré est le **trouble du comportement, hyperactivité, impulsivité, agressivité.**

Un enfant mordeur en maternelle est pratiquement toujours un enfant déprimé.

Si on le punit pour ce comportement, s'installe un cercle infernal. Il essaie, maladroitement, de dire "je ne vais pas bien" au travers de son comportement, mais son message n'est pas compris, l'enfant est sanctionné et cela ne peut que s'aggraver ;

Certains sont tristes, pleurent, ne peuvent quitter leurs parents : c'est aussi un signe. Les **troubles du sommeil, les problèmes d'anorexie/boulimie, et les plaintes somatiques** sont à prendre en compte. Un enfant qui se plaint de maux multiples est souvent déprimé. C'est donc assez atypique. On ne donne bien sûr pas de RITALINE à un tel enfant... et de toutes façons, on ne donne pas de RITALINE avant 6 ans.

- ✓ **En primaire** : l'enfant va plutôt dire "je ne sais pas faire, je ne sais pas dessiner.." ou bien encore "on ne m'aime pas".

Le **vol ou les mensonges** (exemple de celui qui en CE2, s'invente un père pédophile en prison quand ses résultats scolaires sont mauvais), l'agressivité sont des signes. **Les mauvais résultats scolaires, malgré de bonnes compétences intellectuelles** englués dans la tristesse, sont un signe : l'enfant se met dans l'échec scolaire, il peut avoir des problèmes de concentration. S'il avait des troubles instrumentaux, s'il a eu un retard de parole ou de lecture bien corrigés par l'orthophonie en CE2, on peut voir réapparaître en CM2 des troubles de la lecture. Il relève alors d'un suivi psychothérapeutique et non pas orthophonique.

DIAGNOSTIC :

- ✓ **Anamnèse** : Il faut explorer les différentes causes.

Reprendre d'abord l'histoire . Certains TDAH bougeaient déjà plus in utero, d'autres ont été exclus de la crèche. Ils marchent souvent vers 10 mois. En maternelle, certains étaient mis dans une autre classe le jour de l'inspection.

L'examen montre bien qu'ils bougent toujours. On recueille les précieuses observations des enseignants.

- ✓ **Observation de l'enfant** :

L'examen montre bien qu'ils bougent toujours.

- ✓ **Recueil des informations** : école, maison, courriers, échelles de comportement.

- ✓ **Echelles de comportement** :

On se sert d'outils, des échelles venues du Canada. (En 1995, a fait un DEA au Canada où ces échelles de comportement étaient utilisées depuis longtemps).

- **Echelle d'ACHENBACH** : child behaviour comporte 113 items.

C'est un peu long mais assez pertinent. Les domaines interrogés par cette échelle sont les comportements agressifs, les comportements délinquants, les problèmes d'attention, les problèmes de pensée, les problèmes sociaux, l'anxiété et la dépression.

- **Echelle de CONNERS** est remplie par les parents, les enseignants.

L'échelle de Connors devrait être connue de tous. Elle comporte 10 items, il faut quelques minutes pour la remplir. Un questionnaire rempli par la maîtresse et qui se révèle positif (supérieur à 15) ne dit pas pourquoi l'enfant est hyperactif, mais me dit que la personne qui a rempli le questionnaire le considère hyperactif. Un score supérieur à 15 est très évocateur. On accorde de 0 à 3 points par item.

On met ensuite en perspective l'échelle des parents, celle des enseignants. Si il existe un décalage entre les différentes échelles, c'est que le trouble n'est pas constitutif, mais que le problème se situe seulement à l'école, par exemple, et qu'il s'agit d'un enfant dys ou précoce ou déficient qui n'a pas été dépisté. Si le résultat est supérieur seulement pour l'un des parents, c'est que le problème se situe avec ce parent.

- ✓ **Le neuropsychologue** (la formation des neuropsychologues, en France, se fait uniquement à la faculté de CHAMBERY) soumet l'enfant à **des tests d'efficience intellectuelle qui donne son QI** pour rechercher une précocité éventuelle ou un effondrement des items spécifiques de l'attention. On parle de profil SCAD : quand les items symboles, code, arithmétique, cube mémoire sont particulièrement touchés.

Il le soumet à des tests d'attention, afin de dire si tel enfant a des compétences attentionnelles normales pour son âge ou son QI.

Exemple d'un enfant précoce et hyperactif, qui a d'excellents résultats aux épreuves d'intelligence, mais moins bons aux épreuves qui demandent de l'attention. **C'est la comparaison entre les épreuves classiques et les épreuves attentionnelles qui est révélatrice.**

Des tests spécifiques examinent l'attention. Il existe plusieurs types d'attention :

- **L'attention sélective** permet d'inhiber les distracteurs pour se concentrer sur la source d'informations, sans être parasité.

Un test tel que le **test de Stroop** (il s'agit, non pas de lire le mot lui-même –rouge, bleu, vert – mais de dire le plus vite possible la couleur de l'encre utilisée) permet de tester cette attention. Attention au dyslexique TDAH qui va réussir cette épreuve parce que la lecture du mot lui est difficile et il lui est plus évident d'annoncer la couleur de l'encre.

- **L'attention partagée** est une capacité de faire deux choses en même temps. Par exemple, quand la maîtresse parle, je peux écouter et recopier.

Le **Trail making test** permet d'évaluer l'attention partagée.

- **L'attention soutenue (test des barrages ou épreuve code du WISC)** permet de poursuivre une tâche sans lâcher.

Parmi les fonctions exécutives, **la flexibilité mentale** permet d'aller au but mais en même temps de critiquer ce que l'on fait.

Pour tous ces niveaux de fonctionnement il existe des tests.

- ✓ **Quand on a un doute, les tests de personnalité, établis par les psychologues cliniciennes, cette fois, vont nous renseigner sur le fonctionnement psychique.** Il s'agit du "**Patte noire**" ou du "**Rorschach**". Patte noire est un petit cochon qui a une tache. **C'est un test projectif** : l'enfant va projeter son histoire sur l'histoire de Patte noire. Ça permet de mettre en perspective la réalité et l'imaginaire de l'enfant. Si son imaginaire est bien dissocié de la réalité, les réponses seront adaptées. S'il est complètement envahi par son imaginaire, cela va transparaître, de même s'il est déprimé.

Exemple de trois enfants viennent la même semaine avec le même symptôme : agressivité et hyperactivité, même QI entre 100 et 110, même âge, 8 ans et échec scolaire. **Le premier** : "il a bien roulé ses parents, Patte noire, il s'est caché et maintenant que tout le monde dort, il va sortir avec ses copains". Pas de trouble dépressif chez lui.

Le deuxième enfant : "il est foutu, Patte noire, il est tombé dans le piège tendu par le boucher qui veut en faire du saucisson. On pourra même pas manger le saucisson, il sera mauvais à cause de la tache noire". Baisse de l'estime de soi, dépression.

Le troisième enfant, dysharmonique : "il est tombé dans un encrier géant, la patte est en train d'aspirer l'encre qui va lui sortir par les oreilles".

En conclusion :

L'évaluation doit être globale et la prise en charge pluridisciplinaire.

D'autres médicaments peuvent être prescrits : la RITALINE ou le CONCERTA pour les TDAH, pour les dysharmoniques, le RISPERDAL, et pour les troubles de l'humeur le LAROXYL. D'autres molécules vont apparaître. Pour tous, il existe une solution. La solution médicamenteuse n'est jamais isolée. Mais quand un enfant souffre à cause de son hyperactivité, qu'il est en danger, c'est dommage de ne pas lui donner transitoirement un médicament. Pour une durée de trois mois, par exemple. On apaise l'enfant, on soulage l'enfant et sa famille. Alors on peut commencer à travailler avec la psychothérapie, les rééducations, la guidance parentale.

En conclusion, l'instabilité, l'hyperactivité, c'est :

- ✓ **Un symptôme** qui peut appartenir à plusieurs syndromes.
- ✓ **Une notion de terrain** qui existe au départ,
- ✓ Et qui rencontre **un environnement particulier.**
- ✓ **Un enjeu diagnostic/thérapeutique :** il est urgent de faire un diagnostic pour mettre en place une thérapeutique adaptée
- ✓ **Un risque :** 1/3 de ces enfants évoluent vers la délinquance
- ✓ La seule approche correcte est **neuropsychiatrique :** il faut explorer ce terrain neurobiologique et évaluer ce que les parents ont fait de ce terrain.
- ✓ Avec cette approche globale, la polémique est périmée, d'un autre siècle.

QUESTIONS DE LA SALLE :

- ✓ ***On ne peut faire de dépistage du TDAH avant 6 ans ? Et pour un enfant pour lequel on a dit avant 6 ans qu'il ne s'agissait pas de TDAH, est-ce qu'on peut se reposer la question après 6 ans ? Et faut-il le faire dans le même centre (le Centre de dépistage des troubles de l'apprentissage du CHU de Grenoble) ?***

On ne peut en faire le diagnostic avant 6 ans. C'est trop tôt, pour diagnostiquer avant 6 ans, pour différentes raisons. Un enfant, c'est plastique. Pour le petit Clément vu dans le film, les conseils, l'aide psychologique peuvent régler le problème. A l'inverse, pour un enfant pour lequel on n'avait pas pensé à un TDAH avant 6 ans, les choses peuvent apparaître au moment où les contraintes scolaires deviennent plus élevées : écouter, copier, se tenir tranquille... Si vous avez consulté dans un centre "ouvert", où on pense que le TDAH existe, alors il faut consulter au même endroit... et le Centre de Grenoble est complètement habilité à le faire !

- ✓ ***C'est trop tôt pour faire le diagnostic avant 6 ans, mais est-ce que c'est trop tôt pour donner de la RITALINE ?***

Je me suis mal exprimé. A la limite, ce n'est pas trop tôt pour faire le diagnostic de TDAH, mais c'est trop tôt pour donner de la RITALINE. L'autorisation de mise sur le marché de ce médicament n'est pas avant 6 ans.

- ✓ ***La question des délais ? Il existe un problème institutionnel pour la prise en charge de ces enfants. Quand ils sont vus, ils ont déjà doublé une classe, sont déprimés, les parents séparés...***

Oui, mais c'est aussi parce que des lieux où ces enfants pourraient trouver une aide ne la donnent pas. Ces évaluations pourraient se faire dans les CMP de chaque quartier. Le Centre de référence à l'hôpital est là pour les cas sévères : on ne traite pas tous les dyslexiques au Centre de référence, on n'y évalue pas tous les dysphasiques. Une des raisons de ma venue ici, c'est de motiver les professionnels pour créer des réseaux en amont pour qu'on ne voit dans les Centres de référence que les formes très complexes. L'instauration d'un traitement de la RITALINE peut se faire en CMP ou dans un hôpital comme le vôtre, bien sûr.

- ✓ ***Encore faut-il que le diagnostic soit validé, on peut se tromper. Et dans les CMP, c'est un coup oui, deux coups non.***

C'est à cela qu'il faut travailler ensemble : mettre en place des protocoles. Les cliniciens, orthophonistes, pédiatres, médecins généralistes qui avez des années d'expérience auprès d'enfants, êtes aussi à même que nous de poser le diagnostic et de traiter.

Prescrire, c'est presque un test thérapeutique.

- ✓ ***A part le N., il n'y a aucun médicament qui marche comme ça en pédiatrie.***

Effectivement, c'est vraiment un médicament magique. Le RISPERDAL aussi. Quand vous avez un doute, à partir de 5 ans, vous donnez de faibles doses de RISPERDAL et vous avez un résultat remarquable quelle que soit l'origine, chez un enfant dysharmonique, dépressif ou TDAH.

- ✓ ***Ma fille hyperactive a eu différents traitements, dont le RISPERDAL qui l'a rendue dépressive. La RITALINE qu'elle prend maintenant la rend bien.***

C'est quelle ne relevait pas du RISPERDAL.

- ✓ ***Pourtant c'est un spécialiste comme vous qui avait décidé de changer. On a l'impression que nos enfants servent de cobaye. On est démuni. Le CMP de GRENOBLE nous a dirigé vers l'hôpital de jour. Par hasard on a consulté un de vos collègues qui a prescrit un médicament et nous a renvoyé au CMP pour une psychothérapie. Au CMP, on a refusé du fait de la RITALINE...On perd du temps. La scolarité devient impossible, on est traités de mauvais éducateurs.***

Comment faire pour que tous les médecins aient la bonne information ?

J'ai écrit un livre, il sort demain ! **"Même pas grave, l'échec scolaire, ça se soigne"**. Il traite de la dyslexie, la dysphasie le déficit d'attention, la précocité, les TOCS, la dépression etc. A l'usage de tous avec des fiches pour les enseignants, les parents... et les adresses utiles. C'est une des missions des centres de références que de diffuser ces notions, pas dans le conflit mais dans une démarche médicale honnête : on n'est pas tout puissant. Quand je dis "même pas grave", c'est une façon de dire que l'échec scolaire ne devrait pas être grave et ça devient abordable quand vous tombez sur des thérapeutes humbles, qui sont capables de dire "on ne sait pas, on n'a pas d'a priori théorique".

On ne dit pas d'emblée "ça c'est un petit dernier que sa maman ne veut pas laisser grandir" ou "celui-ci est mal élevé" ou encore "celui-ci est trop cocooné" : on ne sait pas.

Tant qu'on n'a pas déroulé au fil de la semaine le bilan, à l'issue duquel des gens m'ont dit "il y a, ou il n'y a pas de déficit de l'attention, il y a ou pas une dyslexie, il y a ou pas une dépression", je ne sais pas. On ne règle pas des comptes personnels, on est humble. Et pour être efficace, on part sans a priori théorique. C'est au bénéfice de l'enfant. On peut se tromper, on revient sur ce qu'on a dit, on a une flexibilité mentale qui nous permet de se remettre en question.

- ✓ ***Mon fils est épileptique et hyperactif . Le pédopsychiatre nous permet de donner le CONCERTA le week-end parce qu'on était en rupture familiale. Qu'en pensez-vous ?***

De plus en plus, il y a une mode : les américains, les parisiens et les parents de l'association "Hyper-Super" (qui m'en veulent et qui disent : "Est-ce que vous enlèveriez ses lunettes à un myope le week-end ?") voudraient qu'on donne le traitement en permanence.

La RITALINE c'est une amphétamine, si vous la prenez tous les jours, vous vous accoutumez, avec le retentissement sur la croissance et avec l'obligation d'augmenter les doses. J'en étais persuadé et cela m'a été confirmé. A LYON, depuis qu'il y a INTERPOLE, des américains ont été mutés là. Ils viennent chercher la RITALINE de leur enfant. Ils ne comprennent pas qu'on ne l'achète pas "chez le boulanger" et sont furieux que ce soit aussi

compliqué. Ils ont déjà 3 RITALINE matin et midi, parce qu'à force de le donner tout le temps, ça marche moins bien. Je ne renouvelle jamais ces ordonnances.

Je suis persuadé que ces enfants ont un terrain, mais aussi un environnement. Si on l'a trop stimulé ou si on ne lui a pas mis de cadre, les choses s'aggravent. Tous les conseils psychopédagogiques sont fondamentaux. Si on donne le traitement aussi le weekend, (et je ne parle pas pour vous dont l'enfant est aussi épileptique), on risque de faire l'économie de notre remise en question. C'est pourtant fondamental qu'il y ait aussi un changement dans la façon d'appréhender l'enfant. Pendant les fenêtres du weekend, on retrouve l'enfant à l'état "pur" et on essaie de trouver ensemble des trucs pour s'adapter à lui.

- ✓ ***J'en ai tellement bavé pendant 6 ans, que j'appréhende : le matin avant l'effet du CONCERTA, je suis déjà épuisée et je ne suis pas prête à le voir sans médicament le weekend.***

Votre enfant prend aussi la DEPAKINE ? Vous savez que la DEPAKINE peut être un facteur qui aggrave l'hyperactivité. C'est fondamental qu'il ait la DEPAKINE parce que, en plus c'est ce qui lui évite l'effet nocif de la RITALINE sur son cerveau, mais c'est vraiment là un cas particulier.

Il m'arrive de le prescrire sans interruption, mais je demande quand même qu'il y ait une petite coupure, un des deux jours du week-end par exemple.

- ✓ ***Est-ce que l'épilepsie est gênante pour faire le diagnostic de l'hyperactivité ?***

Non.

Si l'enfant est un épileptique connu avec encore des signes sur l'électroencéphalogramme, je ne donne la RITALINE que s'il y a le traitement antiépileptique.

- ✓ ***Est-ce qu'il y a un âge limite pour faire un dépistage correct ? Pour un adolescent de 15 ans ?***

C'est toujours temps de le faire, à 18 ans, à 25 ans. Faire le diagnostic permet à l'enfant de comprendre pourquoi c'était si dur autrefois pour lui.

- ✓ ***Dans les causes possibles, vous n'avez pas cité la précocité ? Ce sont pourtant des enfants très actifs.***

Pour moi c'était inclus dans "les troubles de l'apprentissage".

C'est vrai, la précocité est une source d'hyperactivité. Cette hyperactivité disparaît quand l'enfant arrive à la maison. Elle est maîtresse-dépendante, c'est à dire qu'avec certains enseignants, ça se passe mieux qu'avec d'autres. L'enfant précoce a un QI supérieur à 130. Mais de plus en plus, on ne considère plus cela comme important. La précocité c'est surtout une sensibilité particulière, une intuition et une empathie, une capacité à comprendre ce que les autres ressentent, une capacité à prévoir ce qui va se passer, qui fait que ces enfants très intelligents ressentent très tôt, beaucoup trop tôt, toutes les émotions d'autrui, et en particulier quand les copains ne les aiment pas, quand les parents ne sont pas disponibles psychologiquement, quand la maîtresse ne les supporte pas : c'est là qu'ils bougent. Le premier conseil à donner c'est d'expliquer à la maîtresse qu'il bouge parce qu'il s'ennuie, (enseigner c'est répéter, et l'enfant précoce est déjà ailleurs) et il faut donc lui donner des choses à faire, à préparer, en bibliothèque dans le fond de la classe. Il faut que la maîtresse soit attentive à ce qu'elle ne supporte pas chez lui et qu'elle puisse le dire.

Il existe en effet une comorbidité entre précocité et déficit d'attention. Ces enfants à la fois précoces et hyperactifs relèvent de la RITALINE.

- ✓ ***Existe-t-il des degrés dans l'hyperactivité ?***

Oui. Quand c'est un degré faible, on ne prescrit pas de RITALINE, ou à dose faible, et sûrement pas le week-end. On traite à partir du moment où il y a une souffrance : quand l'enfant se plaint d'être nul, de ne pas avoir de copains, de ne pas travailler en classe. Certaines formes sévères ne sont pas traitées à la RITALINE parce que l'enfant est précoce, a des capacités relationnelles qui lui permettent de contourner son problème, alors que le seront certaines formes en apparence plus légères mais pour lequel le retentissement psychique est plus important.

✓ ***Est-ce qu'on aura le même point de vue que le votre si on s'adresse au CHU de GRENOBLE ?***

Oui. Annie LAURENT a le même point de vue.

✓ ***J'ai une enfant en CE1 qui dégringole scolairement cette année, qui ne présente pas l'agitation que vous décrivez mais qui a un énorme trouble de concentration pour lequel l'école m'alerte depuis la maternelle.***

Il faut demander un bilan neuropsychologique. Elle rentre sûrement dans cette catégorie des TDAH. A partir de la classification de TDAH, que j'ai bien appelé multidimensionnel, pour entrer dans le diagnostic de TDAH, il faut au moins 6 symptômes d'inattention ou au moins 6 symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité. Vous entrez donc dans le cadre du TDAH si vous êtes une petite fille tranquille mais que vous présentez tous les signes d'inattention. C'est bien le problème des filles.

✓ ***Ma fille a 6 ans et on commence à parler de déficit d'attention. A l'hôpital de GRENOBLE, on m'a dit qu'il fallait attendre l'âge de 7 ans. Qu'est-ce qui permet d'alerter les parents d'une fille qui présenterait un trouble de l'attention ?***

On peut dépister très tôt le déficit d'attention.

L'échec scolaire injustifié chez une fille qui a un quotient intellectuel normal et qui travaille est un signe d'appel. Elle peut être en échec et ne pas en souffrir, mais on lui fait passer les tests, pour qu'elle comprenne de quoi il s'agit. C'est l'enfant qui va dire si elle en souffre. Il y a trois formes de TDAH : inattentive pure, la forme hyperactive impulsive et la forme mixte. Les filles sont beaucoup plus dans la forme inattentive pure. Les filles ont plus de facilités à s'adapter au système scolaire (même en médecine on fait cours à des filles et des garçons en 1ère année mais les garçons ont disparu en 2^{ème} année parce qu'ils n'arrivent pas à rédiger).

✓ ***Je suis enseignant en lycée. J'ai un élève en Terminale qui se dévalorise, pense qu'il est nul. Il a 20 ans, un QI à 140. Les enseignants sont démunis. Il a fait deux Secondes, deux Premières, deux Terminales.***

Les enseignants ne le savent pas, parce qu'on ne le leur a pas appris : on ne fait pas redoubler un enfant précoce. Il a déjà du mal à travailler. Quand il lit son texte, il le comprend de façon tellement fulgurante qu'il croit qu'il le sait. Il ne sait pas apprendre parce que cette façon de traiter l'information, ils l'a depuis tout petit. Ça marche en primaire, ça se gâte en 6^{ème} et ça plonge en 5^{ème} : plus on lui demande comment il a fait pour trouver le résultat, plus ça lui paraît idiot et moins il le fait. On finit par le faire redoubler, l'obligeant ainsi à réentendre les choses alors qu'il déteste la routine, il se braque, devient dépressif. Le risque suicidaire existe comme chez tous les adolescents désenchantés.

✓ ***Quelle est la fiabilité du QI ?***

Le QI, c'est un cliché de ce que l'enfant a bien voulu nous montrer à un moment donné. Il peut y avoir des faux négatifs. Un QI bas n'élimine pas une précocité ou une intelligence normale. Un QI haut faux c'est impossible. Comme dit Woody Allen, c'est plus facile pour un

intelligent de faire le débile que l'inverse. Néanmoins il faut voir comment le QI a été fait. On fait confiance à 100% à la majorité des psychologues... mais j'en connais un qui surcôte les QI. Surcôter un QI c'est donner l'obligation morale à l'enfant de réussir. Un don c'est quelque chose qu'on a eu sans rien avoir à faire pour l'obtenir. Quand on vous avez l'obligation morale de réussir parce que vous êtes très intelligent ou qu'on vous a dit que vous êtes très intelligent, et que vous êtes en échec, c'est là que le risque dépressif est majeur.

✓ *Cet élève là, on lui dit qu'il est intelligent et il ne le croit pas...*

Il faut peut-être refaire le QI. Il faut lui faire remarquer que redoubler, ce n'est pas dramatique : la vie ne se résume pas à la réussite scolaire. Chercher avec lui quels sont ses autres centres d'intérêt. S'il rate son bac, il déçoit tout le monde : il faut le revaloriser sur autre chose.

✓ *A partir du moment où on constate que quelque chose ne va pas et le moment où des bilans seront faits, comment gérer le quotidien ? Sur quelles pistes s'appuyer ?*

Les médecins généralistes et les pédiatres font un énorme effort de formation. Conscient du caractère gravissime des délais d'attente dans le service, j'ai fait une permanence téléphonique le lundi matin : quiconque peut m'appeler de 10h à midi pour débrouiller les choses. A cette occasion, quand ce sont des parents qui appellent je leur demande s'ils en ont parlé à leur médecin. C'est rarement le cas.

Le médecin peut lui aussi, ensuite, trouver des interlocuteurs locaux pour l'aider au diagnostic... ou m'appeler et ensuite, prescrire.

✓ *Et quand on vous renvoie chez vous après deux ou trois questions en vous disant "il est turbulent, ça va passer" ?*

Il n'est pas encore en CP ? Alors tout peut arriver ! Il sera peut-être très intéressé par le CP, alors que ce qui se fait en maternelle, ça le gonfle. C'est pour ça qu'on ne traite pas avant 6 ans. Il est suivi par une psychomotricienne ? C'est parfait !

✓ *Vous semblez dire qu'il y a une certaine homogénéité des prénoms chez les hyperactifs ?*

Est-ce que vous même (le pédiatre) et les enseignants, constatez que les Kevin et Brian sont plus durs que les autres ?

L'hyperactivité, c'est la rencontre d'un terrain et d'un environnement. Et c'est d'ailleurs ce qu'on dit actuellement pour toutes les pathologies pédopsychiatriques : la dépression, les TOCS, la schizophrénie etc. Contrairement à ce que pensent encore certains psychologues, ce n'est pas uniquement la relation avec les parents qui est en cause. Contrairement à ce que pensent certains neurobiologistes, la dépression ou la schizophrénie, ce n'est pas purement génétique. On a un terrain neurobiologique qui nous prédispose à être déprimé ou schizophrène ou à avoir un cancer du poumon. Ensuite, l'environnement intervient : si on ne fume pas, on ne développera pas le cancer du poumon. Si on fume et qu'on a le terrain, on le développera. Si on fume et qu'on n'a pas le terrain, on ne le développera pas.

Si on a un terrain à être dépressif et que les événements de la vie nous amènent à des pertes, des deuils, on aura de forts risques de plonger dans la dépression. On peut avoir un terrain avec un cortex préfrontal immature et moins bien établi que le reste du cortex, on a déjà cette vulnérabilité-là pour des raisons génétiques ou périnatales. Les pédiatres connaissent bien ces naissances acrobatiques avec une souffrance néonatale, ou les grands prématurés qui sont souvent plus hyperactifs que les autres. Ensuite l'enfant peut avoir des parents qui le cadrent avec un rythme de vie structuré, sans tolérance du moindre dérapage : l'enfant a beau tester le cadre...

Si par contre, l'enfant a tendance à bouger, parce que c'est génétique, et que ses parents ont toujours eu envie d'avoir un "petit dur", qu'ils lui ont donné le prénom de "l'île de la

tentation", Brandon, ou de héros nord-américains, il y a de fortes chances que ce terrain rencontre des parents qui, consciemment ou pas vont encourager la tendance. L'employée de mairie que j'interrogeais sur son acceptation du prénom choisi pour mon fils, Jim, m'a annoncé qu'elle venait d'enregistrer "Starky et Hutch" : ils ont intérêt à avoir un cortex préfrontal en béton !

✓ ***Quel est l'avenir scolaire de ces enfants ? Faut-il les orienter très tôt dans la mesure où ils travaillent quand ils sont intéressés ?***

C'est vrai pour les précoces, mais pas pour les hyperactifs.

L'école idéale pour les enfants hyperactifs, l'école idéale pour les enfants dyslexiques, celle pour les enfants précoces, c'est l'école de leur quartier pour qu'ils puissent avoir des copains de proximité. C'est à l'école de s'adapter à eux, avec des aménagements pédagogiques. Pour les enfants hyperactifs, c'est particulièrement difficile parce qu'ils sont facilement rejetés. Quand c'est trop difficile, il existe ce qui s'appelait les IR (Institut de rééducation) et maintenant les ITEP (Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique): des écoles spécialisées pour des enfants d'intelligence normale mais avec des problèmes de comportement. Quand on fait la preuve qu'un enfant a un déficit d'attention, il bénéficie du tiers temps.

✓ ***Question sur l'utilisation de la RITALINE pour les enfants dysphasiques.***

Beaucoup de dysphasiques ont des troubles de l'attention. C'est un tel coût de compenser la dysphasie que l'enfant a des troubles attentionnels. Grâce à la RITALINE, en augmentant l'attention, on améliore les performances langagières. De même chez les dyslexiques, et surtout ceux qui ont un trouble visuoattentionnel, je prescris de la RITALINE pour augmenter l'attention, et ceci même s'ils n'ont aucun trouble du comportement. On met en évidence chez eux la présence ou pas de troubles de l'attention avec les épreuves du QI et les tests neuropsychologiques.

✓ ***Sur le long cours ?***

Pour les américains, les parisiens et quelques lyonnais, la prescription est pour plusieurs années. Je pense que ce n'est pas une bonne chose et je me bats contre ça. Ce traitement est un inducteur, mais pas un traitement de fond. Il est rare que je le donne plus d'une année. On fait une interruption par exemple pendant les vacances et on laisse passer quelques mois. Si c'est infernal, on se téléphone lors de la permanence téléphonique et on peut prescrire à nouveau. Aucun enfant n'a gardé ce médicament plus de 2 ans, 3 ans maximum.

Le sevrage est hebdomadaire, tel que je le prescris : l'enfant l'arrête tous les week-ends, 15 jours à Noël, 15 jours à mardi gras, 15 jours à Pâques, l'enfant apprend à s'en passer.

Quand l'enfant a pu voir toute la semaine qu'il n'est pas si nul, il peut affronter le week-end différemment. Par contre que va penser un enfant et a fortiori un adolescent qui a vu que, quand ça n'allait pas, il y avait une seule solution : la solution chimique ? Au plein cours de l'adolescence, quand ça ira mal, il aura recours au chimique. C'est ouvrir la porte à d'autres addictions.

Ceux qui critiquent la RITALINE, et en particulier l'église de scientologie, disent qu'elle rend toxicomane. C'est faux. C'est la pathologie causale qui rend toxicomane. Le TDAH, avec son impulsivité et son manque de jugement, rend toxicomane. Il a été prouvé que la RITALINE ne rend pas toxicomane. Mais pour autant, ce n'est pas une bonne réponse de montrer à un enfant que la seule réponse est médicamenteuse. Dans les années à venir d'autres choses vont apparaître et exploser et en particulier, l'alimentation. Le fer : à PARIS, il a été dit que les enfants qui ont un déficit en fer sont hyperactifs. Je dose systématiquement le fer chez les enfants hyperactifs, beaucoup ont un déficit pour lequel on les traite, avec ou sans RITALINE. Les résultats ne sont pas flagrants. Les oméga 3 : une des hypothèses de Servan

Schreider serait que les filles se nourrissent mieux et ont moins de déficit en omégas 3. Je vais lancer une étude sur les omégas 3 dans mon service.

Chez les suisses allemands, une énorme étude a porté sur une allergie aux phosphates et en particulier à la lécithine. Un livre, "La drogue cachée" propose une diète sans phosphate et sans lécithine. J'ai proposé à certains enfants cette diète. Rien de probant si ce n'est que les enfants ont pris en charge cette diète en vérifiant si les aliments bannis (ketchup, mac do, chocolat...) figuraient dans leurs aliments. L'enfant reprend alors le contrôle de son symptôme et de sa prise en charge et c'est bien.

Sans tomber dans la charlatanerie, il ne faut rien exclure. On ne propose pas aux parents d'essayer des choses coûteuses, comme ça a pu être le cas pour la dyslexie, par exemple. On ne va pas découvrir que les troubles de l'alimentation sont la cause de l'hyperactivité, mais qu'il s'agit d'un facteur supplémentaire.

✓ ***Comment faire le tri en tant que parent, entre toutes ces pistes ?***

Il faut essayer ce qui ne vous coûte pas cher, qui n'est pas astreignant pour l'enfant et qui n'est pas dangereux, et ce à quoi vous croyez. Si vous croyez à l'ostéopathie crânienne, allez-y, j'ai vu des résultats et ce n'est pas dangereux. Si vous croyez qu'en lui mettant des prismes et des semelles, ça va aider votre enfant, allez-y parce que j'ai vu des résultats, ce n'est pas dangereux et le Dr QUERCIA n'en fait pas une affaire financière.

Je suis le seul, dans les centres du langage à donner aux enfants du NOOTROPIL aux enfants dyslexiques : tout le monde rit quand j'en parle. J'en donne à doses importantes. C'est un "oxydateur cérébral". Ca leur apporte une rapidité d'expression, de compréhension, une fluidité, comme indiqué dans le VIDAL. Il n'a pas d'effets secondaires. Certains parents disent ne pas voir les effets et arrêtent de le donner... mais reprennent très vite ! Si vous avez un enfant dys, demander à votre pédiatre de le prescrire à votre enfant et vous verrez...

✓ ***Questions sur les possibilités autres que la RITALINE pour améliorer l'attention.***

Quelques neuropsychologues font de la rééducation de l'attention, ce n'est pas remboursé. Certaines orthophonistes le font également.

✓ ***Mon enfant est soupçonné d'hyperactivité. J'ai bien compris qu'un bilan neuropsychologique était à prévoir. En attendant, faut-il lui proposer un sport individuel plutôt qu'un sport collectif où il est rejeté et en souffrance ?***

C'est important qu'il fasse un sport collectif pour apprendre les règles dans un contexte non scolaire. Il lui faut un sport qu'il aime et où il est assez compétent pour ne pas être exclus.

✓ ***Est-ce que la RITALINE a un effet d'entraînement sur l'attention ?***

Non. C'est comme l'aspirine : quand vous le prenez, vous n'avez plus mal à la tête. Avec la RITALINE, vous allez mieux mais quand vous arrêtez, il n'y a plus d'effet.

✓ ***Alors pourquoi on arrête le traitement au bout d'un an ? Avant la RITALINE, il n'apprenait rien, maintenant il apprend. Si on me dit dans un an il faudra arrêter...***

On estime que le fait d'avoir pris de la RITALINE le réconcilie avec l'école, avec les copains et avec lui-même. Cela lui laisse le temps de mettre en place toutes les stratégies pédagogiques, tous les trucs comme les check listes, la planification, l'organisation qu'il faudra bien qu'il apprenne un jour. Si l'année ne suffit pas, on peut continuer la RITALINE mais ce n'est pas satisfaisant sur le plan médical.

Les dyslexiques parmi nous, on sait qu'on l'est toujours. On ne poursuit pas l'orthophonie toute notre vie. On a, en dehors de l'orthophonie, trouvé des moyens, des stratégies.

Pour la RITALINE, c'est pareil. On évite de rester sur le bord de la route à cause de ce déficit de l'attention, mais rapidement on trouve une autre solution, parce que c'est quand même une amphétamine et un enfant n'est pas fait pour prendre un médicament.

Un enfant ou un adolescent ne râle jamais pour prendre la RITALINE comme ils le font pour leur DEPAKINE ou autre traitement.

✓ ***Question sur la thérapie systémique et sur la thérapie analytique.***

La thérapie systémique considère la famille comme un système et apprend à modifier les comportements. Quand l'hyperactivité a complètement perverti les relations familiales, quand l'enfant est désigné comme le bouc émissaire, quand les parents se reprochent l'un à l'autre leur éducation, c'est une bonne chose... mais pas pour tous les enfants.

Le livre noir sur la psychanalyse a amené beaucoup de questions, de même que le rapport de l'INSERM ou l'histoire des psychotropes.

La psychanalyse est un outil extraordinaire. Son principe : à travers la compréhension de l'inconscient, faire table rase des défenses de l'enfant ou de l'adulte, tout remettre à zéro et reconstruire. Certains ont vraiment besoin de ce système là.

Si vous avez un petit jardin avec dans un coin des mauvaises herbes, vous avez le choix entre faire venir une pelleteuse et tout casser pour refaire le jardin, il sera magnifique dans 6 mois, et, si les mauvaises herbes sont très localisées, prendre une petite pioche et préserver le reste du jardin.

La psychanalyse c'est un outil qui, dans certains cas va sauver le patient. Mais son utilisation n'a pas à être systématique. Ce serait une faute grave, comme dans l'exemple d'une personne agoraphobe qui ne peut plus sortir de chez elle : elle ne va pas attendre trois ans pour sortir de chez elle. De même l'enfant hyperactif ne va pas attendre trois ans pour comprendre, alors qu'il souffre.

Dans certains cas, une thérapie analytique sera indispensable, parce qu'au delà du déficit d'attention, il y a un problème psychoaffectif, dans d'autres cas la thérapie analytique sera un facteur d'aggravation.

✓ ***Quand on habite à la campagne, vers qui on peut se tourner pour l'ensemble des suivis ?***

Votre médecin peut assurer le renouvellement de l'ordonnance de RITALINE tous les trois mois et au bout d'un an il faut revoir le médecin qui a été à l'origine de la prescription.

Les enfants hyperactifs n'ont pas tous besoin d'un suivi psychologique. Mais si c'est le cas, les antennes de CMP existent.

✓ ***Un bilan neuropsychologique de qualité peut se faire en ville ?***

Bien sûr. Le problème, c'est le coût : 250€. Et ce prix est justifié parce que c'est très long.

En ville, à LYON, CHAMBERY, ANNECY et surtout à GRENOBLE, qui est La MECQUE de la neuropsychologie, vous pouvez avoir demain un rendez-vous pour bilan neuropsychologique et vous savez si votre enfant a un déficit d'attention ou pas.