

LE TDA/H

Évaluation et traitement pharmacologique.

PAR MARIE JOSÉE BEAULIEU, INF., M.SC.INF., CPNP-PC

Au cours des dernières années, les médias et le grand public ont accordé énormément d'importance au trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Cet intérêt est en partie suscité par l'utilisation de psychotropes administrés aux enfants pour contrôler leurs symptômes d'inattention et d'hyperactivité. On s'interroge sur l'efficacité, la sécurité et même la nécessité de cette médication. Ces discussions ont amené les parents, les éducateurs, les professionnels de la santé et les journalistes à remettre en question l'existence même du TDA/H.

Est-ce possible que les comportements caractéristiques du déficit d'attention ne soient en fait qu'une simple variation de la « normalité » ? Notre société serait-elle exigeante au point de ne pas accepter des comportements légèrement différents de la norme ? En d'autres mots, qualifions-nous de désordre ce que nous ne daignons tolérer ?

Ceux qui s'opposent à l'existence du TDA/H et à son traitement font valoir que dans les années 90, le nombre d'enfants ayant reçu ce diagnostic a augmenté proportionnellement à celui des ordonnances de stimulants. Selon eux, cette corrélation révèle un mal de société plutôt qu'une augmentation réelle de ce trouble de santé.

Or, le TDA/H est le trouble pédiatrique du comportement le plus étudié : plus d'un millier d'articles en traitent annuellement. Les avancées scientifiques permettent de mieux en reconnaître les symptômes. De plus, plusieurs recherches suggèrent que la prévalence du TDA/H augmente en raison du nombre d'heures que les enfants, dès un très jeune âge, passent devant un écran au détriment d'autres activités. On constate toutefois des îlots de sur-diagnostic dans une mer de sous-diagnostic. Les infirmières travaillant auprès des familles doivent donc être bien informées.

HISTOIRE

En 1845, le Dr Heinrich Hoffman, un médecin allemand, est le premier à aborder la question du TDA/H. En plus de publier plusieurs ouvrages de médecine et de psychiatrie, il aimait bien écrire des livres pour enfants. C'est dans l'un d'entre eux intitulé *Fidgety Phillip* qu'il décrit pour la première fois les signes et les symptômes du trouble déficitaire d'attention.

De 3 à 12 %
des enfants d'âge
scolaire
sont atteints de
TDA/H.



© www.fotosearch.ca

Il faudra attendre ensuite jusqu'en 1902 pour qu'une série d'articles, écrite par Sir George F. Still et publiée par le Royal College of Physicians d'Angleterre, présente la situation d'enfants ayant un trouble de déficit d'attention. Au fil des ans, ce trouble du comportement connaît plusieurs dénominations : syndrome hyperkinétique, *minimal brain dysfunction*, TDA, qui définit l'inattention et l'impulsivité comme ses caractéristiques centrales et, plus récemment, TDA/H, qui tient compte de l'hyperactivité.

ÉVALUATION

Le TDA/H est d'origine neurologique ; plus précisément, il s'agit d'un trouble neurodéveloppemental qui résulte d'une mauvaise régulation de certains neurotransmetteurs : la dopamine, la sérotonine et la noradrénaline. Son étiologie reste encore incertaine, mais tend vers une combinaison de divers facteurs génétiques et environnementaux.

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'American Psychiatric Association (*DSM-IV*, 1996) présente le trouble de déficit d'attention en trois sous-types associés à une série de critères (voir Tableau 1).

Un diagnostic de TDA/H sera donné à un enfant dont les signes et symptômes sont suffisamment graves pour nuire à son fonctionnement, et ce, dans plus d'un environnement, pas seulement à la maison ou à l'école. Même si l'enfant n'a pas à être diagnostiqué

RECONNAÎTRE LE TDA/H

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association (DSM-IV, 1996)* présente le trouble de déficit d'attention en trois sous-types associés à une série de critères.

TROIS SOUS-TYPES

1. Type inattention prédominante

L'enfant présente au moins six critères d'inattention, depuis au moins six mois, qui interfèrent avec son fonctionnement et ne sont pas typiques de son stade de développement.

2. Type hyperactivité/impulsivité prédominante

L'enfant présente au moins six critères d'hyperactivité/impulsivité, depuis au moins six mois, qui interfèrent avec son fonctionnement et ne sont pas typiques de son stade de développement.

3. Type mixte

L'enfant présente à la fois au moins six critères d'inattention et six critères d'hyperactivité/impulsivité, depuis au moins six mois, qui interfèrent avec son fonctionnement et ne sont pas typiques de son stade de développement.

LES CRITÈRES

Critères d'inattention chez l'enfant

- > Il prête difficilement attention aux détails, il fait des erreurs d'inattention.
- > Il a du mal à soutenir son attention.
- > Il ne semble pas écouter quand on lui parle directement.
- > Il ne se conforme pas aux consignes ou il ne termine pas ses tâches (sans qu'il s'agisse de comportements d'opposition).
- > Il a de la difficulté à planifier et à organiser ses travaux ou ses activités.
- > Il évite certaines tâches ou il les fait à contrecœur, surtout si elles nécessitent un effort mental soutenu.
- > Il perd des objets nécessaires à son travail ou à ses activités.
- > Il est facilement distrait par des stimuli externes.
- > Il fait des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

Critères d'hyperactivité

- > Il remue souvent les mains et les pieds, il bouge sur son siège.
- > Il se lève souvent dans des situations où il doit demeurer assis.
- > Il court ou il grimpe partout (en vieillissant : sensation de fébrilité ou de bougeotte).
- > Il a du mal à se tenir tranquille à l'école, au travail ou dans ses loisirs.
- > Il est souvent fébrile ou survolté.
- > Il parle souvent trop.

Critères d'impulsivité

- > Il répond aux questions avant qu'on ait terminé de les poser.
- > Il a de la difficulté à attendre son tour.
- > Il interrompt souvent autrui, il impose sa présence.

avant son septième anniversaire, en procédant à l'historique de la maladie, on doit pouvoir établir que ces signes et symptômes étaient déjà présents avant qu'il n'atteigne cet âge.

De 3 à 12 % des enfants d'âge scolaire sont atteints de TDA/H (AAP, 2001). La maladie affecte considérablement leur vie et celle de leur famille : difficultés à l'école, isolement social, incidence plus élevée d'abus de substances, de comportements à risque et d'accidents, prévalence élevée d'anxiété et de dépression. Les conséquences émotionnelles et économiques d'un TDA non traité sont énormes. Il est important de soutenir les familles dont un enfant en souffre.

En 2000 et 2001, l'American Academy of Pediatrics (AAP) a publié des lignes directrices sur le diagnostic et le traitement du trouble de déficit d'attention. En 2001, le Collège des médecins du Québec (CMQ), en collaboration avec l'Ordre des psychologues du Québec, ont publié des lignes directrices conjointes. Elles indiquent principalement que le diagnostic de TDA/H doit reposer sur la stricte adhérence aux critères du *DSM-IV* et sur l'importance d'obtenir de l'information sur le fonctionnement de l'enfant dans au moins deux contextes différents. Elles rappellent aussi l'importance de considérer la possibilité de toutes morbidités associées, surtout qu'elles sont fréquentes et influencent le choix du traitement et son efficacité (voir Tableau 2).

STIMULANTS

Une fois le diagnostic établi, beaucoup d'enfants recevront à un moment ou à un autre un traitement pharmacologique. Des études récentes suggèrent que les psychostimulants, en modifiant l'environnement chimique au niveau du cortex préfrontal, auraient des effets thérapeutiques positifs à long terme. Ainsi, en permettant la neuromaturation du cortex cérébral, ils réduiraient le besoin à long terme de recourir à des médicaments pour contrôler les symptômes du TDA/H.

Et contrairement à la croyance populaire, plusieurs études confirment que les individus atteints de TDA/H et traités avec des stimulants ont une incidence d'accidents, de comportements à risque et d'abus de substances moins élevée que celle de l'ensemble de la population. Par ailleurs, ceux dont les symptômes ne sont pas contrôlés pharmacologiquement sont deux fois plus impliqués dans des accidents, adoptent deux fois plus de comportements à risque et ont deux fois plus de problèmes d'abus de substances, toujours en comparaison avec la population en général. En plus d'assurer à un enfant un fonctionnement social et scolaire en contrôlant ses symptômes intrusifs de TDA/H, cette médication comporte donc plusieurs autres bénéfices.

DES OUTILS

Une anamnèse détaillée est essentielle, car pour compliquer le tableau clinique, d'autres conditions médicales présentent des signes et des symptômes qui s'apparentent à un TDA. Ainsi, des types d'épilepsie, des troubles d'apprentissage, des stress environnementaux (problèmes familiaux, faible estime de soi, abus) peuvent initialement être confondus avec des troubles attentionnels. Plusieurs questionnaires et échelles de mesure de comportement existent pour guider la collecte de données auprès des parents, des enseignants et des accompagnateurs. Les questionnaires Conners et Vanderbilt sont probablement les plus utilisés parce qu'ils sont fiables et faciles à administrer.

Toutefois, elle est aussi responsable d'effets secondaires indésirables. Les plus communément rapportés sont la suppression de l'appétit et les troubles de sommeil.

Suppression de l'appétit : Pour croître, l'enfant a besoin d'un apport calorifique minimal. Il faut donc surveiller l'apparition de symptômes d'anorexie. La perte de poids observée chez des enfants qui prennent des stimulants est directement liée à une diminution de l'appétit. Dès les premiers signes, la mise en place de plusieurs stratégies peut contribuer à assurer à l'enfant un meilleur apport nutritionnel : un déjeuner riche en protéines avant la prise des médicaments, des repas plus petits mais plus fréquents, une collation nutritive l'après-midi au moment où l'effet de la médication commence à s'atténuer. Cliniquement, la mesure de l'indice de masse corporelle (IMC) est le meilleur indicateur du ralentissement de la croissance d'un enfant à la suite d'une perte d'appétit. Si c'est le cas, il faudra essentiellement revoir sa médication.

Troubles du sommeil : On ne peut affirmer que les troubles du sommeil résultent directement de la prise de stimulants parce que plusieurs enfants atteints de TDA/H rencontrent ces difficultés avant d'avoir commencé à en prendre. Il est aussi possible que l'effet de la médication s'estompant en fin de journée, un regain d'hyperactivité nuise au sommeil. Le clinicien doit établir la qualité du sommeil de l'enfant avant d'initier le traitement pharmacologique et de pouvoir ainsi déterminer la source de ses troubles, s'il y a lieu.

TABLEAU 2

MORBIDITÉS ASSOCIÉES SELON LEUR INCIDENCE

	%
Trouble oppositionnel	30 à 50
Trouble de comportement	25
Trouble de l'humeur	18
Trouble anxieux	25
Trouble d'apprentissage	15 à 60

Selon CMQ, 2001.

INTERVENTIONS

L'infirmière peut jouer un rôle crucial auprès des familles d'un enfant sous traitement pharmacologique. Elle surveille la présence des effets secondaires en dressant un portrait de la réaction de l'enfant à l'agent. Elle répond aux questions et aux inquiétudes des proches. Les parents, l'enseignant et finalement l'enfant lui-même ont-ils perçu des changements ? Obtenir leurs commentaires permet de déterminer l'efficacité du traitement. Parfois, l'entourage a l'impression que la médication n'est pas efficace alors que c'est le profil pharmacologique de l'agent utilisé qui doit être revu. Ainsi, il ne s'agira pas d'augmenter la dose d'un agent à courte action, mais plutôt de le remplacer par un agent à action prolongée. De là l'importance de procéder à une anamnèse ciblée afin d'établir la réaction de l'enfant au traitement, d'en déterminer les aspects à améliorer, d'en évaluer les effets secondaires et indésirables et de le personnaliser pour le rendre optimal.

Les infirmières travaillant en GME/UMF ou dans un programme enfance-famille-jeunesse ont de nombreuses occasions d'intervenir



© James King-Holmes / Science Photo library

À l'Hôpital John Radcliffe en Grande-Bretagne, un test d'évaluation de TDA.

auprès d'enfants atteints du TDA/H et de leur famille. Elles peuvent d'abord collaborer à leur évaluation en obtenant de l'information sur leurs comportements perturbateurs auprès des parents et des enseignants, et ce, à l'aide de questionnaires structurés et d'échelles des comportements. Ces outils facilitent la collecte de données, souvent trop laborieuse pour être faite dans le cadre d'une courte visite médicale. Cette information pourra servir au médecin.

Une fois le diagnostic de TDA/H établi, l'infirmière peut soutenir la famille en lui procurant des outils. Les interventions sont tout aussi nombreuses que variées selon les besoins déterminés. L'infirmière peut par exemple démontrer l'importance d'une routine structurée, suggérer aux parents d'offrir des pauses fréquentes pendant les devoirs, établir des attentes réalistes et des limites claires, faire du renforcement positif, etc.

Quant à l'infirmière en milieu scolaire, elle s'avère un atout indispensable pour documenter, en collaboration avec l'enseignant, la réaction de l'enfant à la médication à un moment où le parent ne peut l'observer. Elle est une ressource importante pour les enseignants pour mieux leur faire comprendre les troubles d'attention et les bénéfices et limites de la médication. Elle peut aussi contribuer à préparer les enseignants à mieux intervenir auprès de ces enfants. ■

L'auteure est conseillère à la Direction scientifique de l'OIIQ.

Bibliographie

American Academy of Pediatrics (AAP). « Clinical Practice Guideline: Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder », *Pediatrics*, vol. 105, n° 5, mai 2000, p. 1158-1170.

American Academy of Pediatrics (AAP). « Clinical Practice Guideline: Treatment of the school aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder », *Pediatrics*, vol. 108, n° 4, oct. 2001, p. 1033-1044.

Beaulieu, M.J. et D.K. Urion. *ADHD: Overview and Introduction to an Office-Based Diagnostic Program* (National Conference: Bresnan Neurology Course), Boston, Harvard University, 2010.

Collège des médecins du Québec/Ordre des psychologues du Québec (CMQ/OPQ). *Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central*, Montréal, sept. 2001.

Leslie, L.K., J. Weckerly, D. Plemmons, J. Landsverk et S. Eastman. « Implementing the American Academy of Pediatrics attention-deficit/hyperactivity disorder diagnostic guidelines in primary care settings », *Pediatrics*, vol. 114, n° 1, juill. 2004, p. 129-140.

National Institute of Mental Health (NIMH). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*, Bethesda (MD), 2008. [En ligne : www.nimh.nih.gov]

Salmeron, P.A. « Childhood and adolescent attention-deficit hyperactivity disorder: diagnosis, clinical practice guidelines, and social implications », *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, vol. 21, n° 21, sept. 2009, p. 488-497.