

LES TROUBLES HYPERACTIFS AVEC DÉFICIT D'ATTENTION (THADA) - Recommandations

Professeur Hans-Christoph Steinhausen
et Dr Michel Bader

Que signifie THADA ?

LE CONCEPT DE TROUBLE HYPERACTIF AVEC DÉFICIT D'ATTENTION A ÉTÉ DÉFINI AUX ETATS-UNIS (ADHD, THADA EN FRANÇAIS). IL SE MANIFESTE PAR L'ASSOCIATION DE TROIS GROUPES DE SYMPTÔMES : **L'HYPERACTIVITÉ, LE TROUBLE DE L'ATTENTION ET L'IMPULSIVITÉ.** EN EUROPE ET DANS LE RESTE DU MONDE, CE TROUBLE EST DÉCRIT SOUS LE CONCEPT DE TROUBLE HYPERKINÉTIQUE. LES DÉFINITIONS DES THADA ET DES TROUBLES HYPERKINÉTIQUES SONT PROCHES. CEPENDANT, LE DIAGNOSTIC DE THADA EST PLUS FACILEMENT ET PLUS FRÉQUEMMENT POSÉ, ALORS QUE CELUI DE TROUBLE HYPERKINÉTIQUE CORRESPOND À DES CRITÈRES PLUS RESTRICTIFS.

Les caractéristiques centrales de l'hyperactivité, du trouble de l'attention et de l'impulsivité sont évaluées par l'observation détaillée de l'enfant. Ces symptômes sont décrits plus loin dans les annexes 1 à 3. Le diagnostic de THADA comporte la présence d'un nombre précis de critères qui sont observables de façon marquée. Ce diagnostic doit être établi par un spécialiste expérimenté dans ce domaine.

Comme ces symptômes peuvent se trouver de manière moins marquée et transitoirement chez de nombreux enfants qui ne présentent pas un THADA, les symptômes caractéristiques doivent comporter également les critères suivants :

- Les troubles doivent entraîner une gêne significative par rapport à des enfants de même âge et possédant une intelligence normale.
- Les troubles doivent avoir commencé avant l'âge de 7 ans, et gêner l'enfant dans au moins

deux situations, comme par exemple à l'école, dans la famille ou dans les loisirs.

- Les troubles doivent durer depuis plus de 6 mois au moins.

L'approche nord-américaine distingue trois sous-types de THADA selon le degré de présence des symptômes :

- un type mixte combinant déficit de l'attention et hyperactivité
- un type où le déficit d'attention est prédominant
- un type où l'hyperactivité-impulsivité est prédominante.

Le concept de Trouble hyperkinétique ne comporte pas ces distinctions et ne prend en considération que la présence ou l'absence de l'association avec un trouble des conduites (p. ex. conduites agressives, comportements sociaux).

Le concept de Syndrome psycho-organique infantile (SPO infantile) est encore utilisé en Suisse, mais il n'est pas superposable avec le concept de THADA. Le THADA concerne des caractéristiques observables chez les enfants, tandis que le concept de SPO infantile décrit des troubles plus larges dont les causes vont des infirmités néonatales à des anomalies des fonctions cérébrales. Les symptômes au niveau du comportement et des capacités d'attention sont certes présents dans les SPO, mais ils s'accompagnent d'anomalies motrices et d'autres troubles des fonctions cognitives provenant de dysfonctionnements des fonctions cérébrales.

Les manifestations d'un THADA peuvent s'accompagner de plusieurs troubles psychiques qui correspondent au concept de *comorbidité*. La combinaison des symptômes d'un THADA et des troubles associés est fréquente et complique le traitement ainsi que l'évolution des THADA. Il s'agit en particulier des :

- Troubles du comportement social (conduites agressives et asociales)
- Troubles anxieux et humeur dépressive
- Tics
- Troubles des apprentissages à l'école
- Troubles du développement moteur
- Troubles autistiques.

Quelle est la fréquence des THADA ?

LES CARACTÉRISTIQUES DES THADA SONT DÉCRITES DEPUIS PLUS DE 150 ANS DANS LES DESSINS DU MÉDECIN HEINRICH HOFFMANN DANS SON CÉLÈBRE LIVRE POUR LES ENFANTS «CRASSE-TIGNASSE» («STRUWWELPETER»). APRÈS LA 1^{RE} GUERRE MONDIALE, IL Y A EU LES PREMIÈRES DESCRIPTIONS CLINIQUES PROVENANT DE PATIENTS PRÉSENTANT UNE INFECTION CÉRÉBRALE LIÉE À UNE ÉPIDÉMIE VIRALE.

Depuis les années 1960, les THADA ont bénéficié de nombreuses recherches à travers le monde et ils ont été de plus en plus diagnostiqués. Le THADA représente actuellement le diagnostic pédopsychiatrique le plus fréquent en Amérique du Nord. Plusieurs recherches importantes auprès de la population, principalement aux États-Unis et au Canada, mais aussi dans des pays comme la Nouvelle-Zélande, Hongkong, l'Angleterre et la Hollande, signalent des taux de THADA variant entre 2 % à 10 % pour l'ensemble des enfants et des adolescents. Comme ces études n'ont pas recouru aux mêmes méthodologies et les cohortes d'enfants comportant des différences, la prévalence des THADA dans la population générale est encore difficile à déterminer de manière exacte. Des estimations plus restrictives proposent des taux entre 2 % à 5 %, d'autres utilisant des critères plus larges des taux entre 2 % et 10 %.

Une étude sur une population représentative d'élèves de 6 à 17 ans du canton de Zurich

réalisée en 1994, avec une méthodologie comportant une évaluation clinique auprès des parents, a constaté un taux de 5.2 % de THADA. Une étude ultérieure a observé chez les jeunes de 15 à 19 ans du canton de Zurich un taux de 2.6 % seulement. Une étude sur une population d'enfants de 4 à 17 ans du canton de Vaud a mis en évidence que 9.6 % de l'échantillon des enfants se situent au-dessus du seuil critique de THADA selon les parents, ceci sans qu'un diagnostic médical soit posé.

Ces estimations montrent que les enfants et les adolescents présentant un THADA constituent un problème important de santé publique. Une identification précoce et la mise en place de mesures appropriées doivent être réalisés afin de limiter les souffrances de l'enfant et de la famille. Une première étape est l'établissement de diagnostics effectués par des professionnels compétents.

Quelles investigations doivent être faites pour les patients présentant un THADA ?

LES INVESTIGATIONS DOIVENT PRENDRE EN CONSIDÉRATION PLUSIEURS DIMENSIONS ET ÊTRE RÉALISÉES PAR DES CLINICIENS EXPÉRIMENTÉS. DES CONNAISSANCES PARTICULIÈRES ÉTANT NÉCESSAIRES, IL EST RECOMMANDÉ QUE LES INVESTIGATIONS SOIENT RÉALISÉES PAR DES PSYCHIATRES D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS ET PAR DES MÉDECINS PÉDIATRES SPÉCIALEMENT FORMÉS.

L'investigation médicale doit suivre les règles suivantes :

L'entretien doit concerner à la fois les parents et l'enfant ou l'adolescent pouvant présenter un THADA. L'entretien avec les parents doit comporter des questions sur la présence de THADA ou d'autres problèmes psychiques chez d'autres membres de la famille. Il est important de recueillir des informations précises sur le développement de l'enfant, depuis la grossesse jusqu'à la période de l'examen, tout en tenant compte des caractéristiques de l'évolution des THADA et des troubles associés. Les répercussions du THADA dans la famille, à l'école et dans les autres activités de l'enfant, doivent aussi être investiguées de manière détaillée.

Durant l'entretien avec l'enfant, le clinicien doit être attentif aux points forts, aux difficultés et aux stratégies de l'enfant dans les différents contextes de vie. L'observation des comportements et l'écoute des commentaires de l'en-

fant sont également très importants. Le but de la démarche clinique est de se représenter le fonctionnement de l'enfant dans différents contextes, et d'évaluer la présence ou l'absence des symptômes caractéristiques d'un THADA et des troubles associés ainsi que leurs répercussions dans les différents contextes de vie.

En complément de l'investigation clinique, les informations recueillies auprès de l'école ou du jardin d'enfants, des autres médecins ou thérapeutes, ont une très grande valeur pour préciser le diagnostic. Des questionnaires spécialisés peuvent aussi apporter des informations intéressantes pour préciser l'évolution et les caractéristiques du tableau clinique. Ces questionnaires sont certes utiles, mais ils ne remplacent pas les données provenant de l'observation clinique et de l'entretien avec l'enfant et ses parents. Les limites inhérentes à ces questionnaires comportent le risque de poser un diagnostic erroné de THADA. Le diagnostic d'un THADA provient toujours d'une démarche clinique aboutissant

Quelles investigations doivent être faites pour les patients présentant un THADA ?

à la synthèse des informations recueillies et de l'observation clinique.

L'investigation clinique peut comporter des tests psychologiques pour préciser le potentiel intellectuel et les capacités d'apprentissage. Ces tests doivent aussi investiguer la concentration, le langage, la mémoire, les performances motrices et les procédures cognitives, en particulier les aspects liés aux apprentissages scolaires (p.ex. lecture, écriture) et, ainsi que les dimensions affectives et relationnelles. Les tests psychologiques ne permettent pas de poser en soi un diagnostic de THADA, mais ils peuvent apporter des indications utiles comme les questionnaires pour préciser la nature des difficultés et des potentiels de l'enfant.

Les THADA s'accompagnent assez souvent de troubles du développement moteur qui nécessitent alors un bilan neuropédiatrique auprès d'un médecin spécialement formé dans ce domaine. Chaque enfant présentant un THADA

devrait avoir un bilan somatique. Les traitements médicamenteux nécessitent aussi des contrôles somatiques.

L'investigation clinique doit comporter le diagnostic différentiel avec d'autres troubles qui peuvent comporter certaines similitudes au niveau des symptômes.

Comme les caractéristiques de l'hyperactivité et du déficit d'attention se trouvent également dans d'autres troubles psychiques, il est indispensable d'avoir des connaissances particulières et une grande expérience pour poser le diagnostic approprié. Ce point est particulièrement important pour les problèmes d'attention qui peuvent être présents dans plusieurs troubles psychiques et être considérés de manière erronée comme étant l'expression d'un THADA. Par ailleurs, les troubles de l'attention peuvent ne pas être suffisamment repérés et être considérés à tort, par exemple comme exprimant un manque de motivation.

Quelles sont les causes du THADA ?

LES CAUSES FONDAMENTALES DU THADA NE SONT PAS ENCORE SUFFISAMMENT CONNUES. LE THADA IMPLIQUE CERTAINEMENT PLUSIEURS FACTEURS. IL EXISTE PROBABLEMENT UNE DISPOSITION GÉNÉTIQUE DONT LES MODES DE TRANSMISSION DOIVENT ÊTRE ENCORE PRÉCISÉS. IL S'AGIT DE TROUBLES QUI SEMBLENT AVOIR LEUR ORIGINE DANS DES DYSFONCTIONNEMENTS DU MÉTABOLISME CÉRÉBRAL.

Plusieurs études neurobiologiques mettent en évidence des modifications des fonctions cérébrales et du métabolisme cérébral chez les enfants présentant un THADA. Ces modifications des fonctions cérébrales peuvent être mises en relation avec des troubles du contrôle personnel du comportement, qui peuvent avoir des incidences au niveau des relations familiales, à l'école et avec les camarades.

Parallèlement aux aspects neurobiologiques, les dimensions psychiques et environnementales sont aussi des facteurs de risque importants dans le développement d'un THADA. Les caractéristiques du fonctionnement psychique de l'enfant et de la famille, du contexte scolaire et de l'environnement social, doivent être prises en considération durant l'investigation et sur le plan thérapeutique. Par exemple, des attitudes éducatives insuffisamment fermes ou un encadrement parental défaillant jouent également un rôle. Certes, ces facteurs n'expliquent pas à eux seuls les symptômes d'un THADA, mais ils

colorent l'expression clinique du THADA durant le développement de l'enfant, ceci conjointement avec les facteurs neurobiologiques.

La question du rôle de l'alimentation dans le THADA est souvent posée ces dernières années, comme par exemple l'influence des phosphates, des additifs alimentaires ou du sucre. Nous n'avons à ce jour pas de données scientifiques suffisamment fiables pour retenir actuellement cette hypothèse. Par contre, un très petit nombre d'enfants présentent des allergies à certains aliments qui doivent être alors être exclus de l'alimentation.

Comment traiter les THADA ?

LES DIFFÉRENTES DIMENSIONS DES THADA DOIVENT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE PRISES EN CONSIDÉRATION DANS L'ÉTABLISSEMENT DU PLAN THÉRAPEUTIQUE. CETTE RÈGLE NE SE LIMITE PAS SEULEMENT AU THADA, MAIS CONCERNE ÉGALEMENT LES TROUBLES ASSOCIÉS ET LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ENVIRONNEMENT DE L'ENFANT QUI JOUENT UN RÔLE DANS LE DÉVELOPPEMENT DES SYMPTÔMES. UN RÉSUMÉ DES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DU TRAITEMENT FIGURE DANS L'ANNEXE 5. QUELQUES CONSEILS GÉNÉRAUX POUR LES PARENTS ET LES ENSEIGNANTS SONT PRÉSENTÉS DANS LES ANNEXES 6 ET 7.

La médication représente un élément important du traitement des enfants et des adolescents présentant un THADA, comme le montrent l'expérience clinique et de nombreuses recherches. Il s'agit actuellement surtout des psychostimulants qui ont une action sur les symptômes centraux du THADA, en améliorant les capacités d'attention et en réduisant l'hyperactivité et l'impulsivité. L'effet des psychostimulants est rapide durant la présence du médicament dans l'organisme, et de plus longue durée dans la mesure où il diminue les problèmes de l'enfant sur le plan personnel et dans ses relations sociales. L'amélioration des performances scolaires de l'enfant et la possibilité de réaliser des approches thérapeutiques complémentaires sont aussi des répercussions positives. Les médicaments du groupe des psychostimulants, actuellement disponibles en Suisse, sont la Ritaline®, la Dexamin® et le Concerta®.

Comme tous les psychotropes, les psychostimulants doivent être prescrits par des médecins expérimentés et leur prescription doit être soigneusement suivie. La prise concomitante de nourriture accélère l'absorption (par exemple petit déjeuner, repas de midi), mais n'a aucune influence sur la quantité absorbée. Il est recommandé de ne pas prendre de médicament en fin de journée. Les préparations de longue durée comportent l'avantage d'une prise quotidienne unique, mais peuvent selon les cas être un peu moins efficaces que les préparations de courte durée prises 2 à 3 fois par jour.

Les psychostimulants n'entraînent généralement pas d'effets secondaires graves. Le début du traitement peut s'accompagner d'une légère diminution de l'appétit et de troubles du sommeil. D'autres effets secondaires rares, comme l'augmentation de la pression artérielle ou du

poids, ne sont généralement pas significatifs sur le plan clinique et ne doivent pas être une source d'inquiétude pour les parents.

Le risque du développement d'une dépendance ultérieure à des substances suite à la prise de psychostimulants prescrits pour un THADA est une question très fréquente des parents et des autres intervenants. Les discussions publiques ou médiatiques comportent souvent une dimension polémique ne reposant pas sur des bases scientifiques. Il n'y a à ce jour pas de données scientifiques qui établissent un lien direct de causalité entre un traitement avec un psychostimulant pour un THADA et le développement ultérieur d'une toxicomanie. Il existe certes des adolescents et surtout des adultes dont l'évolution comporte une dépendance à des substances. Mais plusieurs études montrent que le développement ultérieur d'une toxicomanie est lié à la présence de troubles associés, comme ceux du comportement social, ou à des problèmes de parcours scolaires et professionnels, et non pas à un traitement avec un psychostimulant.

Parallèlement aux traitements médicamenteux, il est recommandé de réaliser des prises en charge psychothérapeutiques de l'enfant et de l'adolescent, ceci en associant étroitement les parents. La forme de ces traitements est variée, dépendant à la fois des situations cliniques et des disponibilités des thérapeutes

(par exemple consultation thérapeutique, psychothérapie individuelle, psychothérapie de groupe, psychodrame, psychothérapie cognitive-comportementale, thérapie de famille). Selon la nature des troubles associés, d'autres formes de traitement doivent aussi être réalisées (par exemple logopédie, psychomotricité, ergothérapie).

Les parents doivent être informés sur les caractéristiques des THADA et des troubles associés, sur les prises en charge indiquées et sur l'importance de la collaboration entre les intervenants. Les parents doivent aussi recevoir des informations sur l'attitude à avoir à l'égard de l'enfant afin de pouvoir diminuer ses difficultés.

Les thérapeutes doivent bénéficier d'une formation approfondie et reconnue. Les traitements des THADA nécessitent beaucoup de temps. L'évolution des THADA ne dépend pas seulement des mesures mises en place par les spécialistes, mais également de la collaboration avec les parents et les autres intervenants auprès de l'enfant.

Quelle est l'évolution des enfants présentant un THADA ?

COMME MENTIONNÉ PLUS HAUT, DES FACTEURS DE RISQUES BIOLOGIQUES INTERAGISSENT AVEC L'ENVIRONNEMENT ET LE DÉVELOPPEMENT PSYCHIQUE DE L'ENFANT. LORS DE LA PETITE ENFANCE, IL EST CONSEILLÉ D'ÊTRE ATTENTIF AU TEMPÉRAMENT DE CHAQUE NOURRISSON (PAR EXEMPLE UN BÉBÉ AYANT TENDANCE À ÊTRE IRRITABLE, TROP VIF OU AYANT DE LA PEINE À ÊTRE CALMÉ), MAIS CECI SANS TIRER LA CONCLUSION QU'IL POURRAIT DÉJÀ PRÉSENTER UN THADA.

Durant la période préscolaire, ces enfants ont tendance à avoir des difficultés à rester tranquille, à contrôler leurs réactions durant les jeux et à avoir des activités continues sur une longue durée. Mais le diagnostic n'est souvent pas encore possible à cet âge, car il est difficile de déterminer la frontière entre une vivacité normale ou des rêveries normales avec un trouble psychopathologique. La période préscolaire peut aussi comporter des signes évocateurs de troubles du comportement (p. ex. comportement oppositionnel, impulsivité, agressivité), ainsi que des problèmes sur le plan des interactions sociales.

Lors de l'entrée à l'école et durant les premières années de la scolarité, le diagnostic peut généralement être posé de manière précise. Les enfants présentant un THADA frappent leur entourage par une agitation, par une distraction durant les cours à l'école et à leur domicile, ainsi que par une impulsivité pouvant s'accompagner de problèmes importants avec l'entourage et les camarades. Comme décrit plus haut, ces différents symptômes sont des indices pour entreprendre une investigation auprès d'un spécialiste.

A l'adolescence, l'agitation motrice diminue souvent, tandis que les troubles de l'attention ont plutôt tendance à persister. Les difficultés inhérentes à l'adolescence et aux troubles associés peuvent entraîner des problèmes préoccupants, comme par exemple des problèmes liés à l'impulsivité et aux conduites sociales, à la consommation d'alcool ou à d'autres substances psychoactives, ou s'accompagner de mouvements d'humeur dépressive et de démotivation. Les problèmes scolaires peuvent aussi s'accompagner de difficultés importantes par rapport aux études et à la formation professionnelle.

Chez les adultes, il peut persister des symptômes du THADA qui sont souvent associés à d'autres troubles psychiques. Il est indiqué d'examiner les symptômes du THADA en tenant compte des troubles associés. Certains symptômes peuvent être observés comme les troubles de l'attention, ou bien se manifester de manière différente (par exemple un sentiment subjectif d'impatience motrice, une contrainte à être actif sur le plan physique ou mentalement). Les capacités de formation professionnelle et d'accès à certains postes de travail peuvent

être limitées, alors que le développement de relations sociales et sentimentales stables peut être aussi problématique.

Des études nord-américaines ont recueilli des données intéressantes sur les profils évolutifs des enfants et des adolescents présentant un THADA. Parallèlement aux troubles liés aux THADA, les problèmes du développement des compétences sociales sont souvent observés. Ces recherches longitudinales ont aussi montré que les THADA sont des diagnostics qui peuvent

persister de manière durable chez un certain nombre de sujets, pour lesquels des mesures thérapeutiques doivent être réalisés par des professionnels compétents jusqu'à l'âge adulte.

Les évolutions problématiques montrent l'importance d'intervenir de manière précoce et de déterminer les mesures appropriées auprès de spécialistes, dans le cadre d'une collaboration étroite entre les parents et les différents intervenants auprès de l'enfant.

Lectures recommandées de langue allemande :

> Leicht verständliche Ratgeber
Manfred Döpfner, Jan Frölich, Gerd Lehmkuhl :
Ratgeber Hyperkinetische Störungen.
Hogrefe Verlag, Göttingen.

Hans-Christoph Steinhausen:
Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter.
2. Auflage. Klett Verlag, Stuttgart.

> Wissenschaftliche Fachbücher
Manfred Döpfner, Jan Frölich, Gerd Lehmkuhl:
Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie.
Hogrefe Verlag, Göttingen.

Hans-Christoph Steinhausen (Herausgeber):
Hyperkinetische Störungen bei Kindern, - Jugendlichen und Erwachsenen.
2. Auflage Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Lectures recommandées de langue française :

Manuel Bouvard, Marie-France Le Heuzey, Marie-Christine Mouren-Simoni, et al :
L'hyperactivité: de l'enfance à l'âge adulte.
Doin, Rueil- Malmaison, 2002.

Charles-Antoine Haenggeli, Pécub :
Toby et Lucy. Deux enfants hyperactifs.
Georg, Chêne-Bourg / Genève, 2002.

Adresses internet :

Deutsch: www.psychologie-online.ch/add
English: www.cbadd.org/www.nimb.nih.gov/publicat/adhd.cfm

ANNEXE 1 :**Symtômes centraux de l'hyperactivité**

1. Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège
2. Quitte souvent sa place dans la classe ou dans d'autres situations où il devrait rester assis
3. Souvent, court ou grimpe partout quand il ne devrait pas, ou se met en danger (à l'adolescence et à l'âge adulte «besoin de bouger», «d'être actif»)
4. A souvent de la peine à rester tranquille pendant les jeux ou les loisirs
5. Est souvent «sur la brèche», ou agit souvent comme s'il était «monté sur des ressorts», ceci sans tenir compte du contexte social ni des remarques

ANNEXE 2 :**Symtômes centraux du trouble d'attention**

1. A souvent de la peine à se concentrer en classe ou dans ses activités (p. ex. fautes d'inattention, ne prête pas attention aux détails)
2. N'arrive souvent pas à se concentrer longtemps ou est facilement distrait (p. ex. travail, jeux)
3. N'écoute que d'une oreille, semble souvent ne pas écouter quand on lui parle
4. Ne parvient souvent pas à suivre les consignes jusqu'au bout et à mener à terme ses devoirs scolaires, ou ses tâches domestiques, ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition ni à une incapacité de comprendre les consignes)
5. A souvent du mal à organiser ses travaux ou activités (p. ex ranger la chambre, devoirs scolaires, se mettre au travail)
6. Souvent, évite ou renonce à s'engager dans une activité demandant une attention soutenue (p. ex. tâches scolaires ou intellectuelles)
7. Souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes (p. ex. bruit, lumière, entourage)
8. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex. jouets, cahiers de devoir, crayons, livres ou outils)
9. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne

ANNEXE 3 :**Symtômes centraux de l'impulsivité**

1. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée, ou se met à la tâche avant d'avoir écouté la consigne jusqu'au bout (formulation plus complète DSM-IV)
2. A souvent du mal à attendre son tour (p. ex. jeux, file d'attente)
3. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. s'impose dans les conversations ou dans les jeux)
4. Parle fréquemment de manière exagérée, sans tenir compte du contexte social

ANNEXE 4 : Investigations cliniques

- Entretiens et observation
- Questionnaires spécialisés
- Tests psychologiques et neuropsychologiques
- Examen somatique
- Examen neuropédiatrique si indication
- Diagnostic différentiel
- Contrôles sanguins (pertinence?)

ANNEXE 5 : Traitements


- Explications et conseils
- Médication (psychostimulant en principe actuellement)
- Traitements psychothérapeutiques
- Traitement des troubles associés
- Collaboration étroite avec les parents et les intervenants auprès de l'enfant

ANNEXE 6 : Conseils pour les parents

- Faites quelque chose pour vous-même
- N'essayez pas d'être parfait
- Favorisez une relation positive avec votre enfant
- Posez-lui des règles claires
- Félicitez votre enfant
- Soyez conséquent
- Essayez d'anticiper les problèmes
- Gardez une vue d'ensemble

ANNEXE 7 : Conseils pour les enseignants

- Gardez une vue d'ensemble
- Réfléchissez à la disposition de la classe
- Réfléchissez à l'organisation de la classe
- Donnez un cours dans la mesure du possible structuré et varié
- Favorisez une relation positive avec l'enfant
- Parlez avec lui des problèmes
- Posez-lui des règles claires
- Félicitez l'enfant fréquemment et immédiatement
- Soyez conséquent
- Indiquez des pistes à l'enfant pour réussir à se contrôler lui-même
- Collaborez étroitement avec les parents



Publication financée
par l'Office fédéral
de la santé publique

Service universitaire de psychiatrie
de l'enfant et de l'adolescent
Zurich et Lausanne, 2005

LES TROUBLES HYPERACTIFS AVEC DÉFICIT D'ATTENTION (THADA) - Recommandations

Professeur Hans-Christoph Steinhausen et Dr Michel Bader