

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2015

Thèse N°160/15

ELABORATION D'UN PROGRAMME PSYCHOEDUCATIF DANS LE TROUBLE DEFICIT DE L'ATTENTION/ HYPERACTIVITE ADAPTE AU CONTEXTE MAROCAIN

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19/10 /2015

PAR

Mme. CHEKIRA ASMAE

Née le 22 Juillet 1989 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Programme psychoéducatif – Trouble Déficit de l'Attention/ Hyperactivité–
Contexte Marocain

JURY

M. RAMMOUZ ISMAIL	PRESIDENT
Professeur Agrégé de Psychiatrie	
M. AALOUANE RACHID	RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Psychiatrie	
M. BERRAHO MOHAMED.....	} JUGES
Professeur Agrégé d'Epidémiologie Clinique	
Mme . LAKHDAR IDRISSE MOUNIA.....	
Professeur agrégé de Pédiatrie	

LISTE DES ABREVIATIONS

CADDAC	: Center for ADHD Awareness, Canada
CFTMEA	: Classification Francophone des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
CPT	: Continuous Performance Test
DSM	: Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders
INPES	: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IRM	: Imagerie par Résonance Magnétique
OCDE	: OrangeCountryDepartmentofEducation
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PEC	: Prise en charge
PEHP	: Programme d'Entraînement aux Habiletés Parentales
PET scan	: Positron Emission Tomography
STP	: Summer Treatment Program
TC	: Trouble des Conduites
TCC	: Thérapie Cognitivo-Comportementale
TDAH	: Trouble Déficit de l'Attention/ Hyperactivité
TOP	: Trouble Oppositionnel avec Provocation
UCI	: UniversityofCalifornis-Irvine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N° 1 : Variations de la symptomatologie du TDAH en fonction des circonstances

Tableau N° 2 : Principales étapes de l'évaluation clinique et cognitive des symptômes du TDAH

Tableau N° 3 : Facteurs de risque environnementaux du TDAH

Tableau N° 4 : Modalités d'interventions dans le programme STP

LISTE DES FIGURES

Figure N°1: Extrait de Crassa-Tignasse

Figure N°2 : Impact développemental du trouble déficit de l'attention hyperactivité

Figure N°3 : Les faisceaux méso-limbique et méso-cortical du système dopaminergique central

Figure N°4: Le modèle hybride des fonctions exécutives et leur relation à l'inhibition et aux systèmes de contrôle moteur d'après Barkley

Figure N°5 : Exemple d'économie de jetons d'après « Céline Clément »

SOMMAIRE

Introduction	7
Section I : Revue de la littérature	9
Chapitre 1 : Etat des connaissances actuelles sur le trouble déficit de l'attention/hyperactivité	10
I. Concept	10
II. Historique.....	12
A. Instabilité motrice : Une entité connue depuis le Dix-huitième siècle	12

B. Approche psychodynamique versus approche neuro-organique	14
III. Données épidémiologiques	15
A. Taux de prévalence	15
B. Taux de prévalence en fonction du sexe	16
C. Taux de prévalence en fonction de l'âge	16
IV. Caractéristiques cliniques	17
A. Description clinique de la forme classique de l'enfant d'âge scolaire	17
B. Formes cliniques	21
C. Diagnostics différentiels	24
D. Troubles comorbides.....	25
V. Evaluation du TDAH	28
A. Evaluation clinique	29
B. Evaluation psychométrique.....	30
C. Evaluation neuropsychologique	31
D. Autres évaluations.....	32
VI. Conséquences du TDAH.....	34
A. Conséquences personnelles	34
B. Conséquences familiales	34
C. Conséquences scolaires	35
D. Conséquences sociales	35
VII. Nosographie	36
A. Classification avant le DSM-5	36
B. Classification du DSM-5	39
VIII. Facteurs étiopathogéniques	40
A. Facteurs génétiques	40
B. Facteurs neurobiologiques	41
C. Facteurs neuroanatomiques	42
D. Facteurs neuropsychologiques	43
E. Facteurs environnementaux	46
IX. Prise en charge thérapeutique	47
A. La prise en charge non pharmacologique	48
B. La prise en charge pharmacologique	51
Chapitre 2 : La psychoéducation dans le trouble déficit de l'attention/hyperactivité	53
I. Généralités sur la psychoéducation.....	53
A. Concept	53
B. Bases de la psychoéducatons.....	54
C. Dimensions de la psychoéducatons	57
D. Contextes de la pratique psychoéducative.....	58
II. Intérêt de la psychoéducation dans le TDAH	59
III. Programmes psychoéducatifs dans le TDAH	62

A. Programmes psychoéducatifs auprès de l'enfant	62
B. Programmes psychoéducatifs auprès des parents	65
C. Intervention psychoéducative multimodale	69
Section II : Elaboration d'un programme psychéducatif pour le trouble déficit de	
l'attention/hyperactivité	73
I. Objectifs du travail	74
II. Matériels et méthodes	74
A. Type de travail	74
B. Préparation du programme psychoéducatif	74
III. Résultats.....	81
A. Diaporamas.....	81
B. Outils pratiques.....	136
C. Guide pour les parents et les enseignants	138
IV. Discussion	139
A. Argumentaire du travail.....	139
B. Intérêt du PEHP dans la PEC du TDAH	140
C. Analyse des séances du programme	141
D. Comparaison de notre programme avec les autres PEHP.....	145
E. Perspectives	174
Conclusion	148
Résumé	149
Bibliographie	153
Annexes	163

Introduction

Il y a plus de cent ans, les scientifiques cherchaient encore une explication aux comportements des enfants qui sont continuellement en mouvement, qui manifestent un haut degré d'inattention, qui tolèrent difficilement la frustration, et qui présentent de l'instabilité émotionnelle, de l'impulsivité, de l'agressivité, de l'opposition. Tous ces comportements sont considérés comme très difficiles à maîtriser par les parents et les personnes qui s'occupent de l'éducation de tels enfants.

Le Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est l'un des troubles les plus souvent rencontrés en consultation de pédopsychiatrie.

Le TDAH est une affection particulièrement préoccupante pour les parents, les enseignants et les professionnels de santé, qui impose une prise en charge multimodale afin de freiner l'escalade des échecs qui trop souvent s'y trouvent associés.

Parmi les modalités d'interventions thérapeutiques, la psychoéducation trouve son indication majeure dans l'amélioration de ce trouble.

Bien qu'elle soit efficace et peu coûteuse, la psychoéducation reste encore très peu pratiquée à l'heure actuelle au Maroc. En plus, le manque des programmes psychoéducatifs en pédopsychiatrie adaptés à notre contexte, rend cette thérapie très peu appliquée.

Ainsi, Nous nous sommes intéressés à l'élaboration d'un programme psychoéducatif, destiné aux parents d'enfants TDAH, adapté au contexte marocain. Notre travail aura des retombées très intéressantes dans la pratique institutionnelle. En plus, notre étude se situe dans l'objectif de faire comprendre aux parents les difficultés de l'enfant et de proposer un soutien et des conseils afin de modifier les éventuelles attitudes parentales délétères.

Pour cela, notre travail comporte deux parties :

- Une première partie où nous décrivons, au travers une revue de la littérature, l'état des connaissances actuelles sur le trouble déficit de l'attention / hyperactivité ainsi que la psychoéducation comme approche essentielle dans la prise en charge de ce trouble.
- Une seconde partie pratique, dans laquelle nous nous attachons à exposer un programme psychoéducatif d'entraînement aux habilités parentales, adapté au contexte marocain.

SECTION I :

REVUE DE LA LITTERATURE

CHAPITRE 1 : ETAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES SUR LE TROUBLE DEFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITE

I. CONCEPT

Le Trouble Déficit de l'Attention /Hyperactivité (TDAH) regroupe un spectre de dysfonctionnements comportementaux, cognitifs et émotionnels s'articulant autour de trois symptômes principaux :

➤ **Le déficit de l'attention** :caractérisé par l'incapacité à soutenir son attention pendant une durée prolongée, par une grande sensibilité aux stimuli distracteurs et par une difficulté importante à s'organiser dans un travail de longue durée ;

➤ **L'agitation motrice** : définie par l'incapacité à rester en placependant la réalisation d'une tâche, le besoin incessant de bougeret l'intolérance à la situation de repos ;

➤ **L'impulsivité** : marquée par l'incapacité à attendre ou la précipitation à répondre et l'interruption permanente des activités d'autrui.

L'apparition au cours de l'enfance et le caractère persistant des symptômes et de leur retentissement dans différents contextes de la vie de l'individu (école, maison, activités sportives par exemple) sont des critères fondamentaux.

Il est en effet nécessaire au diagnostic que ces symptômes soient observés dans différents milieux.

De même, afin de distinguer les signes du TDAH du profil comportemental naturel de l'enfant, il est nécessaire que ces symptômes aient un retentissement préjudiciable au bon développement de l'enfant, aussi bien dans le cadre de ses interactions sociales ou familiales que dans son apprentissage scolaire ou extra-scolaire[1].

Le TDAH est classé dansLe DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) dans la catégorie des troubles neuro-

développementaux. Ceci souligne que le TDAH est un trouble qui peut être observé, avec une expression particulière, aux différents âges de la vie[2].

La caractéristique essentielle du TDAH est un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité/ impulsivité, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif sur le fonctionnement social, scolaire/professionnel.

Le DSM-5 distingue plusieurs degrés de sévérité du trouble selon le nombre de symptômes : léger, moyen et sévère. Et divise le TDAH en deux catégories, soit l'inattention et l'hyperactivité/impulsivité.

Les symptômes du TDAH sont classés selon trois spécificateurs, soit la présentation à prédominance inattentive, la présentation à prédominance hyperactive/impulsive et, le plus commun, la présentation combinée.

Le Center for ADHD Awareness, Canada (CADDAC) présente les trois spécificateurs de la façon suivante : l'incapacité pour l'enfant à réguler son niveau d'attention (inattention), son niveau d'activité (hyperactivité) et le comportement inhibiteur provoquant l'impulsivité (impulsivité).

Dans la CIM-10, classification Internationale des maladies proposée par l'OMS, le trouble est dénommé « Perturbation de l'activité et de l'attention » et se retrouve dans la rubrique des « Troubles hyperkinétiques » définis comme : troubles caractérisés par un début précoce (habituellement au cours des cinq premières années de la vie), un manque de persévérance dans les activités qui exigent une participation cognitive et une tendance à passer d'une activité à l'autre sans en finir aucune, associés à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive.[3].

II. HISTORIQUE

L'analyse de la littérature montre la diversité de la terminologie utilisée à travers les époques : instabilité psychomotrice, hyperkinésie, hyperactivité, dysfonctionnement cérébral à minima, déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, et la grande disparité des opinions sur le statut à lui accorder.

A. Instabilité motrice : Une entité connue depuis le Dix-huitième siècle

P. Blanchard, en 1817, évoque dans son livre « les enfants, un recueil », l'enfant « touche à tout », « maladroit » et « étourdi ».

La notion d'instabilité motrice est décrite pour la première fois en 1845 par le Docteur Heinrich HOFFMANN (1809–1894) dans une bande dessinée qu'il a réalisée pour son fils âgé de trois ans.

Le médecin Allemand décrit, dans son ouvrage « Der Struwwelpeter », traduit en France sous le titre de Crassa-Tignasse, le comportement d'enfants hyperactifs à travers des comptines (Figure 1) [4].



Figure 1 : Extrait de Crassa-Tignasse

Ribot, en 1889, quand à lui, établit un lien entre attention et hyperactivité : « L'attention dépend de la restriction du mouvement », et « entre une grande dépense de mouvements et l'état d'attention, il y a un antagonisme ».

En 1897, Désiré-Magloire BOURNEVILLE, neurologue français, évoque dans son traité « Le traitement médicopédagogique des différentes formes de l'idiotie » l'instabilité psychomotrice des enfants qualifiés de « débiles instables » dont il propose une description clinique: « Leur mobilité est exubérante, ils ne restent en place nulle part, se lèvent de table à chaque instantsans motif. S'ils jouent, ils passent rapidement d'un jeu à l'autre. Dans le service, ils se font remarquer par l'indifférence aux observations, la désobéissance et l'indiscipline, mais ils sont suggestibles et peuvent se soumettre aux personnes qu'ils aiment ».

En 1898, Kraepelin, en Allemagne, dans la 8ème édition de son traité de psychiatrie, décrit les « Haltlosen Psychopathen », les « psychopathes sans repos » :

irritables, instinctifs, avec une activité désordonnée sans fil directeur perceptible et une incapacité d'inhibition [5].

B. Approche psychodynamique versus approche neuro-organique

Les auteurs français, pour la plupart, considèrent que l'instabilité psychomotrice est une expression symptomatique qui ne peut se comprendre qu'en référence à l'organisation psychique de l'enfant et à son évolution relationnelle. Tandis que, les anglo-saxons, insistent dès leur premiers travaux sur l'organicité du syndrome.

En 1902, apparaît la psycho-organicité de l'inattention avec Still, pédiatre anglais, qui décrit la « perte de contrôle moral » chez des enfants atteints de pathologies neurologiques diverses dont « L'intelligence générale » n'est pas touchée. Parce que ces comportements n'ont pas de substrat anatomique décelable, il suppose l'existence de lésions cérébrales mineures (« minimal brain damage ») [6].

En 1925, Wallon parle d'enfant turbulent et soulève l'hypothèse d'une participation organique à ce syndrome. L'instable se caractérise par un arrêt du développement psychomoteur à un niveau variable selon les cas.

Dans son livre sur l'enfant et l'adolescent instable, Abramson(1940) considère que l'instabilité est l'expression d'un déficit ou d'un déséquilibre dans les trois domaines fondamentaux : les aptitudes intellectuelles, motrices, et affectives [7].

En France, le courant psychodynamique apporte, avec Lebovici, Heuyer puis, plustard, Bergès, un regard très différent du trouble qui n'apparaît plus d'origine uniquement organique mais aussi influencé par le milieu.

En effet, les deux auteurs individualisent une forme conditionnée d'instabilité infantile. Deux facteurs sont identifiés, l'un concerne "l'ensemble des conditions de

vie défectueuses et insécurisantes, d'ordre matérielles ou affectives, propres à empêcher l'enfant de constituer une relation d'objet stable et maturante", tandis que l'autre concerne "les expériences de séparation précoces et durables à l'origine de carences affectives".

Le formidable essor que connut la recherche scientifique en matière de fonctionnement cérébral (imagerie, neurobiologie...) ramena au devant de la scène les hypothèses neuropsychologiques fonctionnelles et développementales.

La notion de syndrome hyperkinétique est introduite par Eisenberg en 1957. Elle est reprise en 1968 (DSM II) [8], à la fois dans le chapitre de « troubles non-psychotiques organiques » et celui de « troubles du comportement ». La notion de trouble de l'attention n'est, à cette époque, pas évoquée [8].

Dans les années 70, la psychologue V. I. Douglas (1972) contribue à sa définition par l'élaboration d'une explication de nature cognitive. Cette approche a servi à établir les critères diagnostiques du déficit d'attention et à la formulation de la notion de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

Le Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité (TDAH) tel qu'on le connaît actuellement, apparaît pour la première fois dans les classifications internationales avec le DSM-3, en 1980 [9].

III. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

A. Taux de prévalence

Le TDAH est considéré comme le trouble neurocomportemental chronique le plus fréquent chez les enfants en âge scolaire [10].

La prévalence varie beaucoup en fonction de facteurs tels que les outils diagnostics, les pratiques cliniques, l'âge et la situation géographique.

Dans l'ensemble, les données estimées sont remarquablement semblables d'un pays à l'autre, à l'exception des pays africains et moyen-orientaux, où les taux sont moins élevés qu'en Amérique du Nord et en Europe.

Au Maroc, les études épidémiologiques concernant ce trouble, restent inexistantes.

Il est admis en DSM-5 une prévalence de 5 % de TDAH chez les enfants et 2.5% chez les adultes. Il s'agit donc d'un réel problème de santé publique.

B. Taux de prévalence en fonction du sexe

La prévalence est plus élevée chez les garçons que chez les filles: 2 à 4 garçons pour une fille dans la population générale, 9 garçons pour une fille dans la population clinique [11]. La plus grande différence de distribution entre garçons et filles est observée chez les enfants d'âge scolaire. A cet âge, la prévalence du TDAH est vraisemblablement sous-estimée chez les filles. Les garçons, hyperactifs et impulsifs, présentent des tableaux cliniques bruyants facilement repérables, tandis que les filles présenteraient plutôt des troubles de l'attention qui retarderait leur prise en charge.

C. Taux de prévalence en fonction de l'âge

La prévalence du TDAH est élevée dans l'enfance, puis diminue avec l'âge (pic de prévalence entre 6 et 11 ans).

Le TDAH persisterait dans 66 à 85% des cas à l'adolescence. Cependant, les symptômes tendent à s'atténuer avec l'âge. L'hyperactivité et l'impulsivité peuvent même disparaître totalement alors que les troubles attentionnels ont tendance à persister [12].

IV. CARACTERISTIQUES CLINIQUES

A. Description clinique de la forme classique de l'enfant d'âge scolaire

Il s'agit typiquement d'un garçon, âgé de six à dix ans, consultant pour des difficultés d'apprentissage et des troubles du comportement. Les parents ont commencé à remarquer l'excès d'activité motrice de leur enfant dès l'âge de la marche et on les en a alerté dès l'entrée en collectivité, mais c'est à l'occasion de la scolarisation en primaire et des exigences scolaires croissantes qu'une gêne fonctionnelle s'installe et qu'une demande de soins est formulée.

L'enfant atteint de TDAH souffre de difficultés précoces et durables touchant trois domaines : L'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité.

1. Triade symptomatique

1.1. Déficit de l'attention

L'attention est définie selon trois types :

- L'attention sélective : elle permet de se concentrer sur une tâche en dépit d'éléments distracteurs, elle a un rôle de filtrage des stimuli, elle doit laisser passer uniquement les informations pertinentes à la tâche en cours.
- L'attention soutenue : elle maintient dans le temps une vigilance efficiente,
- L'attention flexible : elle permet d'interrompre ou d'infléchir une activité en cours et d'orienter l'attention en faveur d'un événement pertinent.

Le déficit de l'attention se traduit par une distractibilité, une vigilance et une attention soutenue altérées par rapport aux enfants de même sexe et âge développemental. Il peut parfois être sélective et labile et ne toucher que certaines tâches précises, dans certains contextes.

Le trouble de l'attention est considéré comme la base physiologique du dysfonctionnement [11]. Il se manifeste par la rêverie, la distraction, l'étourderie, l'absence d'attention sur une tâche ou de l'impossibilité à l'accomplir jusqu'à la fin.

Pour les auteurs de l'école française, ce déficit attentionnel correspond au versant psychique de l'instabilité. L'enfant est constamment sollicité par les stimuli externes, tout est prétexte à découverte mais dans le même temps, tout est prétexte à changer en permanence d'investissement dans un mouvement psychique ininterrompu. Les raisonnements intellectuels sont rendus difficiles par ces incessants changements ; la pensée logique est difficile, même si, à l'évidence, cet enfant est souvent intelligent. Les activités qui demandent une continuité dans le déroulement des tâches sont interrompues précocement, oubliées, perdues [13]. Ces enfants ont des difficultés à se concentrer sur les propos de l'interlocuteur. Ils sont décrits comme « rêveur », « dans la lune ». Parfois, cette incapacité à suivre les consignes est perçue comme une forme d'opposition et provoque plaintes et remontrances de la part des figures d'autorité.

Avec les pairs, il existe des difficultés d'intégration au groupe, du fait de leur incapacité à écouter autrui, à dialoguer et à assimiler les règles d'un jeu. Ils ne parviennent pas à participer à un jeu collectif et rencontrent des difficultés à se lier d'amitié tant en milieu scolaire qu'extra-scolaire.

1.2. Hyperactivité motrice

L'activité motrice est la manifestation la plus rapidement repérable, la plus visible, et celle qui dans les premières descriptions cliniques avait la plus grande importance sémiologique. Elle constitue souvent le principal grief des parents ou de l'instituteur et motive la consultation.

C'est avant tout une mobilité, une activité excessive par rapport à « la normale », celle-ci restant soumise au facteur de tolérance (familiale, sociale et culturelle) et impliquant l'évaluation objective. Il s'agit d'un enfant qui bouge trop.

Mais la quantité d'activité n'est pas seule en jeu, car c'est surtout une activité incessante, ininterrompue, en tous sens. L'expérience d'une consultation est ainsi décrite par Delion et Golse : « il est très rapidement en mouvement...le dessin est bacle, le papier est froissé...l'immobilité n'est pas possible pour lui et quand, à force de réprimandes et de discours moraux, les parents obtiennent un moment de répit, celui-ci ne dure que quelques instants et le rythme effréné reprend ses droits »[14].

L'impact relationnel de ce comportement moteur est profond et inquiétant, l'entourage est fréquemment exténué, dépassé et excédé.

1.3. Impulsivité

Cette notion nous introduit dans le champ cognitif de l'action. L'impulsivité est le plus souvent associée à l'hyperactivité ; définie comme un besoin impérieux d'accomplir un acte et illustrée par l'impossibilité de différer un désir, elle serait le témoin d'une perturbation des mécanismes de contrôle inhibiteur de l'action [15]. Elle est souvent responsable du rejet de l'enfant par son entourage ; elle perturbe aussi bien son fonctionnement moteur (impatience, brusquerie) que son développement cognitif (non prise en compte de toutes les données d'un problème avant de donner une réponse, difficultés à anticiper les conséquences de ses actes).

L'enfant impulsif n'attend pas son tour dans les jeux, répond spontanément sans avoir demandé la parole en levant la main, interrompt les conversations, s'immisce dans les discussions. Il abandonne une activité avant de l'avoir terminée, et est de ce fait pénalisé dans l'organisation de son travail par une absence de stratégie et une incapacité à planifier. Sa grande difficulté à se conformer aux règles

est rapidement interprétée comme un refus délibéré des consignes et règlements, ce qui lui vaut d'incessantes réprimandes [16].

Les enfants impulsifs sont coutumiers de prises de risque inconsidérées, du fait de l'absence d'anticipation des conséquences de leurs actions, tant sur le plan physique que social. Ces enfants sont plus souvent victimes d'accidents, avec un index de gravité plus élevé.

2. Signes associés :

Outre les trois symptômes nucléaires cités ci-dessus, d'autres sont aussi décrits [17].

- l'intolérance à la frustration, l'incapacité à se plier aux demandes et à respecter les règles imposées par les adultes,
- l'entêtement, l'autoritarisme qui va s'exercer aussi bien sur les parents que les camarades ; les hyperactifs essayent de les diriger en imposant leurs volontés et leurs désirs,
- la «dysrégulation émotionnelle » avec expression des émotions changeantes imprévisibles, parfois extrêmes, les rendant déconcertants pour l'entourage.

3. Variations dans l'expression clinique

La question de la variabilité de l'expression clinique du TDAH et de son intensité en fonction du contexte est une donnée rapportée par la plupart des auteurs, qui énoncent que l'observation ponctuelle en consultation d'un enfant pourtant authentiquement hyperactif ne révèle parfois aucun symptôme d'hyperactivité.

Ces auteurs invitent donc à la vigilance et à la connaissance de ces fluctuations afin de ne pas récuser à tort un TDAH sur la foi d'un examen unique [18].

Le tableau suivant résume les situations environnementales susceptibles d'influer sur l'intensité des symptômes du TDAH.

Augmentation	Diminution
Situations requérant effort/attention soutenue	Situation duelle ou supervision
Situations monotones	Situations nouvelles
Situations non structurées	En cas de récompense prévue
Fatigue	Si renforcement positif fréquent des comportements appropriés
En présence de la mère	En présence du père

Tableau 1 : Variations de la symptomatologie du TDAH en fonction des circonstances[19].

B. Formes cliniques

1. TDAH chez le petit enfant

Le TDAH débiterait dans la petite enfance alors qu'il ne va habituellement être diagnostiqué qu'à l'âge de la scolarisation. En réalité, l'hyperactivité chez le petit enfant est un problème délicat et encore assez mal connu, dont les implications cliniques, pronostiques, préventives, thérapeutiques et éthiques sont évidentes.

Parmi les symptômes précoces mais non spécifiques, on peut citer les cris fréquents, le retard des vocalisations, les difficultés alimentaires, les troubles du sommeil, les troubles de la communication non verbale comme les sourires et les caresses [19].

Par la suite, l'augmentation de l'activité, la distractibilité et les colères du jeune enfant sont là encore des signes cliniques pertinents bien que non spécifiques [17].

A l'âge préscolaire (entre l'âge de trois et cinq ans). Les enfants atteints de TDAH présenteraient des crises de colère fréquentes et intenses, un comportement noncompliant de type oppositionnel, non amélioré par les attitudes éducatives habituelles des parents. Le rejet par les autres enfants commence dès lors à se faire ressentir [19].

Plus la symptomatologie initiale est sévère, plus le trouble aura de chance de persister au cours du temps [17].

2. TDAH chez l'adolescent

Les études de suivi montrent que les symptômes se modifient quelque peu, mais le TDAH ne disparaît pas pour autant à l'adolescence. Il y a donc à la fois continuité et changement de la symptomatologie au cours du temps [20]. Les difficultés attentionnelles et organisationnelles persistent souvent, elles passent au premier plan du tableau clinique et sont à l'origine de piètres résultats scolaires, parfois d'une exclusion. On retrouve l'incapacité à rester en place, à faire longtemps la même activité, le besoin de bouger, parfois remplacés par une impression subjective de nervosité, de tension. Les adolescents TDAH éprouvent des difficultés à contrôler leur impulsivité, à l'origine de bagarres et de colères explosives.

A cet âge, apparaissent les conduites de risque sous-tendues par la recherche de sensations et de nouveautés (sports extrêmes). Ces jeunes sont, davantage que des sujets témoins, à l'origine d'infractions au code de la route ou d'accidents de véhicule associés à des dommages corporels. Les contraintes scolaires, les conflits autour du travail contribuent à détériorer les relations intrafamiliales et l'estime de soi de l'adolescent plus encore qu'avant la puberté [3].

3. TDAH chez l'adulte :

La symptomatologie du TDAH présente deux types d'évolutions différentes au fur et à mesure des années, de l'adolescence à l'âge adulte. Certains symptômes présentent une évolution homotypique, c'est-à-dire qu'ils se modifient peu et gardent la même expression que chez l'enfant. D'autres se transforment, leur évolution est dite hétérotypique.

3.1. Symptomatologie homotypique :

Les troubles attentionnels sont les plus persistants à l'âge adulte puisque 80% des patients garderaient une atteinte fonctionnelle handicapante à ce plan.

Les troubles de l'attention s'expriment plus à l'âge adulte car les contraintes organisationnelles sont plus importantes à cette période de la vie. En second lieu, l'impulsivité persiste chez 60% des patients.

Enfin, l'agitation concerne toujours à l'âge adulte 50% des patients mais se manifeste d'une manière plus modérée que pendant l'enfance. Elle s'exprime surtout par une sensation subjective d'impatience et d'instabilité.

3.2. Symptomatologie hétérotypique :

Une symptomatologie spécifique de l'adulte apparaît, qui consiste tout d'abord en des difficultés de planification. Elles sont directement liées aux difficultés attentionnelles présentées pendant l'enfance, qui entravent la construction des fonctions exécutives, à mesure que l'enfant peine à mettre en place des stratégies d'adaptation fonctionnelles.

De manière plus insidieuse, ensuite, on observe une symptomatologie anxieuse qui peut être confondue avec une co-morbidité et égarer le clinicien dans sa démarche diagnostique.

En effet, on observe chez ces personnes une intolérance au stress, voisine d'une anxiété de performance pour les actes de la vie quotidienne, surtout lorsque

les situations sont nouvelles et nécessitent des compétences organisationnelles certaines.

Dans le champ des compétences sociales, l'adulte TDAH peut développer une sous-estime de lui-même, résultat de relations sociales mises à mal par une impulsivité verbale, comportementale et cognitive.

C. Diagnostics différentiels :

Une des étapes primordiales de diagnostic de TDAH est l'élimination des diagnostics différentiels. Il s'agit d'une étape difficile car certaines situations ou maladies peuvent réaliser un tableau clinique proche du trouble ou bien lui être associées.

1. La simple turbulence

Il peut exister, notamment chez les jeunes enfants, des périodes d'hyperactivité motrice liées à une turbulence développementale. Ces épisodes sont retrouvés chez 15% des garçons âgés de 3 à 5 ans.

L'absence de retentissement sur le fonctionnement et le développement de l'enfant ainsi que le caractère limité dans le temps de ces comportements, permet d'écarter un TDAH.

2. Les pathologies somatiques

De nombreux troubles somatiques peuvent être à l'origine de symptômes évoquant un TDAH. Il faut être particulièrement attentif à l'existence d'endocrinopathies (hyper- hypothyroïdies), de déficits sensoriels (hypoacousie, problèmes visuels), de troubles neurologiques de type épileptique (absences) ou liés à un traumatisme crânien.

On trouve aussi certaines pathologies d'origine génétique comme l'X fragile, comportent dans leur phénotype comportemental une hyperactivité.

3. Les pathologies psychiatriques

Le trouble bipolaire peut comporter des symptômes d'hyperactivité. L'âge de début est cependant plus précoce dans le TDAH que dans le trouble bipolaire, ensuite l'évolution des symptômes est différente. Il existe une permanence de symptômes dans le TDAH alors que le trouble bipolaire évolue par épisodes.

Chez les préadolescents, une hypomanie peut être confondue avec une hyperactivité, car elles sont toutes les deux caractérisées par une augmentation de l'activité motrice et des difficultés de concentration [12].

Des troubles psychiatriques comme la schizophrénie, la dépression, l'anxiété peuvent se révéler sous le masque d'un TDAH. L'anxiété peut s'accompagner d'agitation, la dépression d'inattention et la schizophrénie d'impulsivité [12].

Enfin, Le tableau du syndrome d'Asperger est parfois difficile à distinguer du TDAH, car il comprend souvent de grandes difficultés dans les relations avec les pairs et une instabilité et des maladresses motrices tout en présentant un développement du langage globalement normal avec de bonnes capacités cognitives [1].

4. Les contextes psychosociaux

La maltraitance ou la négligence vis-à-vis de l'enfant peuvent conduire à des tableaux de stress post traumatique. Une situation familiale ou environnementale instable pouvant générer ennui et un sentiment d'insécurité chez l'enfant. Ce sont souvent l'évolution temporelle et l'anamnèse qui oriente le diagnostic.

D. Troubles comorbides

Une autre étape essentielle de l'évaluation est de rechercher un trouble associé. À l'âge scolaire, deux enfants hyperactifs sur trois présentent au moins un

autre trouble psychiatrique.

Le TDAH coexiste avec de nombreuses pathologies qui peuvent être classées en trois grandes catégories : les troubles des apprentissages, les troubles du comportement, dits externalisés, et les troubles émotionnels, dits internalisés[23].

La coexistence d'un autre trouble a un impact non seulement sur le plan pronostic, mais aussi sur les stratégies de traitement[22].

1. Les troubles spécifiques des apprentissages

Les troubles spécifiques des apprentissages sont parmi les troubles associés les plus fréquents dans le TDAH. Leur prévalence varie entre 31 et 45% selon les études avec une moyenne entre 20 et 25%.

Ces troubles peuvent affecter l'expression orale (dyslexie), le langage écrit (dysorthographe), l'acquisition des coordinations (dyspraxie) ou l'apprentissage des mathématiques (dyscalculie).

Ainsi, ces enfants TDAH semblent présenter plus fréquemment des retards neuro-développementaux de différents types. Les niveaux de capacités de langage sont atteints plus tard que la normale, les expressions de langage sont enfantines, la coordination sensitivomotrice est perturbée, les capacités d'écriture sont pauvres et de lecture inférieures à celles attendues au même âge.

Ces troubles sont donc à rechercher systématiquement face à un enfant ayant un TDAH et des difficultés scolaires car ils nécessitent des rééducations adaptées [1].

2. Les troubles du comportement

2.1. Le trouble oppositionnel avec provocation

Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) comprend un ensemble de comportements, hostiles ou provocateurs pendant au moins six mois associés à quatre des manifestations suivantes : colérique, contestataire, refus des règles

imposées par les adultes, ayant tendance à « embêter » souvent les autres, avec une notion d'intensité ou de fréquence supérieure à la normale.

Les comorbidités les plus fréquentes chez les enfants atteints de TDAH sont les problèmes de comportement comprenant les Troubles oppositionnels avec provocation (TOP). Ainsi, entre 25 à 75% des adolescents atteints de TDAH peuvent avoir un TOP associé. Ce risque de comorbidité augmenterait avec la sévérité du TDAH, avec l'adversité psychosociale, la discorde familiale, le bas niveau socio-économique, l'existence d'un trouble mental chez les parents et l'existence de troubles des conduites dans les antécédents familiaux [23].

Cette comorbidité est désignée comme un facteur de risque pour l'évolution chez l'adolescent et le jeune adulte vers des conduites antisociales ou l'abus de substances alors que ce risque est faible pour les TDAH « purs »[24].

2.2. Trouble des conduites

Ce trouble regroupe un ensemble de comportements répétitifs et persistants qui menacent les droits d'autrui et les règles sociales. Ces comportements regroupent des agressions physiques ou verbales, la destruction de biens matériels de façon délibérée, de la fraude et du vol et des violations graves de règles établies.

Un TDAH avec un trouble de conduites (TC) comorbide est une condition grave et persistante qui apparaît précocement et qui est souvent précédée par un TOP.

Néanmoins, le TC n'apparaît pas toujours en période prépubère, un enfant peut présenter un TC limité à la période de l'adolescence. Le trouble des conduites débutant précocement (avant l'âge de 10 ans) aurait un risque plus élevé de chronicité [1].

3. Les troubles émotionnels

À la différence des troubles du comportement, qui sont « bruyants » et gênants pour l'entourage, amenant ainsi l'enfant en consultation, les troubles émotionnels, sont souvent ignorés des parents. Ils sont d'évaluation plus difficile[22].

Il s'agit essentiellement de l'anxiété et de la dépression. La raison de leur association au TDAH n'est pas explicite. Une des hypothèses serait leur lien avec la faible estime de soi et l'insécurité ressenties par l'enfant en conséquences de ses échecs scolaires et lors de ses relations sociales.

Environ 33% des enfants ayant un TDAH présentent une anxiété comorbide (population générale: 5 à 15%) et l'association de troubles anxieux aux symptômes de TDAH majorerait l'handicap de l'enfant dans sa vie scolaire et sociale [1].

4. Autres

Les autres comorbidités possibles du TDAH sont les tics chroniques, les troubles du contrôle sphinctérien (énurésie, encoprésie). Les troubles du sommeil sont également fréquents.

Les enfants ayant une comorbidité avec le syndrome de Gilles de la Tourette ont souvent une psychopathologie particulièrement complexe et des difficultés importantes d'adaptation psychosociale (crises clastiques, symptômes obsessionnels compulsifs...).

V. EVALUATION DU TDAH

Le diagnostic nécessite une procédure d'évaluation précise basée sur les entretiens avec l'enfant et avec les parents et éventuellement sur les informations apportées par les enseignants et sur l'examen clinique, auxquels peuvent s'ajouter

des échelles de comportement, des tests neuropsychologiques, des bilans complémentaires orthophoniques et psychomoteurs.

A. Evaluation clinique

L'évaluation est d'abord et essentiellement clinique, fondée sur les entretiens avec les parents, avec l'enfant lui même et sur les informations données par les enseignants.

Ces trois sources d'information apportent des données différentes et complémentaires, toutes essentielles pour le diagnostic.

1. L'entretien avec les parents et l'enfant.

L'entretien avec les parents permet de préciser le motif de consultation, la fréquence, la sévérité, l'ancienneté des symptômes avancés. Il renseigne sur la chronologie et la durée de leur survenue.

Cet entretien a aussi pour objectif d'obtenir des informations sur le contexte de vie familiale de l'enfant, sur ses antécédents, sur son développement psychomoteur, sa scolarité, ses modalités relationnelles avec les enfants de son âge. Il précise aussi les répercussions du comportement de l'enfant au niveau familial, scolaire, social.

La difficulté lors de cette étape anamnestique consiste à amener les parents, généralement excédés et dépassés, à décrire de la façon la plus objective possible les troubles de leur enfant en réduisant au minimum la part subjective de leur appréciation liée tant à leur inquiétude qu'à leur culpabilité.

Dans une situation où l'accent est souvent mis d'emblée sur l'agitation de l'enfant, il importe d'aider les parents à décentrer leurs plaintes en invitant l'enfant, si son âge permet un dialogue, à faire part de son vécu de la situation, des sentiments qu'il éprouve face à son inadaptation comportementale.

Au cours de l'entretien avec l'enfant, l'analyse du comportement se voit ainsi

complétée par une analyse dans les domaines affectif, cognitif, relationnel. S'il est trop petit pour pouvoir participer à un entretien, d'autres modalités de communication lui sont proposées : dessin ou jeux en particulier.

L'observation directe au cours de cet entretien permet d'appréhender la qualité de la relation de la mère, du père et de l'enfant. Elle fait apparaître les modalités d'interactions et de communication intrafamiliale.

Les informations données par les enseignants sont très importantes. L'école est, de fait, une des meilleures situations pour observer et évaluer systématiquement les enfants hyperactifs car les symptômes comportementaux s'y exacerbent souvent. Les informations obtenues des enseignants sont particulièrement fiables et objectives. Ils observent, dans les mêmes circonstances, des enfants de même âge et de même sexe et basent donc leur opinion sur des comportements de référence. C'est aussi une observation de longue durée. Ils apportent des données essentielles sur les relations de l'enfant avec ses pairs, son comportement, le retentissement de celui-ci sur ses performances scolaires, ses acquisitions.

2. L'examen clinique

Il s'agit d'un examen complet visant à éliminer toute anomalie clinique majeure (micro ou macrocéphalie, syndrome cérébelleux, ataxie...). Il a aussi pour objectif une appréciation du développement psychomoteur et cognitif de l'enfant (langage, praxies, qualité d'acquisition du schéma corporel, de la latéralisation, des représentations spatio-temporelles).

B. Evaluation psychométrique

Les échelles du comportement sont chez l'enfant, en raison de sa faible contribution active à l'énumération des symptômes, une source de données essentielles pour le processus diagnostique ainsi que pour l'observation de l'évolution de l'enfant. Elles complètent le jugement clinique mais ne sont en aucun

cas destinées à se substituer à lui.

Elles sont constituées de listes de symptômes et permettent la quantification de ceux-ci en fonction de l'intensité ou de la fréquence. Elles aboutissent à un score total, obtenu par addition des scores de chacun des items qui reflètent l'intensité du trouble. Elles constituent une « photographie » de l'enfant sur le plan psycho-comportemental à un moment donné.

1. Echelles de Conners

Ce sont les plus couramment utilisées dans le domaine de l'hyperactivité infantile. Elles ont été développées en 1977, largement validées dans la population d'enfants hyperactifs (entre 3 et 17 ans). Elles sont fiables et faciles à utiliser. Ils comportent 3 versions :

- Une pour les parents, [Annexe 1],
- Une pour les enseignants, [Annexe 2],
- Une pour les enfants : une version simplifiée de dix questions, qui permettent de suivre l'évolution des symptômes sous traitement.

2. Les échelles de situations de Barkley

Il s'agit de questionnaires destinés à informer sur le type de situations dans lesquelles surviennent les problèmes comportementaux dans le cadre d'une hyperactivité. Chaque situation est cotée en « positive » ou « négative ». Ils sont un complément intéressant à l'évaluation comportementale, particulièrement lors de thérapies familiales et/ou comportementales [25].

C. Evaluation neuropsychologique

L'évaluation neuropsychologique permet l'appréciation du niveau intellectuel de l'enfant, l'évaluation du fonctionnement de l'enfant dans divers secteurs cognitifs, en particulier l'estimation des capacités attentionnelles dans des tâches requérant une attention soutenue.

1. Evaluation psychométrique de l'intelligence

L'évaluation psychométrique de l'intelligence est utile pour distinguer les performances académiques et les capacités intellectuelles, mais aussi pour établir le profil de l'enfant.

L'échelle la plus souvent utilisée chez l'enfant de plus de 6 ans est le WISC IV. Cette échelle permet d'explorer quatre domaines : l'indice de compréhension verbale, l'indice de raisonnement perceptif, la mémoire de travail et la vitesse de traitement de l'information[26].

2. Evaluation des capacités attentionnelles et des fonctions exécutives

L'utilisation de ces tests s'est considérablement développée ces dernières années. Leur intérêt reste néanmoins essentiellement expérimental et dans un but de recherche. Ils visent à objectiver les déficits cognitifs dans des conditions standardisées. Il s'agit le plus souvent de tests informatisés comme le CPT (Continuous Performance Test).

D'autres tests évaluent les fonctions exécutives, planification, flexibilité, mémoire de travail, qui sont perturbées dans l'hyperactivité (test de la Tour de Londres, test de Wisconsin). Mais ils ne sont pas pratiqués de manière systématique, ils sont surtout utilisés dans les services de recherche clinique [21].

D. Autres évaluations

Parmi les autres éléments du bilan dans le cadre du TDAH, une place particulière doit être donnée aux bilans orthophonique et psychomoteur.

- **Le bilan orthophonique** permet un examen du langage. Il repose sur des tests standardisés évaluant les compétences linguistiques orales et écrites de l'enfant. Il a différents objectifs : repérer l'existence d'un trouble spécifique du développement du langage ou des apprentissages (lecture, orthographe,

calcul) ; rechercher des difficultés spécifiques notamment au niveau attentionnel, mnésique et visuo-spatial ; évaluer le retentissement global du trouble sur les acquisitions.

- **Le bilan psychomoteur :** Il recherche des difficultés dans les domaines praxiques. Il est indispensable de différencier les problèmes de régulation comportementale et gestuelle fréquents chez les enfants hyperactifs des difficultés de coordination des mouvements, comme la dyspraxie. L'enfant dyspraxique est souvent maladroit et présente une altération de ses performances dans les mouvements nécessitant de l'habileté, cela en dépit d'une intelligence et d'un examen neurologique normaux. Il est important d'évaluer correctement le comportement moteur car une dyspraxie peut être associée et nécessitera alors une prise en charge adaptée [21].

Anamnèse	Histoire des troubles Histoire de la grossesse et du développement Problèmes actuels Cursus scolaire Contexte familial
Évaluation clinique	Symptômes de type TDAH Retentissement fonctionnel Comorbidité Ressources familiales
Évaluation standardisée	Entretiens diagnostiques Échelles d'évaluation (échelles de Conners, échelles de Brown...) Évaluations comportementales dimensionnelles
Évaluation cognitive (adaptée au contexte clinique)	Tests d'efficiency (échelles de Wechsler...) Tests d'attention (test de Stroop, Trail Making Test, test de performance continue...) Tests des fonctions exécutives, de mémoire...
Évaluation scolaire et des troubles des apprentissages	Avis des enseignants (contact ou évaluation standardisée) Bulletins, cahier de correspondance Évaluation pédagogique Bilan orthophonique Bilan psychomoteur

Tableau 2 : Principales étapes de l'évaluation clinique et cognitive des symptômes du TDAH

VI. CONSEQUENCES DU TDAH

Les conséquences des symptômes du TDAH pour le patient lui-même et pour son entourage sont d'autant plus importantes lorsque le trouble n'est pas diagnostiqué [27].

Une revue de la littérature parue aux Etats-Unis en 2009, a détaillée les conséquences du TDAH sur les relations sociales, la dynamique familiale, les performances scolaires, et l'abus de substances [28].

A. Conséquences personnelles

L'enfant TDAH est souvent confronté à une image négative renvoyée par son entourage. Cet état est d'autant plus culpabilisant lorsque le diagnostic n'est pas posé, rendant l'enfant entièrement responsable de ses difficultés. Ceci conduit souvent à une dégradation progressive de l'estime de soi et à une aggravation des maladresses dans les interactions humaines. Ainsi confrontés à ces difficultés, la plupart des enfants connaissent des situations de stress chronique dans leur vie quotidienne [27].

L'existence d'un TDAH dans l'enfance est associée à une augmentation du risque d'abus d'alcool et de consommation de substances psychoactives à l'adolescence. Il a aussi été retrouvé chez 25% à 33% des adolescents consommant des produits illicites de façon abusive, un diagnostic de TDAH.

B. Conséquences familiales

L'enfant présentant un TDAH peut aussi souffrir de difficultés relationnelles au sein même de la famille. Ses troubles du comportement peuvent générer une sévérité plus importante de la part des parents et en particulier de la mère. Cet enfant est

d'avantage puni (pour les mêmes fautes) que ses frères et sœurs et il est moins encouragé et félicité.

Cet environnement familial peu favorable entraîne un effet délétère sur l'enfant et peut renforcer la symptomatologie [27].

Les conflits sont plus fréquents au sein des familles ayant un enfant avec TDAH. Ces enfants se disputent plus fréquemment avec leurs frères et sœurs, ils peuvent être victimes de violence physique et verbale, de manipulation voire de jalousie lorsque les parents doivent leur consacrer plus de temps qu'au reste de la fratrie [28].

C. Conséquences scolaires

Les enfants TDAH ont souvent des difficultés sur le plan scolaire : 30 à 50% d'entre eux présentent des troubles d'apprentissage associés. Mais même ceux qui n'ont pas de troubles spécifiques d'apprentissage ont souvent des problèmes liés à la lecture, à l'écriture et aux mathématiques en raison de difficultés secondaires à un déficit de l'attention et de la mémoire à court terme.

Les enseignants, en l'absence d'information sur le diagnostic, peuvent développer des attitudes dévalorisantes vis-à-vis des enfants avec TDAH, pouvant gêner l'expression de leurs compétences.

D. Conséquences sociales

Les enfants ayant un TDAH et plus particulièrement les garçons peuvent présenter des difficultés d'interactions avec leurs pairs sous forme de revendications, d'agressivité et de manque de compréhension vis-à-vis de leurs interlocuteurs. De ce fait, deux tiers des enfants ayant un TDAH n'ont pas ou peu d'amis [27].

Ces difficultés sociales entraînent chez l'enfant une frustration, des réactions émotionnelles fortes (sentiment de rejet), des troubles de l'humeur et une faible

estime de soi. C'est donc une forme de "cercle vicieux" qui peut se former au niveau social.

Les enfants ayant un TDAH vont être plus enclins de ce fait à chercher d'autres cercles sociaux et sont plus à risque de rejoindre des groupes "antisociaux", de s'exposer à des consommations abusives de substances et à des consommations plus précoces de tabac[28].

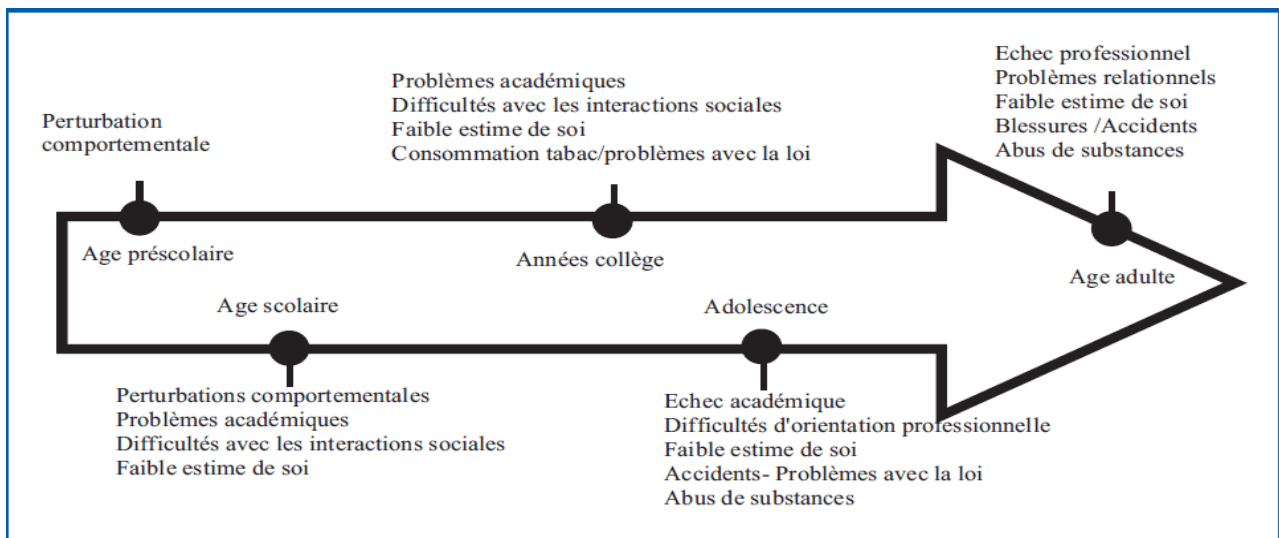


Figure 2 : Impact développemental du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité [29].

VII. NOSOGRAPHIE

A. Classifications avant le DSM-5

1. DSM-IV, 1994

Dans la quatrième édition du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », c'est dans la catégorie « Troubles : déficit de l'attention et comportement perturbateur » qu'est classé le « Trouble : Déficit de l'Attention /Hyperactivité ».

On observe un modèle bidimensionnel (Déficit de l'attention et/ou Hyperactivité-Impulsivité) définissant trois sous-types cliniques de TDAH : une

forme avec prédominance du déficit attentionnel, une forme avec prédominance de l'hyperactivité-impulsivité et une forme mixte. [Annexe 3]

- Dans la forme inattentive, l'enfant doit présenter au moins six des neuf critères d'inattention.
- Dans la forme hyperactive, l'enfant doit présenter au moins six des neuf critères d'hyperactivité-impulsivité.
- Dans la forme mixte, l'enfant présente à la fois six ou plus critères d'inattention et six ou plus critères d'hyperactivité-impulsivité.
- A noter qu'il est également mentionné un « Trouble : déficit de l'attention/hyperactivité, non spécifié », réservé aux troubles avec symptômes évidents d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité, mais qui ne remplissent pas tous les critères de Trouble déficit de l'attention/hyperactivité.

Cette classification insiste sur la gêne fonctionnelle produite par les symptômes avant l'âge de 7 ans, sur la nécessité de constater cette gêne dans au moins deux types d'environnements différents et sur l'altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

2. CIM-10

Dans la 10ème édition de la classification internationale des maladies (CIM-10), éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé, le TDAH est classé dans les troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, sous le nom de « troubles hyperkinétiques ».

Les critères diagnostiques pour la recherche des « troubles hyperkinétiques » exigent la présence d'une inattention, d'une hyperactivité et d'une impulsivité qui sont de début précoce, envahissantes, persistantes, et présentes dans plusieurs situations, et qui ne sont pas dues à un autre trouble. [Annexe 4]

Les critères de base servant au diagnostic sont tout à fait comparables entre le

Trouble : déficit de l'attention/hyperactivité du DSM-IV et le trouble hyperkinétique de la CIM-10. Ces classifications diffèrent toutefois dans le poids qu'elles accordent aux dimensions du trouble : impulsivité et hyperactivité constituent une même dimension dans le DSM-IV, alors que la CIM-10 les considère comme séparées. Ainsi, le trouble hyperkinétique selon la CIM-10 est proche de la forme mixte du TDAH du DSM-IV.

3. CFTMEA-R 2012

La Classification Francophone des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA), publiée en 1988, correspond à la tradition nosographique et conceptuelle de la pédopsychiatrie française, s'appuyant sur les réflexions psychanalytiques. La dernière révision qu'a connue cette classification était en 2012, visant à mieux prendre en compte certains aspects de la clinique jusque-là moins bien étudiés.

Selon la CFTMEA, les symptômes s'intègrent dans le Chapitre 7.00 : Hyperkinésie avec trouble de l'attention classée parmi les troubles des conduites et des comportements.

La description symptomatique est brève et globale dans la CFTMEA : l'hyperkinésie est caractérisée d'un point de vue symptomatique avec un versant psychique et un versant moteur. L'impulsivité est ici incluse dans la dimension psychique du trouble [Annexe 5].

Comme dans la CIM-10, les deux versants attentionnel et moteur doivent être présents pour satisfaire à la description du trouble hyperkinétique, à la différence du DSM IV dans lequel existe la forme « Trouble : déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante ».

B. Classification du DSM-5

La cinquième version de la classification Diagnostic and Statistical Manual

Disorder, publiée en mai 2013, a essentiellement apporté la description précise du TDAH chez les adultes affectés par le TDAH par rapport à sa version précédente. Cette révision est basée sur deux décennies de recherche montrant que le TDAH, bien qu'étant un trouble commençant durant l'enfance, peut persister à l'âge adulte chez certains patients.

Le DSM-5 insiste sur l'importance de recueillir des informations sur les symptômes et leurs retentissements auprès de deux sources différentes (par exemple les parents et l'école). Cependant, ce point ne constitue pas un critère obligatoire pour le diagnostic.

Dans le DSM-4 et le DSM-4-TR, un TDAH ne pouvait pas être diagnostiqué si les symptômes survenaient exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement. Dans le DSM-5, il devient possible de diagnostiquer à la fois un TDAH et un trouble du spectre autistique qui sont alors considérés comme comorbides.

Les critères diagnostiques sont pratiquement inchangés, mais ils sont explicités dans le DSM-5 par des exemples qui s'appliquent aussi aux grands adolescents et aux adultes.

Les « types » du DSM-4 (mixte, inattention prédominante, hyperactivité/impulsivité prédominante) deviennent dans le DSM-5 des « présentations » qui peuvent être spécifiées. Le DSM-5 introduit de plus des spécifications supplémentaires :

- En rémission partielle, quand l'ensemble des critères ne sont plus remplis mais que le trouble entraîne encore une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel
- la spécification de la sévérité (sévère, moyenne ou légère) en fonction du nombre de symptômes présents en plus de ceux nécessaires au seuil

diagnostique.

VIII. FACTEURS ETIOPATHOGENIQUES

Concernant la compréhension étiopathogénique du TDAH, différents modèles étiologiques ont été développés. Il est important de noter, qu'à ce jour, il n'y a pas d'observation d'association causale précise entre un ou plusieurs facteurs définis et l'apparition du TDAH. Ils'agirait plutôt d'une combinaison de plusieurs facteurs de risques biologiques, environnementaux et culturels. [11]

A. Facteurs génétiques

Une origine polygénétique du TDAH est suspectée depuis les années 70, date des premières études d'agrégation familiale. Elles retrouvent un risque relatif 2 à 8 fois supérieur à la population générale pour les apparentés de premier degré d'un patient TDAH [30].

Les études chez les jumeaux montrent des taux de concordance plus élevés chez les jumeaux monozygotes (66%) que chez les jumeaux dizygotes (28%) avec une héritabilité estimée à 80% [31]. Le TDAH a donc un mode de transmission à caractère familial.

Les recherches en biologie moléculaire se sont naturellement intéressées en priorité au système dopaminergique. Les gènes codant pour le transporteur de la dopamine (DAT1) et ceux codant pour les récepteurs à la dopamine (DRD4 et DRD5) ont été particulièrement étudiés, les études concluent à un polymorphisme des gènes considérés mais qui pourraient être incriminés dans la genèse du trouble.

B. Facteurs neurobiologiques

Des arguments suggèrent l'implication des systèmes dopaminergiques et noradrénergiques dans la physiopathologie du TDAH[17].

Le système noradrénergique innerve de façon importante le cortex préfrontal, qui joue un rôle fondamental à trois niveaux :

- le traitement et la hiérarchisation de l'information
- les processus d'inhibition de réponse à des stimuli « perturbateurs »
- la mémoire de travail

Les patients atteints de TDAH présentent une diminution de l'activité globale du système noradrénergique. Une hypoactivité corticale serait impliquée dans le déficit de mémoire de travail et une hyperactivité sous-corticale provoquerait l'excitabilité.

La dopamine intervient dans l'initiation et l'harmonisation de la motricité, mais également dans l'éveil, l'attention et la mémorisation.

Il existe différentes voies dopaminergiques au niveau central, tout particulièrement les faisceaux méso-limbique et méso-cortical, qui sont impliqués dans :

- les mécanismes de récompense
- l'apprentissage et la mémoire
- les réactions comportementales liées à l'émotivité et à l'anxiété.

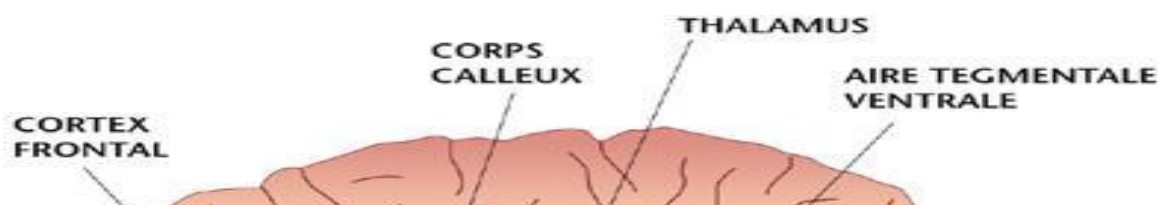


Figure 3 : Les faisceaux méso–limbique et méso–cortical du système dopaminergique central

Les patients atteints de TDAH présentent une diminution de l'activité globale du système dopaminergique.

Les troubles de l'attention seraient liés à une hypo-activation corticale des circuits de la dopamine, tandis que l'hyperactivité sous corticale de ce neuromédiateur serait responsable de l'agitation et de l'impulsivité.

C. Facteurs neuroanatomiques

Différentes techniques d'imagerie cérébrale ont été utilisées dans l'exploration du trouble et convergent vers l'implication de certaines structures cérébrales (essentiellement le cortex préfrontal et les ganglions de la base) qui sont modulées par les systèmes dopaminergiques et noradrénergiques. Des anomalies morphologiques et des anomalies fonctionnelles ont été identifiées.

Les données structurelles les plus récentes sont fournies par l'IRM. Les principales études contrôlées rapportent des anomalies des ganglions de la base et

des lobes frontaux avec une diminution du volume du cortex préfrontal droit chez les hyperactifs et une perte de l'asymétrie des noyaux caudés [32].

Des études réalisées avec le PETSCAN ont montré une réduction globale de 8% du métabolismecérébral du glucose chez les sujets hyperactifs par rapport aux sujets témoins. La réduction était plusimportante dans le cortex préfrontal, le striatum et le thalamus. Ces régions cérébrales sontimpliquées dans le contrôle de l'activité motrice et dans l'attention [33].

D. Facteurs neuropsychologiques

Des contributions fondamentales ont été apportées ces vingt dernières années, par l'approche dite fonctionnelle de la neuropsychologie et la psychologie cognitive, à la compréhension des troubles comportementaux et attentionnels observés dans le TDAH.

Le concept théorique actuel de TDAH repose sur la notion de troubles des fonctions exécutives et plus spécifiquement sur le déficit du contrôle inhibiteur des impulsions.

Les fonctions exécutives se réfèrent à l'ensemble des processus nécessaires à la réalisation de tâches complexes. Il s'agit de la capacité à inhiber des réponses automatiques, à sélectionner une réponse pertinente parmi d'autres, à élaborer un plan d'action, à le séquencer en opérations élémentaires, à maintenir un programme d'action dirigé vers un but et à vérifier la pertinence d'une réponse ou d'une séquence d'action. Une des nombreuses modalités de ce contrôle est l'« inhibition de réponse » et c'est elle qui serait spécifiquement perturbée dans le TDAH [32].

Plusieurs modèles cognitifs du TDAH ont été développés autour de cet aspect de « défaut d'inhibition de réponse ». Certains auteursconsidèrent le déficit d'inhibition de réponse motrice comme le processus fondamental dans ce trouble

[34]. Ce déficit primaire entraîne des perturbations secondaires des quatre autres sphères des fonctions exécutives :

- La mémoire de travail (non verbale) : soit la capacité de conserver mentalement une ou plusieurs informations et à les manipuler en fonction de la consigne reçue
- L'autorégulation des processus de motivation, de vigilance et des affects : soit la capacité de freiner une réponse automatique pour identifier la bonne réponse et après avoir produite celle-ci, vérifier sa pertinence
- L'internalisation du discours (mémoire de travail verbale) ; soit la capacité d'évoquer en images mentales et/ou de se décrire mentalement la démarche à suivre, en évaluant les différents aspects en jeu et les avantages ou inconvénients qui pourraient en résulter
- La reconstitution.

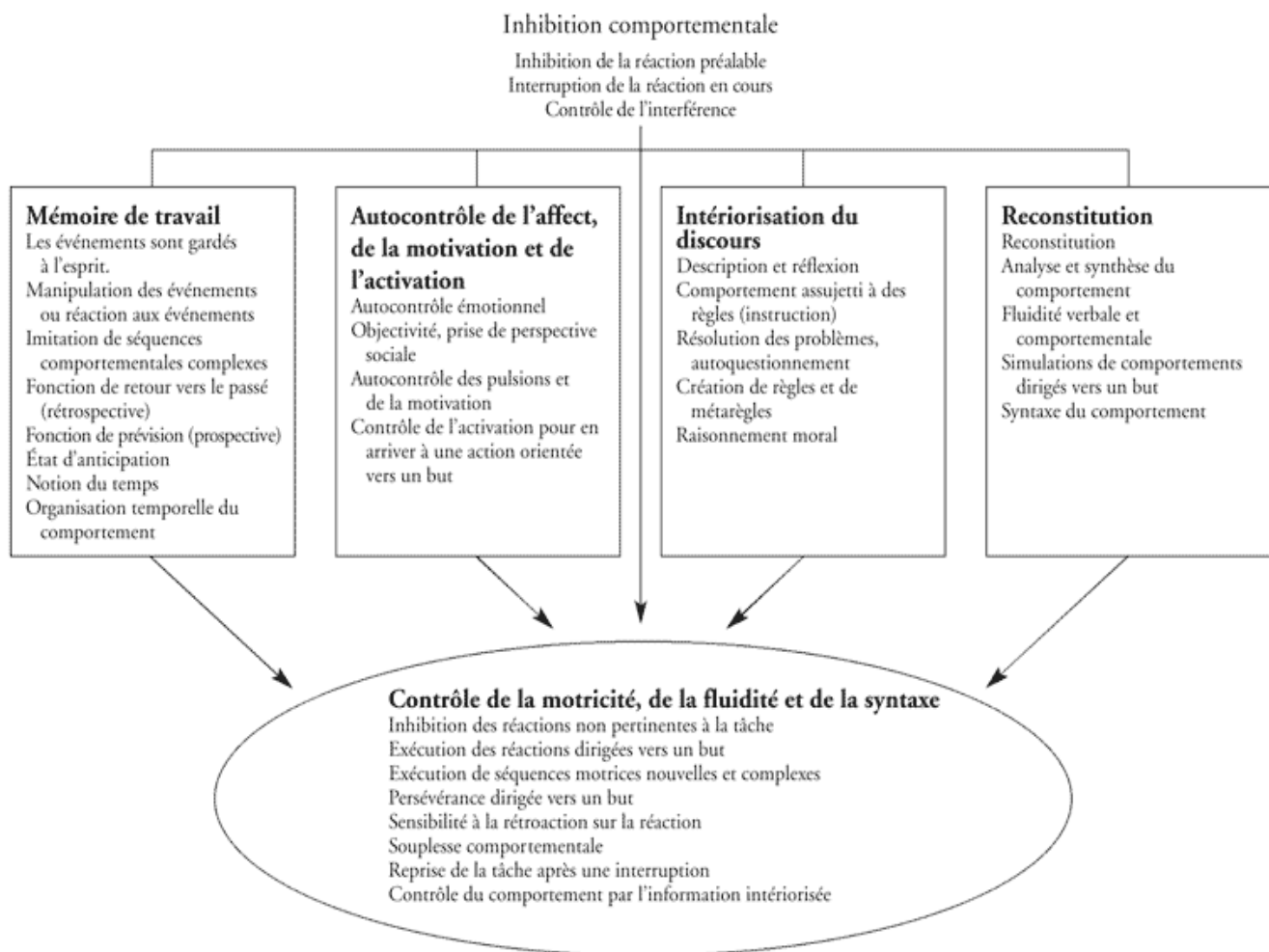


Figure 4 :Le modèle hybride des fonctions exécutives et leur relation à l'inhibition et aux systèmes de contrôle moteur d'après Barkley [34]

Or, ces fonctions exécutives exercent un rétrocontrôle(feedback) sur les processus d'inhibition, ce qui, dans les conditions normales, permet une autorégulation et un fonctionnement adaptatif optimal avec une fluidité et une flexibilité des réponses motrices. Dans le TDAH, la totalité des ces fonctions exécutives est perturbée en répercussions du défaut d'inhibition de réponse. Ceci aggrave en retour par feedback les trois processus simultanés quicomposent les processus d'inhibition de réponse :

- l'inhibition d'une réponse potentielle latente à un évènement ;
- l'inhibition ou interruption d'une réponse en cours ;

- le contrôle des interférences, c'est-à-dire le contrôle des événements ou stimuli intercurrents, susceptibles de perturber la capacité d'inhibition de réponse.

L'impulsivité caractéristique du TDAH serait donc le reflet d'une perturbation globale des fonctions exécutives.

E. Facteurs environnementaux

De nombreux facteurs environnementaux ont été examinés comme risques potentiels de TDAH mais aucun ne peut être considéré à ce jour comme une condition nécessaire et suffisante à la survenue du trouble.

Il est probable que la vulnérabilité constitutionnelle issue des facteurs endogènes que nous venons de décrire (facteurs génétiques, anatomiques, chimiques et cognitifs) n'est pas non plus suffisante en elle-même pour aboutir à la constitution du trouble au sens pathologique du terme. Il faut vraisemblablement pour cela que des facteurs exogènes environnementaux (familiaux et/ou sociaux) interagissent avec ce terrain individuel vulnérable. C'est sans doute le jeu complexe des interactions à ces deux niveaux – endogène et exogène – qui contribue insidieusement à l'apparition et à l'évolution du TDAH.

Les facteurs alimentaires comme les colorants, les agents de conservation, les arômes artificiels, les apports excessifs de sucre ont longtemps été suspectés d'implication dans le TDAH, mais aucun lien significatif n'a été montré.

De nombreux facteurs environnementaux jouent en effet un rôle dans la survenue du TDAH. Les principaux facteurs de risque sont :

1. Facteurs toxiques et périnataux influençant le cerveau au cours de la grossesse ou du développement

- Alcool, tabac et autres abus de substances pendant la grossesse
- Exposition à des niveaux excessifs de plomb
- Malnutrition
- Naissance prématurée, petit poids de naissance

2. Variables micro-environnementales influençant l'enfant et/ou sa famille de manière proximale

- Faible niveau socioéconomique
- Faible niveau d'éducation des parents
- Séparation précoce
- Mère isolée (père absent)
- Maternité précoce
- Abus sexuel et/ou maltraitance
- Violence familiale et/ou alcoolisme
- Parents présentant un trouble mental (dépression maternelle ; personnalité antisociale)
- Utilisation parentale de punitions excessives par opposition aux encouragements

3. Variables macro-environnementales dont l'influence se situe à un niveau plus général

- Résidence urbaine
- Minorité en situation sociale d'exclusion ou de discrimination
- Exclusion scolaire qui favorise le désavantage social et la mésestime de soi
- Culture violente et compétitive
- Exposition excessive à la télévision (surtout entre un et trois ans)

Tableau 3 : Facteurs de risque environnementaux du TDAH [35]

IX. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Le début précoce du TDAH et sa chronicité, son retentissement dans tous les domaines de la vie, les nombreux troubles comorbides l'accompagnant, font de ce trouble une entité complexe ne pouvant se résumer à une affection neurologique. Sa prise en charge implique donc d'être globale, multimodale et prolongée.

De nombreux traitements sont destinés aux personnes souffrant de TDAH.

Ils ont tous pour objectif d'améliorer leur qualité de vie. Pour ce faire, ils tentent de contrôler les symptômes posant problème au quotidien et/ou les comorbidités également présentes. Cependant, actuellement, aucun traitement ne guérit de manière définitive le trouble en lui-même.

L'intérêt d'une approche multimodale a été démontré par de nombreuses études dont l'étude MTA (597 enfants) et l'étude d'Abikoff (103 enfants) [36,37]. Ces études ont montré la supériorité de l'approche multimodale sur les traitements isolés, qu'ils soient psychothérapeutiques ou médicamenteux, avec une efficacité dans 68 à 80 % des cas.

A. Prise en charge non pharmacologique

1. La psychoéducation

La psychoéducation est une discipline au carrefour de la psychologie et de l'éducation spécialisée, elle est définie comme une « alliance thérapeutique centrée sur la collaboration, l'information et la confiance ».

En individuel, la psychoéducation aura pour but de mettre en place des moyens compensatoires en fonction des besoins du patient pour lui permettre une meilleure adaptation. La prise en charge peut aussi se faire en groupe.

Dans le cadre du TDAH, cette prise en charge aura comme objectif d'aider la personne atteinte de TDAH à s'intégrer le mieux possible sur le plan scolaire et familial.

2. La psychothérapie

L'approche psychothérapique de l'enfant présentant un TDAH est indispensable dans la majorité des cas, visant à une amélioration durable du trouble. Elle associe une prise en charge de l'enfant lui-même à un travail familial, indispensable pour révéler et résoudre les conflits qui peuvent se jouer autour du problème de l'enfant.

Quel que soit le substratum théorique auquel se réfèrent les thérapies (approches analytique, systémique ou cognitivo-comportementale), elles visent à intervenir sur les aspects psychiques, émotionnels et relationnels du trouble.

2.1 Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) :

Les thérapies comportementales et cognitives sont très souvent préconisées dans le traitement de l'hyperactivité avec déficit de l'attention. Leur objectif est d'intervenir directement sur les modes de pensée et les comportements des patients. Dans le cadre du TDAH, le but de TCC est de compenser les déficits développementaux qui définissent le trouble [38].

Des procédés variés sont appliqués, visant au développement par l'enfant de capacités d'autocontrôle grâce à la réalisation de petits objectifs définis à l'avance avec le thérapeute (avoir une attention soutenue sur une courte durée qui va s'allonger progressivement, faire une activité après l'autre, attendre son tour dans les jeux...). Les étapes sont progressives et chaque succès est valorisé par le thérapeute et par la famille.

Les objectifs atteints renforcent l'estime de soi et l'observance de l'enfant et de son entourage dans le travail psychothérapeutique.

De nombreuses études ont évalué l'efficacité à court terme des techniques cognitivo-comportementales. Les résultats montrent qu'elles sont des compléments indispensables au traitement médicamenteux lorsque celui-ci est prescrit [39].

2.2 La psychothérapie d'inspiration analytique

Il s'agit de comprendre la détresse de l'enfant, d'amener à la conscience l'origine des conflits et des conduites symptomatiques à mesure qu'ils apparaissent et se reproduisent dans le cours des séances, puis de donner à l'enfant les moyens de mieux élaborer, surmonter et/ou tolérer ses conflits.

Le thérapeute essaie de faire prendre conscience à l'enfant de ses conflits internes, dans le but de les régler. Pour ce faire, il utilise le mécanisme du transfert : le psychanalyste devient peu à peu aux yeux de l'enfant le représentant fantasmatique de la source des conflits. L'enfant va vivre consciemment ses conflits internes avec l'aide du thérapeute pour les résoudre.

Le thérapeute aide l'enfant à trouver un mode de résolution de ses difficultés inconscientes, basé sur le verbal plutôt que sur l'action[11].

3. Les rééducations

3.1 La rééducation orthophonique

La rééducation orthophonique permet une prise en charge des divers troubles du langage oral et/ou écrit. Par une amélioration des compétences linguistiques de l'enfant, elle permet à celui-ci de mieux pouvoir s'exprimer et se faire comprendre. Elle est aussi particulièrement indiquée chez les enfants qui présentent des troubles des apprentissages scolaires associés aux symptômes de TDAH.

3.2 La rééducation psychomotrice

Elle vise à renforcer les fonctions psychomotrices de base (motricité, organisation corporelle dans l'espace et le temps). Elle permet à l'enfant d'enrichir ses perceptions corporelles dans l'action adaptée et précise, d'affiner la séquence spatiale de son geste en référence à son schéma corporel, d'intégrer la séquence temporelle inhérente à toute gestualité, de repérer les limites de son corps, y compris dans l'immobilité, de découvrir un autre mode de communication corporelle.

Les techniques psychomotrices sont particulièrement indiquées chez le jeune enfant, en particulier avant le développement du langage, mais également chez l'enfant plus grand. Elles peuvent être proposées à visée symptomatique avant même qu'un diagnostic syndromique soit évoqué.

4. Remédiation cognitive

La remédiation cognitive est, de manière générale, basée sur l'évaluation et la compréhension des déficits comportementaux et cérébraux du patient[1].

La remédiation cognitive se base sur le principe de plasticité cérébrale, c'est-à-dire « la capacité du cerveau à modifier l'organisation de ses réseaux de neurones en fonction des expériences de l'organisme. » [40].

Dans le cadre du TDAH, l'entraînement des fonctions cognitives peut permettre le développement de réseaux neuronaux qui favoriseraient l'efficacité des fonctions exécutives et attentionnelles.

En ce qui concerne l'application de la remédiation cognitive au TDAH, l'idée est en partie issue des études de psychologie cognitive ayant identifié des déficits cognitifs associés au trouble: déficits des fonctions attentionnelles et exécutives (inhibition, mémoire de travail, planification de l'action et résolution de problèmes).

Il semble ainsi que la remédiation cognitive adaptée aux "tâches d'attention partagée" et à des tâches scolaires de compréhension de lecture et de copie montre des améliorations. Des améliorations des symptômes d'inattention ont été également rapportées par les parents dans certaines études[41].

B. Prise en charge pharmacologique

L'utilisation des traitements médicamenteux est toujours sujet à débat malgré une meilleure connaissance de leurs effets. En effet, la décision de prescrire un médicament devra se fonder sur une évaluation rigoureuse de la sévérité, de la chronicité des symptômes et de leur impact sur le fonctionnement scolaire, familial et social, en tenant compte de l'âge de l'enfant.

La famille des psychostimulants est la plus utilisée dans le cadre du TDAH, surtout dans les formes où l'inattention prédomine. L'action principale de ces médicaments est d'inhiber les réponses et d'augmenter la vigilance.

Le Méthylphénidate (Rilatine®, Concerta®) est le médicament de loin le plus employé en cas de TDAH. Il ne guérit pas le trouble et ne prévient pas sa persistance à l'âge adulte, mais il est là pour réduire les symptômes essentiels du trouble. En revanche, il n'a aucun impact sur les troubles des apprentissages associés. Il est bien toléré et ne présente que peu d'effets secondaires. Les plus fréquemment observés sont l'insomnie, la diminution d'appétit, l'irritabilité et la perte de poids.

CHAPITRE 2 : la PSYCHOEDUCATION DANS LE TROUBLE DEFICIT DE L'ATTENTION/ HYPERACTIVITE

I. GENERALITES SUR LA PSYCHOEDUCATION

A. Concept

La psychoéducation est une discipline qui est née au Québec en 1971 et qui tire son origine de la psychologie et de l'éducation spécialisée [42].

Concernant la composante « psycho », elle s'inspire de la psychologie américaine et pour la composante « éducation », elle est fortement influencée par l'éducation spécialisée européenne[43].

La psychoéducation est une alliance thérapeutique centrée sur la collaboration, l'information et la confiance [44].

Il ne s'agit pas simplement d'une transmission d'information, mais aussi d'une méthode pédagogique adaptée aux troubles, avec des objectifs thérapeutiques qui visent des aspects psychologiques, une modification des attitudes et des comportements, ainsi qu'une augmentation du soutien social[45].

Gendreau décrit l'intervention psychoéducative comme « Une intervention spécialisée qui, en utilisant le milieu de vie d'un jeune aux prises avec des difficultés spécifiques d'adaptation, accompagne et soutient ce jeune dans sa démarche vers un meilleur équilibre face à lui-même et face à son entourage »

B. Bases de la psychoéducation

1. Relation médecin-malade

La relation entre le médecin et son malade est une rencontre spécifique, interactive, momentanée et localisée. Elle porte sur d'offre(s) symptomatique(s) avec demande(s) de soutien et/ou de guérison. Il devrait, en effet, s'agir d'un dialogue interactif et qui demande réponse(s). Cette réponse peut-être l'acceptation ou le refus de prise en charge [46].

La relation thérapeutique est actuellement en pleine mutation, mettant en avant les droits de l'individu, notre société souhaite faire évoluer la relation médecin patient d'un modèle « paternaliste » vers un modèle « d'autonomie ». Cette évolution se traduit notamment dans les nouvelles obligations liées à l'information et au consentement éclairé du patient concernant les soins ainsi qu'à la communication du dossier médical au patient.

2. Communication soignant-soigné

La communication est un échange de messages entre les personnes. Elle suppose l'existence d'émetteurs et de récepteurs, ce sont les soignants et les soignés, ainsi qu'un système de transport de messages par vecteurs verbaux, écrits ou comportementaux dans un espace d'expansion défini [47].

La communication est un des aspects essentiels de la relation, car de sa qualité dépend celle de la relation. Son rôle est décisif à toutes les phases de l'exercice médical : c'est elle qui donne à l'accueil sa tonalité, à la décision son sérieux, autrement dit sa clarté, à l'observance son efficacité, à condition qu'on ne la réduise pas au statut de marchandise, objet d'enjeux économiques [48].

3. Information du patient

Quant à l'information, elle est à la fois le produit de la communication et le ciment de la relation. C'est du jeu harmonieux de ces différentes composantes qu'émerge un climat de confiance réciproque [48].

La façon dont l'information est présentée par le médecin influence la réaction du patient : « Quand le savoir passe des lèvres du médecin à l'oreille du patient, il prend une connotation nouvelle. Ce qui est connaissance pour le médecin devient vérité sur son destin pour le malade » [49].

3.1 Droit à l'information

Le droit du patient à l'information médicale est devenu un pilier du contrat de la relation de confiance entre le médecin et son malade. Il constitue aujourd'hui un volet important de l'intervention en psychiatrie.

L'information du patient et de sa famille doit être claire, nuancée, ajustée au degré de la compréhension de chacun, éventuellement réitérée. Elle demande de la part du médecin une attention particulière car elle est chargée, pour le malade, de tous les espoirs et de toutes les appréhensions, qu'il s'agisse de la révélation d'un diagnostic, de la proposition d'un examen complémentaire ou du choix d'un traitement [50].

La nécessité d'informer les personnes soignées à partir des données scientifiques est reconnue au niveau international [51].

L'information doit être donnée en langage compréhensible et adaptée au contexte socioculturel du patient. Le fait de se mettre au même niveau de communication que les patients et leurs familles serait l'occasion de créer un climat de confiance plus important permettant d'utiliser le contexte culturel des patients, non plus comme un obstacle mais comme un outil d'intervention. Cela permettrait également d'opérer

une plus grande ouverture vis-à-vis des patients et de leurs systèmes familiaux et de travailler aussi avec les compétences des familles [46].

3.2 Supports de l'information

➤ L'information orale

L'information orale est primordiale car elle peut être adaptée au cas de chaque personne. Il est nécessaire d'y consacrer du temps et de la disponibilité, et, si nécessaire, de la moduler en fonction de la situation du patient. Elle requiert un environnement adapté. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes du patient. Elle peut nécessiter d'être délivrée de manière progressive.

➤ L'information écrite

Un document écrit d'information vise à mettre à la disposition des patients et de leurs proches une information écrite compréhensible, reposant sur des sources d'information valides. Il complète l'information délivrée oralement par le professionnel de santé (mais ne la remplace pas) et peut aider le patient à participer aux décisions qui concernent sa santé [51].

Plus la famille consulte ces documents d'information plus il comprendra qu'il est possible de vivre une vie satisfaisante et productive avec une maladie mentale qui est correctement diagnostiquée, acceptée et contrôlée. On peut citer à titre d'exemple les brochures, les dépliants et les affiches.

➤ L'Internet

Dans de nombreuses situations, l'internet représente un moyen efficace d'information et de communication complémentaire des rencontres avec les professionnels de santé. Nous distinguons quatre types de services aux patients : l'accès au contenu des sites web, la participation à des communautés, la

communication électronique avec le médecin, les applications gérant des données personnelles de santé [52].

➤ **L'Information audiovisuelle**

Certes l'internet, les affiches d'information, les dépliants, les brochures et les articles de presse sont des moyens efficaces. Cependant, l'utilisation des moyens audio visuels dans notre contexte marocain s'avère plus accessible aux masses populaires du point de vue économique, social et culturel (analphabétisme, manque de moyens...). L'utilisation d'un support visuel peut faciliter grandement la mémorisation et la compréhension du patient et de sa famille[46].

C. Dimensions de la psychoéducation

La thérapie psycho-éducative met en jeu trois dimensions:

1. Dimension pédagogique

Il s'agit de partager avec pédagogie, de façon claire, structurée et objective, les connaissances que nous possédons actuellement sur le trouble et d'en discuter avec le patient et sa famille.

Bachrach le mentionne très justement : « Chaque fois que nous utilisons une pensée floue et des concepts imprécis dans nos soins aux patients, nous augmentons notre potentiel déjà considérable de confusion et d'obstacles pour les patients handicapés dans leur psychisme »[53].

Cet enseignement a pour buts de lever des malentendus, d'apporter des données étayées scientifiquement et surtout de proposer une nouvelle conceptualisation de la maladie, qui fournira un cadre de référence commun.

Contrairement aux informations qui sont traditionnellement données de façon informelle et fragmentaire durant les consultations, la psychoéducation propose une démarche d'enseignement structurée, progressive et étalée dans le temps.

2. Dimension psychologique

Il semble nécessaire de ne pas se limiter à une simple information, même si elle paraît indispensable. Il doit s'y ajouter une démarche psychologique, un échange, une écoute et un soutien. C'est la prise en compte de problèmes sensibles et incontournables [46].

La psychoéducation contribue à la reconstruction de l'identité, au développement des compétences à faire face, et à l'exploration des émotions générées par les troubles. Les réactions des interlocuteurs face au partage d'information permettent d'ancrer les connaissances et contribuent à modifier les représentations de la maladie [54].

3. Dimension comportementale

Elle consiste en la mise en œuvre d'une activation et d'une mobilisation. Il s'agit de stratégies particulières qui ont pour but la modification des comportements. Selon le modèle biopsychosocial, plusieurs facteurs influencent le développement du comportement [55,56].

La prise en considération de ces facteurs dans une démarche psychoéducative aide les patients et leurs familles à développer des stratégies d'adaptation, de contrôle et de resocialisation.

D. Contextes de la pratique psychoéducative

La pratique psychoéducative se retrouve dans différents contextes tels que la santé mentale, le domaine scolaire, le contexte familial ou communautaire (services de première ligne : plannings familiaux, centres de guidance, centres psycho-médico-sociaux, hôpitaux, etc.).

Les interventions de psychoéducation peuvent être réalisées auprès de personnes souffrant de troubles psychiques ou de leurs proches dans un setting individuel ou en groupe.

En individuel, le psychoéducateur va établir « le profil adaptatif » de l'individu en cherchant ses forces, ses difficultés et ses besoins au plan scolaire, comportemental et familial. Il dressera ensuite un plan d'intervention qui partira des besoins du patient afin de développer des moyens compensatoires en vue d'une meilleure adaptation.

La pratique groupale est en général privilégiée dans des interventions systématiques, car elle permet un partage d'expériences et l'établissement de liens entre les participants. Le psychoéducateur construira ou partira de « programmes » de formation, de prévention ou d'intervention auprès des personnes en difficultés d'adaptation ou auprès des personnes qui interviennent auprès d'elles.

II. INTERET DE LA PSYCHOEDUCATION DANS LE TDAH

Le traitement purement médicamenteux donnerait à penser que ce syndrome est uniquement de nature organique, or, les troubles de l'affectivité, les perturbations de la personnalité, le stress parental, impose une intervention psychoéducative associée pour assurer une insertion du sujet dans son environnement.

La littérature suggère une association bidirectionnelle entre les comportements de l'enfant et les stratégies éducatives des parents. En effet, au TDAH, on associe l'utilisation de pratiques éducatives plus négatives. Les parents sont plus susceptibles d'adopter des méthodes éducatives directives et coercitives, d'utiliser une discipline inconstante, d'utiliser plus de critiques et d'être moins engagés envers leur enfant que des parents d'un enfant n'ayant pas le TDAH [57]. Au-

delà des vulnérabilités génétiques de l'enfant, on associe ces comportements parentaux à une gravité plus élevée de la symptomatologie du TDAH [58] et à la présence d'un trouble concomitant, tel que le trouble oppositionnel ou le trouble du comportement chez l'enfant [59]. Ainsi, les études confirment l'influence réciproque entre les difficultés de l'enfant et les stratégies éducatives utilisées.

C'est parce que le TDAH affecte aussi bien les interactions de l'enfant vis-à-vis de sa famille que celles des parents vis-à-vis de leurs enfants, que la psychoéducation s'adresse dans ce trouble aussi bien à l'enfant qu'à sa famille et ses enseignants.

La psychoéducation pour le jeune enfant atteint de TDAH lui permet de : s'informer, développer l'estime de soi, se sentir moins seul, d'apprendre à mieux se connaître, de développer de meilleures habiletés sociales, d'apprendre à mieux gérer l'impulsivité et les frustrations et améliorer ses stratégies d'apprentissage [60].

Les interventions psychoéducatives appliquées aux parents ont pour objectif de mettre en place une dynamique familiale positive en aidant les parents à modifier leurs pratiques éducatives pour gérer les comportements perturbateurs de leur enfant.

La psychoéducation implique d'enseigner aux parents les éléments concernant les difficultés rencontrées par leurs enfants, les signes de leurs problématiques spécifiques, et les comportements à adopter pour gérer les situations difficiles.

Les informations fournies par la psychoéducation permettent à la famille d'identifier les répercussions du TDAH dans la vie de leur enfant, mais également de les mettre en lien avec les difficultés émotionnelles et comportementales qu'elle rencontre.

Les buts qui peuvent être envisagés lors d'une intervention psychoéducatrice

auprès du TDAH sont :

- l'amélioration des relations à l'intérieur des familles avec du TDAH par l'augmentation des compétences de gestion, la croissance des habilités de communication et de résolution des problèmes.
- La diminution de l'impact négatif du TDAH à l'école par l'amélioration chez les enfants de l'estime de soi, la capacité de faire le travail correctement et avec soin et de le mener jusqu'à la fin, sans l'abandonner.
- La diminution de l'isolation et du rejet social des enfants avec du TDAH par l'augmentation de leurs habilités sociales et des habilités de résolution des conflits, et par le développement de la capacité de réagir adéquatement dans diverses situations (par ex., le contrôle de la colère).
- L'amélioration de l'estime de soi de ces enfants par l'identification et le développement des compétences et du succès.
- L'amélioration du contrôle de soi et le contrôle des comportements impulsifs par les types d'intervention de contrôle de soi en combinaison avec la prise de la médication.

Dubé ajoute que « permettre une amélioration de la situation est le meilleur résultat à viser. Le but ultime de toute intervention thérapeutique est d'amener l'enfant à avoir un comportement mieux adapté aux exigences de la vie quotidienne, tant à l'école qu'au sein du milieu familiale, et de permettre à son environnement d'agir de la bonne manière avec lui et réciproquement. » [61].

La prise en charge psychoéducative permet un accompagnement global de l'enfant et de ses parents pour aller vers une meilleure connaissance du TDAH et donc une meilleure adaptation aux symptômes. La mise en place de moyens de compensation au quotidien permet d'améliorer l'intégration de l'enfant au sein de sa famille et de la société en général.

III. PROGRAMMES PSYCHOEDUCATIFS DANS LE TDAH

Un programme psychoéducatif désigne un ensemble de contenus à réaliser, planifié en fonction de buts et d'objectifs relativement spécifiques. Il est destiné à une population cible, véhiculé par des moyens de transmission appropriés, à l'intérieur d'un cadre spatio-temporel donné, sous la responsabilité de personnes qualifiées en collaboration avec les acteurs concernés[61].

Les programmes psychoéducatifs dans le TDAH s'adressent aussi bien à l'enfant qu'à sa famille et ses enseignants.

A. Programmes psychoéducatifs auprès de l'enfant

L'enfant qui souffre de TDAH est le personnage central des toutes les démarches d'intervention. En fait, le but principal de toute intervention, qu'elle soit auprès des parents ou dans le milieu scolaire, est d'aider cet enfant à mieux dépasser ses problèmes liés au TDAH. Or, son arsenal de problèmes est beaucoup plus complexe et ne peut pas être réduit aux comportements négatifs qui se manifestent à la maison ou à l'école car le comportement est seulement l'extériorisation d'une souffrance que vit l'enfant. C'est pourquoi, l'intervention auprès des enfants avec du TDAH doit viser plusieurs cibles à la fois. Son comportement, son attention, le contrôle et l'estime de soi, ses habilités intellectuelles, ses aptitudes relationnelles sont les cibles les plus abordées par la psychoéducation.

1. Programme Attentix

Le programme Attentix est un programme psychoéducatif québécois qui vise principalement à gérer, structurer et soutenir l'attention. Il propose des actions concrètes pour stimuler l'attention de l'enfant, structurer son travail ainsi que

améliorer sa capacité d'autocontrôle.Ce programme s'adresse principalement aux enfants âgés entre sept et dix ans.

Les modalités du programme sont simple :Attentix, le héros du programme est un garçon d'une dizaine d'années qui part à la recherche du pays de l'attention, un pays qu'il est possible de visiter chaque fois que l'on est attentif.C'est à traversdiverses métaphores qu'Attentix récolte des indices et fait la rencontre des autres personnages qui le guideront vers le trésor de l'attention.Toutes les métaphores sont présentées sur le cédérom qui accompagne le programme et c'est à travers d'elles que les enfants découvrent les stratégies favorisant l'attention.

Les diverses stratégies proposées par Attentix sont : l'imagination, l'autocontrôle, la motivation et l'intérêt, les habilités cognitives, l'encadrement et l'intégration[62].

2. Programme Octopus :

Ce programme a été lancé en 2003 par Charlebois,Gauthier et Rajotte, ayant pour objectif principal l'apprentissage de l'autorégulation et d'habiletés sociales auprès des enfants âgés entre 6 et 12 ans.

Il contient 26 activités portant sur les habiletés sociales (ex. : émotions, résolution des conflits, prise de contact, communication, toucher, partage, aide, collaboration, etc.) et 12 activités favorisant le développement de l'autorégulation chez l'enfant.

Pour l'apprentissage de l'autorégulation, l'enfant apprend à régler un problème par lui-même et à accomplir une tâche par étapes:

- établir un objectif (se concentrer sur deux choses à la fois)
- décrire les étapes d'exécution (planifier les différentes opérations et choisir les moyens qui me permettront d'atteindre l'objectif)

- exécuter la tâche (utiliser les moyens que j'ai choisis et accomplir les opérations qui me permettront de terminer la tâche dans le temps prévu)
- évaluer les résultats (évaluer si j'ai réussi à atteindre l'objectif et si ma stratégie est efficace)[63].

3. Programme de « Anciaux et de Schaetzen » :

Ce programme est proposé en 2013 pour la prise en charge psychoéducatrice des enfants TDAH à partir de 6 ans et peut se poursuivre durant l'adolescence.

Les objectifs poursuivis sont de dompter les difficultés liées au TDAH et de développer l'estime de soi[60].

L'enfant va tout d'abord apprivoiser son TDAH par le biais de métaphores qui lui permettront de comprendre comment il fonctionne, ce qui est dû au TDAH et ce qui fait partie de sa personnalité.

Le travail porte ensuite sur la compensation de l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité. L'enfant remplit un questionnaire qui lui permet d'identifier ses faiblesses et le thérapeute propose des idées pour y remédier.

L'estime de soi de l'enfant hyperactif est souvent affectée. Or, avoir une bonne estime de soi facilite l'utilisation de ses capacités de libre-arbitre, d'apprentissage et permet de faire face aux événements quotidiens. C'est pour cela que la prise en charge comprend le développement de l'estime de soi.

Les enfants porteurs de TDAH ont en général des difficultés pour s'intégrer socialement, un travail en groupe peut alors être proposé. Les objectifs du groupe sont nombreux : s'informer, se sentir moins seul, apprendre à mieux se connaître, échanger des outils, développer de meilleures habiletés sociales, apprendre à mieux gérer l'impulsivité et les frustrations et améliorer ses stratégies d'apprentissage [60].

B. Programmes psychoéducatifs auprès des parents

Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) ont pour objectif de mettre en place une dynamique familiale positive en aidant les parents à modifier leurs pratiques éducatives pour gérer les comportements perturbateurs de leur enfant. Ces programmes agissent sur deux versants : celui de l'éducation, pour permettre aux parents de comprendre le trouble de leur enfant et d'être accompagné dans la prise en charge, et le versant psychologique qui tente de réduire le stress et le mal-être des parents.

Le principe de base des PEHP est « l'augmentation des pratiques éducatives parentales adaptées qui, à leur tour, vont entraîner l'augmentation des comportements adaptés de l'enfant ». [40]

1. Programme de Barkley :Bakley'sParentTrainingProgram

Le programme développé par Dr Russell Barkley [64] est destiné spécifiquement aux parents d'enfants TDAH. Il est validé empiriquement.

Il peut être utilisé avec les parents seuls, mais il semble plus efficace en groupe de un ou deux parents de dix familles ayant un enfant hyperactif âgé de 4 à 14 ans.

Le programme s'inscrit dans un champ comportemental et cognitif : il vise à la fois à modifier certaines pensées et certains comportements que les parents peuvent avoir vis-à-vis de l'enfant.

Les objectifs du programme sont : d'apprendre aux parents de modifier les attitudes par la compréhension du problème, d'utiliser des techniques de modification du comportement de l'enfant, d'améliorer la gestion parentale, d'accroître les compétences parentales et de cultiver le respect pour l'enfant.

Le programme comprend dix séances de 120 minutes à raison d'une séance toutes les deux semaines sur une durée de quatre mois. Les thèmes abordés sont :

Séance I : Information sur TDAH et présentation du programme

Séance II : La non-compliance
Séance III : Le moment spécial
Séance IV : Donner des ordres efficaces
Séance V : Prêter attention à l'enfant lorsqu'il ne dérange pas
Séance VI : Le système des jetons et des points à domicile
Séance VII : Mettre l'enfant à l'écart
Séance VIII : Les devoirs à la maison et le comportement à l'école
Séance IX : Se comporter avec l'enfant dans les lieux publics
Séance X : Anticiper les comportements-problèmes futurs

2. Programme de formation pour les parents de Patterson (Patterson's Parent Training Program)

Ce programme s'adresse aux parents ayant des enfants qui ont des comportements agressifs et antisociaux. À cet effet, 5 sessions sont prévues. [68]

Le but de cette formation est de réduire les modèles éducatifs coercitifs chez les parents. Les intervenants expliquent aux parents la « théorie coercitive » pour les aider à comprendre comment les problèmes de comportement s'établissent et se maintiennent.

La « théorie coercitive » soutient que :

- l'enfant apprend les comportements inadaptés à la maison, dans la famille ;
- les deux renforcements, négatif et positif peuvent déterminer le maintien du comportement problématique ;
- les problèmes de comportement ne peuvent pas diminuer si on n'élimine pas le cercle coercitif.

Les comportements inadaptés de l'enfant déterminent les réactions coercitives des parents qui, à leur tour, renforcent les comportements inadéquats de l'enfant [66].

La formation de Patterson offre aux parents des techniques à appliquer pour gérer les comportements de l'enfant et rétablir les relations saines entre l'enfant et les parents.

Les composantes de ce programme sont : [67]

- Évaluation des comportements des enfants ;
- Explication de la théorie coercitive ;
- Évaluation de la nature du non-respect ;
- Indentification des modèles de respect/non-respect ;
- Contrôle et enregistrement des comportements ;
- Élaboration des demandes/commandes effectives ;
- Utilisation du système de pointage positif ;
- Utilisation du *time-out*;
- Utilisation du time-out en dehors de la maison ;
- Utilisation des sessions de maintien/stimulation.

3. Programmede formation pour les parents de « Forehand et McMahon »

Ce programme vise l'amélioration de l'obéissance de l'enfant, l'apparition et le maintien des comportements pro sociaux chez les enfants et la constitution des attentes positives chez les parents[68].

Les parents apprennent à éviter les pièges suivants :

- le danger du renforcement négatif (de préconiser des observations ou des punitions dures pour les comportements des enfants qui ne sont pas très graves) ;

- les escalades coercitives qui déterminent que l'enfant menace avec des comportements encore pires ;
- le danger du renforcement positif : la situation où les parents cherchent à expliquer et à trouver une raison pour être attentifs, là où l'enfant est capricieux ou se comporte mal.

Le programme sur 10 sessions a les composantes suivantes :

- Évaluation des comportements de l'enfant;
- Explication de l'attention différentielle;
- Utilisation du renforcement social ;
- Formation sur l'obéissance infantile ;
- Élaboration des « commendes alpha » ;
- Utilisation du *time-out*

4. Le programme d'intervention familiale de Cunningham

Ce programme [69]est une démarche « de changement thérapeutique centré sur l'analyse et la modification des règles qui ont cours dans le système familial » [70].

Elle part du principe que l'enfant par ses comportements et attitudes a une influence sur la cohésion familiale, tout comme les parents par leur comportement parfois inconscient affectent aussi cette cohésion.

La fonction de l'intervention est de décoder ces règles qui régissent le système familial et de retrouver ce qui est implicite dans ce fonctionnement afin d'expliquer aux membres de la famille le jeu d'interactions verbales et non verbales qui entretiennent cette structure[70].

La condition principale est que la famille impliquée dans la thérapie soit très motivée et qu'elle fasse preuve d'une volonté élevée pour le changement.

La formation inclut :

- l'amélioration des habilités parentales;
- l'amélioration du fonctionnement familial;
- le développement des supports rationnels pour soutenir les habilités parentales et familiales.

Elle comprend 15 sessions, et incluent des sessions mensuelles de simulations. Elle utilise les techniques suivantes :

- Les devoirs à la maison,
- Le matériel vidéo,
- Le jeu des rôles,
- Sessions pratiques où les parents et les enfants exercent l'amélioration du fonctionnement familial, les habilités de gérer l'enfant, l'amélioration de la communication entre les membres de la famille et la distribution des responsabilités parentales.

C. Intervention psychoéducative multimodale

L'intervention multimodale vient d'englober différentes techniques décrites plus haut dans un seul programme d'intervention. Il vise à la fois les enfants, les parents, et même le milieu scolaire.

En général, les programmes expérimentaux du traitement multimodal contiennent quatre grandes composantes :

- La formation avec les parents et la thérapie comportementale avec les enfants
- L'intervention dans le milieu scolaire avec des techniques de changement comportemental ;
- Des activités sportives spécifiques adaptées pour les enfants avec du TDAH
- Les stimulants médicaux

1. Le programme de traitement d'été : The Summer Treatment Program (STP)

Ce programme a été développé au Western Psychiatric Institute in Pittsburgh par William Pelham et ses collègues [71].

STP est appliqué durant les vacances d'été. Les activités quotidiennes incluent quelques heures d'instruction en classe. Des techniques comportementales pour le changement du comportement sont utilisées pendant cette période. De plus, 3–4 heures d'activités sportives sont prévues chaque jour. Le programme inclut la formation pour les parents et la formation d'habilités sociales pour les enfants. Il contient aussi un protocole de suivi pour voir si les aptitudes acquises durant les formations se maintiennent.

Durant ce programme, différentes situations ont été investiguées pour évaluer son efficacité dans la gestion des symptômes du TDAH avec ou sans stimulants dans le but d'accroître la performance scolaire et pour améliorer les habilités sociales. Ce programme comporte trois volets

Volet enfant	Volet parent	Volet enseignant
• habilités sociales. • habilités scolaire et études. • système de points/jetons • activités de groupe • estime de soi (à travers sport et art). • gestions des émotions. • résolution de problèmes.	• Gestion des comportements • Habilités parentales • Plan d'intervention à la maison • Relation parent-enfant	• Gestion de comportement • Gestion de classe

Tableau 4 : modalités d'interventions dans le programme STP

2. Le programme multimodal de traitement du TDAH « UCI/OCDE »

Ce programme a été développé à « University of California – Irvine / Orange County Department of Education (UCI/OCDE) ».

Le programme UCI/OCDE représente une intervention multimodale pour les enfants avec TDAH. Les activités sont menées dans le milieu scolaire, pendant les jours de semaine en utilisant des classes avec 12–15 enfants.

Les interventions sont principalement basées sur un programme d'amélioration du comportement dans la classe et un programme de formation individuelle et de groupe avec les parents.

Le programme d'intervention dans la classe contient : la formation sur l'autocontrôle, l'évaluation et le renforcement.

Lors de ce programme, les enfants recevaient chaque jour des instructions de groupe sur les habilités sociales au but de changement du comportement. Les comportements étaient exercés ensuite par les enfants après la session de formation dans différentes situations réelles. [72]

3. Programme PARC :

C'est un programme d'autocontrôle de résolution de problèmes et de compétences sociales pour les élèves du deuxième et du troisième cycle du primaire ayant un TDAH. [73]

Le but du programme est la diminution de la fréquence des comportements inadaptés que l'élève manifeste sur une base quotidienne (comportements surréactifs en regard des stimuli de l'environnement). De cette manière, le jeune augmentera le contrôle de ses propres comportements.

Pour les parents, l'intervention vise l'augmentation des compétences parentales.

Le programme est axé sur l'apprentissage de l'autocontrôle et des habiletés sociales au moyen du renforcement, de la pratique, de la résolution de problèmes et du modelage.

Il se divise en quatre sections :

- Le guide de l'animateur (implantation du programme, clientèle visée, buts, objectifs, rationnel et principes d'intervention)
- Les outils et les instruments
- Le recueil d'activités s'adressant aux enfants (rencontre préliminaire, accueil, résolution de problème, résolution de problèmes interpersonnels, émotions, contrôle de la colère, évaluation), pour un total de 20 activités
- Le recueil d'activités s'adressant aux parents (compétence parentale, développement des comportements, gestion des comportements, résolution de problèmes, résolution de conflits interpersonnels, révision), pour un total de 12 activités.

Les activités présentées aux élèves incluent également des activités de suivi et des activités complémentaires, d'une durée de 45 minutes. Celles-ci se déroulent en individuel ou en sous-groupe de trois à quatre élèves. Un suivi individuel est effectué entre chacune des rencontres, de même qu'auprès des enseignants et des parents.

SECTION II:

PARTIE PRATIQUE

I. OBJECTIFS DU TRAVAIL

- ✓ Elaborer un programme psychéducatif du trouble déficit de l'attention/hyperactivité adapté au contexte marocain.
- ✓ Outiller les parents pour aider et soutenir leurs enfants.
- ✓ Améliorer la prise en charge des enfants atteints de ce trouble.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Type du travail

Notre projet prend comme point de départ l'élaboration d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) pour les parents d'enfants de 4 à 14 ans ayant un trouble déficit de l'attention/hyperactivité suivis en consultation de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès.

B. Préparation du programme psychoéducatif

1. Modèle du travail

On a choisi, comme modèle de travail, le Programme d'Entraînement aux Habiletés Parentales (PEHP) de Dr. Russell Barkley, qui est professeur-chercheur au Département de psychiatrie de l'Université de l'État de New York « Upstate Medical University », et un expert en trouble déficit de l'attention avec hyperactivité. Il a consacré une grande partie de sa carrière scientifique à l'étude de TDAH et les problèmes connexes chez les enfants. Ainsi, son programme possède une certaine ancienneté et une efficacité démontrée. Il est le pionnier des programmes pour les parents d'enfants TDAH et beaucoup d'auteurs se sont basés sur sa méthode pour créer leur programme.

De notre part, on a privilégié son adaptation et sa traduction en arabe classique pour démarrer la psychoéducation au sein du service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès .

2. Objectifs du programme

- Aider les parents à comprendre le fonctionnement complexe de leur enfant et à le contrôler efficacement en mettant en place des stratégies permettant de faire face aux déficits développementaux.
- Diminuer le sentiment de détresse, d'incompétence, de frustration et de culpabilité parentale.
- Améliorer la qualité de vie de l'enfant dans tous ses dimensions (personnelle, familiale, scolaire, relationnelle).

3. Contenu du programme

Le programme comprend 10 séances de 120 min à raison d'une séance toutes les deux semaines.

Le programme s'adresse spécifiquement aux parents, en groupe fermé de quinze à vingt personnes.

La formation comprend les étapes suivantes [42 ,64 ,74] :

❖ 1^{ère} étape : Présentation du TDAH

La première étape vise à expliquer le TDAH aux parents. Tant les symptômes principaux, que ses concomitances, ses causes et mécanismes neurobiologiques, ses répercussions, son évolution à l'adolescence et à l'âge adulte, sont passés en revue lors de cette séance.

L'objectif de cette étape est de s'assurer que les parents comprennent les tenants et les aboutissants d'un tel diagnostic. Ceci répond des principes issus de la psychoéducation, selon lesquels, le fait de fournir aux parents des informations sur les difficultés rencontrées par leurs enfants, et sur les signes de leurs problématiques spécifiques, participe de leur réhabilitation fonctionnelle [42].

Cette étape permet de légitimer les difficultés rencontrées par les parents. De plus, elle représente un accord tacite entre parents et thérapeute quant à considérer

qu'un dysfonctionnement neurobiologique est au moins en partie responsable des difficultés comportementales et émotionnelles éprouvées par l'ensemble de la famille.

❖ 2^{ème} étape : Comprendre la désobéissance et analyse fonctionnelle

La principale plainte des parents à l'égard de leur enfant est son manque d'obéissance, demême que ses comportements perturbateurs. Or, cescomportements ne sont pas des symptômes caractéristiques du TDAH, et se développent notamment sous l'influence de l'environnement familial, en particulier des pratiques éducatives mal adaptées. Lors de la deuxième étape du programme, il s'agit de montrer aux parents en quoi leurs comportements, en réponse aux comportements de leur enfant, peuvent influencer la fréquence et l'intensité de ces derniers.

❖ 3^{ème} étape : Prêter attention aux comportements adaptés de l'enfant en situation de jeu « le moment spécial »

L'objectif de cette séance, en formant les parents à prêter attention aux comportements adaptés de leur enfant en situation de jeu, est de relancer une dynamique positive au sein de la famille. Les parents sont invités à instaurer quotidiennement un moment de jeu libre avec leur enfant, sans règle ni contrainte, afin de rétablir une forme de communication bienveillante. Les parents doivent exprimer durant cette période de jeu leur satisfaction et leur plaisir à partager un temps de jeu avec l'enfant, ce qui permet de briser le cercle vicieux des interactions négatives, de diminuer la tension provoquée par les affrontements continuels et demodifier la perception des parents. Cette étape est l'étape clé du programme, et contribue sans conteste à la réussite du programme, soit l'augmentation des comportements adaptés de l'enfant et l'amélioration du bien être parental et familial.

❖ 4^{ème} étape : Prêter attention à l'obéissance et donner des consignes efficaces

L'objectif de cette séance est de former les parents à prêter attention à l'obéissance de l'enfant et à la féliciter. Ils vont généraliser l'habilité à exprimer leur satisfaction, développée lors de la précédente séance, aux comportements obéissants de leur enfant parce que ce dernier apprend plus facilement s'il est encouragé et félicité.

Par ailleurs, sont enseignées aux parents différentes procédures à suivre pour passer des ordres de façon efficace. Cette étape les forme à une méthode de communication appropriée compte tenu du TDAH de l'enfant, et des difficultés rencontrées.

❖ 5^{ème} étape : Prêter attention à l'enfant lorsqu'il s'occupe de façon autonome

Au cours de cette séance, les parents vont apprendre à prêter attention à l'enfant lorsqu'il s'engage dans une activité indépendante sans les solliciter sans cesse. Cette étape trouve son origine dans deux constats habituellement relevés dans le contexte du TDAH :

Tout d'abord, en prêtant attention aux comportements de leur enfant au détriment de leur comportement adaptés, les parents pratiquent fréquemment l'attention paradoxale. Les parents disent vouloir profiter d'un moment de quiétude, tant ils sont rares, lorsque l'enfant joue tranquillement dans sa chambre, et ainsi préfèrent ne pas le déranger. Dans le cadre du programme, ils seront à l'inverse incités à aller féliciter et encourager leur enfant dès qu'il témoigne d'un comportement adapté, en l'occurrence lorsqu'il joue de façon indépendante, afin de renforcer ce comportement.

Puis le second constat est que les enfants ne cessent, à cause de l'impulsivité sous-jacente au TDAH, de solliciter leurs parents particulièrement lorsque ces derniers sont occupés ailleurs. C'est pourquoi le parent est incité à entraîner son enfant à attendre, en venant le féliciter à fréquence très régulière pour son comportement autonome.

❖ 6^{ème} étape : Mise en place d'une procédure d'économie de jetons

Les parents sont formés lors de cette séance à mettre en place une procédure d'économie de jetons à domicile. C'est une application du principe de renforcement positif qui consiste à donner à l'enfant des renforçateurs symboliques suite à l'émission d'un comportement dont on veut augmenter la fréquence d'apparition. Cette stratégie psychoéducative est particulièrement adaptée aux comportements oppositionnels de l'enfant hyperactif.

Ce système permet de renforcer l'autocontrôle de l'enfant, de diminuer les récompenses arbitraires de même que d'augmenter l'attention positive des parents aux comportements adaptés de leur enfant.

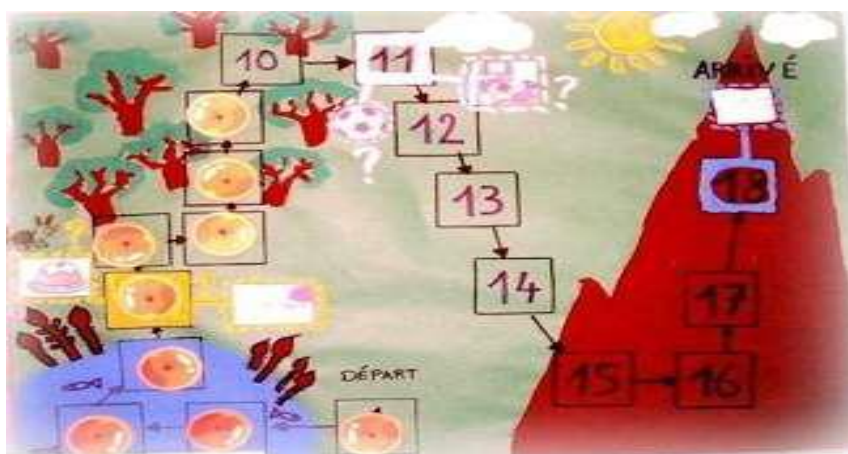


Figure5 : Exemple d'économie de jetons d'après « Céline Clément »

❖ 7^{ème} étape : Mise en place d'une procédure de mise en retrait

Cette étape vise à enseigner aux parents la procédure de mise en retrait (time out en anglais). Cette technique de modification comportementale consiste à

diminuer les comportement-problèmes en retirant temporairement l'enfant, suite à l'émission d'un comportement indésirable, de toute opportunité de renforcement positif [64].

Cette technique apprend à l'enfant le respect de l'autorité parentale et une meilleure habileté à suivre les règles. Il lui permet d'acquérir un meilleur contrôle de lui-même, de son comportement et de ses émotions.

❖ 8^{ème} étape : Les devoirs à la maison et les comportements à l'école

Du fait des exigences scolaires et des répercussions des comportements de l'enfant sur son apprentissage, la situation à l'école est particulièrement inquiétante pour les parents. La huitième étape propose une collaboration avec les enseignants afin de généraliser les bienfaits du programme au cadre scolaire [64]. Cette intervention prend la forme d'un bulletin scolaire quotidien évaluant le comportement de l'enfant à l'école, le deuxième objectif de cette étape est d'enseigner aux parents des méthodes efficaces pour encadrer les devoirs à la maison de leur enfant.

❖ 9^{ème} étape : Gérer les comportements de l'enfant dans les lieux publics

Les sorties dans les lieux publics s'accompagnent souvent, pour les parents d'enfant présentant un TDAH, du regard interrogatif, voire accusateur, du public assistant à la scène. Les parents appréhendent d'être jugés quant aux comportements de leur enfant et à leur manière de les gérer. Lors de cette séance, l'objectif pour les parents est d'apprendre à généraliser les techniques mises en œuvre à la maison pour gérer les comportements perturbateurs, aux sorties dans les lieux publics.

❖ 10^{ème} étape : Anticiper les futurs problèmes de comportement

Lors de la dernière séance, l'ensemble des procédures développées au cours des précédentes étapes est revu avec les parents, en insistant sur les éléments clés

de leur réussite. Le thérapeute consigne de nouvelles situations éventuelles ou de nouveaux comportements défiants pourraient apparaître, et parents et thérapeute réfléchissent ensemble aux méthodes adéquates pour y faire face.

4. Déroulement des séances

Au début de chaque séance, les points essentiels de la séance précédente sont repris. Les parents exposent aux autres membres du groupe leurs réussites, leurs difficultés ou leurs échecs à la mise en place en milieu familial des stratégies étudiées. Une nouvelle étape du programme est alors exposée aux parents à l'aide d'un raisonnement et d'une discussion interactive.

Chaque étape repose sur la précédente avec une progression pensée et voulue par Barkley, selon des critères de difficulté croissante.

En fin du programme, un document est remis aux parents pour les aider à mettre en place à domicile les stratégies enseignées.

5. Supports du programme

5.1 Description des différents supports pédagogiques réalisés

Chaque séance sera animée à l'aide d'un support visuel diaporama rédigé en arabe classique.

Durant le programme, les parents vont bénéficier d'outils pratiques : fiche de points et jetons, évaluation des devoirs à la maison, bulletin quotidien du comportement scolaire.

Un guide destiné à la fois aux parents et aux enseignants sur le TDAH sera délivrée à la fin de la formation pour renforcer le programme.

5.2 Critères de qualité

Nous avons essayé de respecter les critères de qualité des supports pédagogiques retenus par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)[78]. Pour ça on a utilisé :

- La langue arabe : qui constitue la langue officielle et maternelle de notre pays. L'arabe utilisé est simple, précis et clair pour qu'il soit compris facilement par les parents.
- Un texte lisible : Le choix de police et de leur taille est adapté pour une lecture simple.
- Des illustrations signifiantes (dessins, photos, et schémas) pour faciliter la transmission des idées du programme.

III. RESULTATS:

A. Diaporamas

La Première Séance

اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه Trouble déficit de l'attention/hyperactivité

برنامج "باركلي"
للإرشاد الأسري

إعداد: أسماء شقيرة
إشراف: أ. رشيد العلوان



الحصة الأولى

1 تقديم البرنامج

2 عموميات حول الاضطراب



2

تقديم البرنامج



□ برنامج الدكتور "روسل باركلي"

- برنامج تربوي نفسي للإرشاد الأسري حول "استراتيجيات تعديل سلوك الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه".
- البرنامج مكون من 10 حصص: حصة كل أسبوعين مدتها 120 دقيقة.
- في بداية كل حصة، تتم مراجعة النقاط الأساسية التي نوقشت في الحصة السابقة، ثم يصف الآباء نسبة تحقيقهم للاستراتيجيات التربوية الملقنة سابقا.
- في نهاية الحصة يتم اقتراح تمرين عملي منزلي ويتم إمداد الآباء في نهاية البرنامج بوسائل تربوية لتكون مرجعا لهم .

الحصة الأولى

3

حصص البرنامج:

- الجلسة 1 : عموميات حول الاضطراب
- الجلسة 2 : تحليل مشكلة المعارضة عند الطفل
- الجلسة 3 : خلق علاقة انسجام مع الطفل
- الجلسة 4 : توجيه التعليمات إلى الطفل
- الجلسة 5 : كيفية التعامل مع اندفاعية الطفل
- الجلسة 6 : نظام المكافآت
- الجلسة 7 : نظام الوقت المستقطع
- الجلسة 8 : الواجبات المدرسية والسلوك بالمدرسة
- الجلسة 9 : التعامل مع الطفل في الأماكن العمومية
- الجلسة 10 : التعامل مع مشاكل الطفل في المستقبل

الجلسة الأولى

4

الأهداف

- ✓ توعية الأسر وتصحيح المفاهيم الخاطئة حول الاضطراب.
- ✓ تمكين آباء الأطفال من مهارات متعددة لتغيير سلوكيات أبنائهم.
- ✓ خفض التوتر والصراعات الأسرية.

الميثاق

- ✓ السرية
- ✓ الحضور والالتزام بالمواعيد
- ✓ احترام الغير
- ✓ المشاركة والمتابعة الدقيقة
- ✓ تطبيق التقنيات بشكل منتظم

الجلسة الأولى

5

عموميات حول الاضطراب

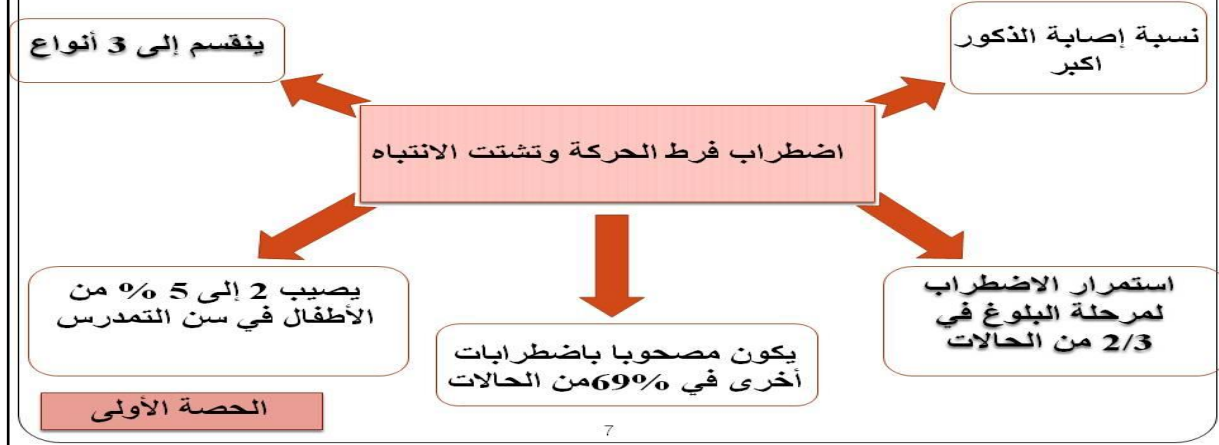
1- تعريف الاضطراب

- اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه / TDAH هو اضطراب عصبي بيولوجي يصيب الأطفال ويؤدي إلى فرط الحركة والاندفاعية وتشتت الانتباه وقد يستمر معهم حتى البلوغ بأشكال وأعراض مختلفة.

الجلسة الأولى

6

2- أرقام حول الاضطراب



3- أنواع الاضطراب



4- أسباب الاضطراب

❖ تعد العوامل البيولوجية من أهم الأسباب المؤدية إلى حدوث الاضطراب، إلا أن هناك عوامل أخرى مساهمة في تكون الاضطراب أو تفاقمه:

الحصة الأولى

عوامل بيولوجية

أثبتت الدراسات الفسيولوجية العصبية و الدوائية ودراسات تخطيط الدماغ وتصويره وجود خلل كيميائي في الناقلات العصبية (الدوبامين و النورأدرينالين) ، حيث ثبت وجود نقص في كمية الموصلات الكيميائية التي تسهل للخلايا تنفيذ عملها والتواصل بين أطراف الدماغ.

عوامل وراثية

تشير دراسات التوائم إلى أن فرط الحركة وتششت الانتباه يعد من بين الاضطرابات الوراثية إلى حد كبير وأن الوراثة هي سبب مهم في حدوث الاضطراب.

عوامل بيئية واجتماعية

تتمثل في تعاطي الكحول والتعرض لدخان التبغ أثناء الحمل واستنشاق الرصاص من البيئة في المراحل المبكرة من العمر والمستوى الاجتماعي للأسرة

الحصة الأولى

5- أعراض الاضطراب

• درجة عالية من الحركات غير الملائمة
• يجري و يقفز و يتسلق في أماكن غير مناسبة
• لا يستطيع أن يجلس في مكان واحد و لفترة طويلة .



الحصة الأولى

تششت الانتباه

• صعوبة في التركيز و إنجاز المهمة
• سهولة التششت بالموثرات الخارجية

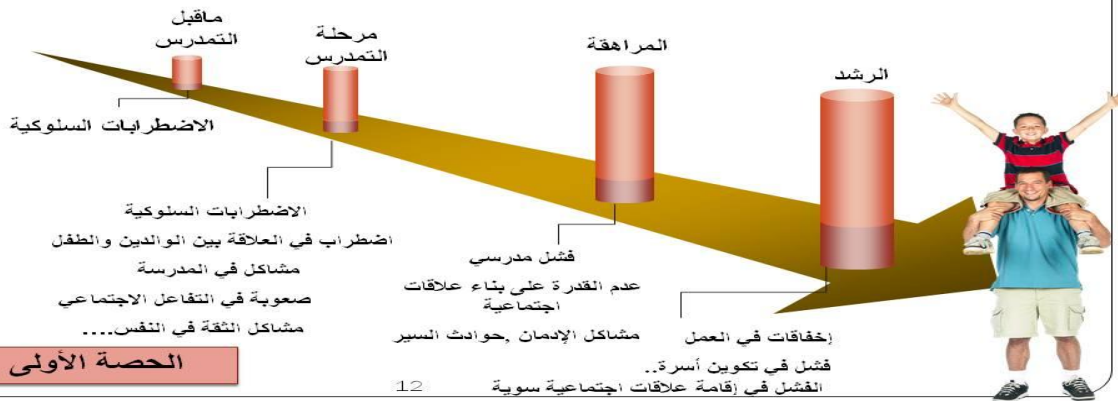
فرط الحركة

الاندفاعية

• يجيب على الأسئلة دون تفكير ، لا ينتظر دوره
• يخوض في النشاطات الجسدية الخطرة دون اعتبار للنتائج أو العواقب

11

6- آثار الاضطراب



7- الاضطرابات المصاحبة



الحصة الأولى

13

8- شروط التشخيص



الحصة الأولى

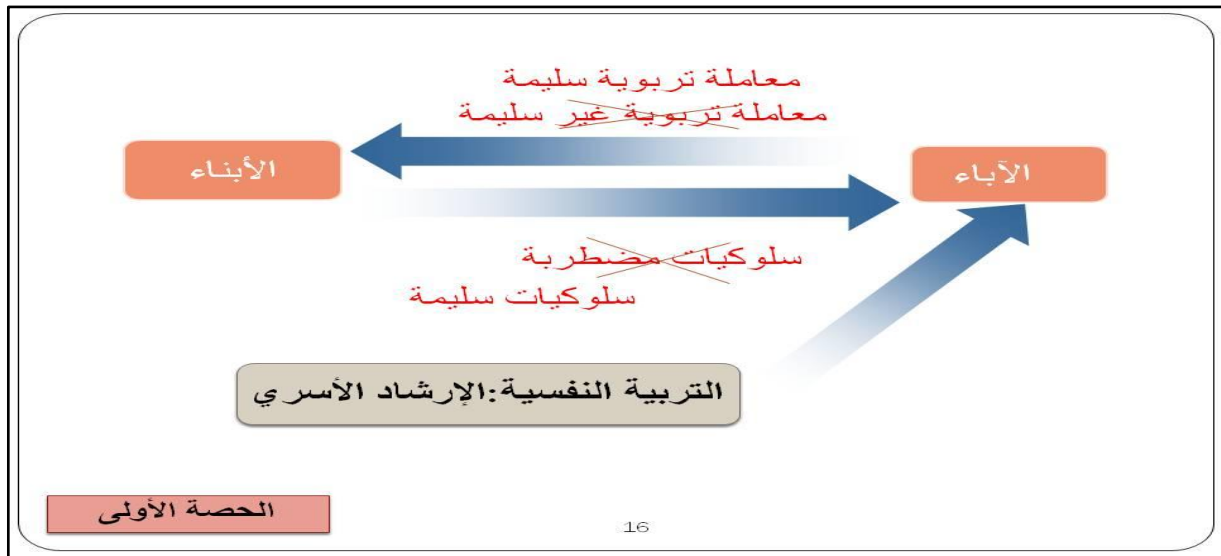
14

9- العلاج



الحصة الأولى

15



في ختام الحصة

يتم التعارف بين أفراد المجموعة، وتحاول كل أسرة تقديم طفلها بإيجاز "عمره، مشاكله السلوكية، آثار اضطراب الطفل على الأسرة..."

الحصة الأولى

تحليل مشكلة المعارضة
عند الطفل

الحصة الثانية

1

مراجعة واستفسارات حول
الحصة الأولى

2

الحصة الثانية

هدف الحصة

❖ التطرق لمشكلة المعارضة عند الأطفال:
تحديد العوامل المسببة وتوضيح دور الآباء في
معالجة هذا السلوك.

3

الحصة الثانية

محاوّر الحصة

- لماذا التطرق لمشكلة معارضة الأطفال؟
- العوامل المسببة ودور الآباء في تفاقم المشكل.
- التطبيق المنزلي: تحديد سلوكيات الطفل غير السليمة

4

الحصة الثانية

1- لماذا التطرق لمشكلة معارضة الأطفال؟



5

الحصة الثانية

- ✓ تأخذ وقتا كبيرا في إقناع ابنك للامتثال لأوامرك
- ✓ يبدأ طفلك بتنفيذ الأمر ثم لا يتممه
- ✓ يرفض رفضا تاما الامتثال لتعليماتك



- يتصف معظم الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بالتعنت وعدم الامتثال لأبائهم الشيء الذي يشكل هاجس يؤرق الأسر

6

الحصة الثانية

- الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يجدون صعوبات كبيرة في الالتزام بقواعد الحياة الأسرية والمدرسية لذلك يلجئون للمعارضة.
- في حالة عدم امتثال الطفل، يلجأ الآباء عادة إلى تكرار فرض الأوامر أو استعمال أسلوب التهديد الذي لا يهتم الطفل به مما يثير غضب الآباء ويخلق جو من التوتر الأسري.
- في المدرسة، يعاني المدرسون كذلك من آثار هذا السلوك.

7

الحصة الثانية

2-العوامل المسببة في تعنت الطفل ودور الآباء في تفاقم المشكل



8

الحصة الثانية

2.1-العوامل المسببة في تعنت الطفل

❖ يرتبط سلوك المعارضة بالعجز المعرفي الذي يشمل:

- ضعف في مهارات التعامل مع المشكلات.
- صعوبة في ترميز وتصنيف المعلومات، لأن ذاكرة الطفل تعاني من مشاكل.
- صعوبة التخطيط و التنظيم .
- عدم القدرة على السيطرة على السلوك والمشاعر.

9

الحصة الثانية

❖ هذا السلوك لا يندرج ضمن الأعراض المميزة للاضطراب ، بل هو ينتج عن العجز المعرفي الذي يعاني منه الطفل ويتطور نتيجة التأثر بالمحيط الأسري وكذا الأساليب التربوية المتبعة خاصة من طرف الآباء.

الحصة الثانية

10

2.2- دور الآباء في تفاقم المشكل

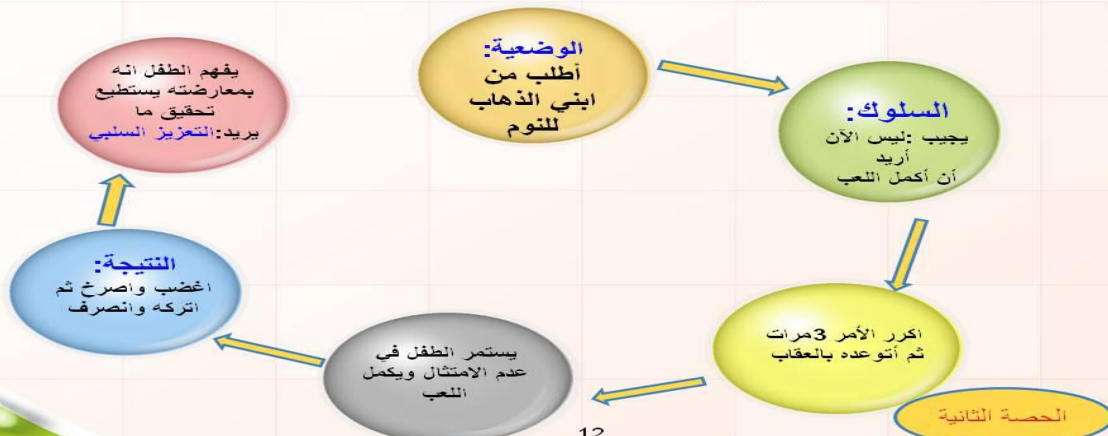
لا يفكر الطفل في النتيجة المستقبلية لسلوكه بل يركز على هدفه الآني، وهو التهرب من الأوامر قصد استكمال النشاط الذي يفضل، مما يضطر الآباء إلى :

- إيقاف الجدل وتنفيذ الأمر بأنفسهم: فيفهم الطفل انه بمعارضته للأوامر يستطيع تجنب الانضباط للقواعد التي لا تروقه ومن ثم يلجأ للمعارضة في كل شيء.
- استعمال أسلوب التهديد والعقاب: الذي يدخل الطفل في نوبة غضب حادة.
- تحاشي توجيه الأوامر إليه: لعلم الآباء المسبق بنتائج ذلك، فيخلق ذلك مشكل مع باقي إخوته الذين يتجهون بدورهم إلى التعنت .

الحصة الثانية

11

لاستيعاب دور الآباء في ترسيخ سلوك تعنت الطفل نقترح دراسة الحالة التالية:



الحصة الثانية

12

- نقترح على الآباء جرد سلوكيات الطفل غير السليمة والتي يجدون صعوبة في التعامل معها مع تحديد الوضعية التي يحدث فيها السلوك ونتيجته (بمعنى طريقة تعامل الآباء مع سلوك الطفل).
- هذه الخطوة تساعد الآباء على توقع سلوك الطفل والاستعداد للتعامل معه بشكل مناسب والابتعاد عن العشوائية في ردود الأفعال.

الوضعية

السلوك

النتيجة

الحصة الثانية

14

مثال للتطبيق المنزلي

Résultat النتيجة	Comportement السلوك	Situation الوضعية
أحاول تهدئته وأقوم بترتيب الغرفة	يرفض الطفل ويبدأ بالصراخ والبكاء	اطلب من الطفل ترتيب غرفته
اشتتم الطفل واضربه	يضرب الطفل احد أطفال الجيران	في منزل احد الأقارب

الحصة الثانية

15

نهاية الحصة



16

خلق علاقة انسجام مع الطفل



الحصة الثالثة

1

تطبيق الحصة السابقة

- أسئلة واستفسارات حول الحصة السابقة
- جرد سلوكيات الطفل التي يصعب التعامل معها مع استحضار
الوضعية السابقة التي أدت إلى السلوك والنتيجة النهائية
“الجدول” . ومحاولة إيجاد بدائل تربوية لكل وضعية.

النتيجة	السلوك	الوضعية
أحاول تهنيئته وأقوم بترتيب الغرفة	يرفض الطفل ويبدأ بالصراخ والبكاء	المثال 1: اطلب من الطفل ترتيب غرفته المثال:

الحصة الثالثة

2

أهداف الحصة

التغاضي قدر الإمكان عن السلوكيات السلبية للطفل

اكتساب مهارة الاهتمام الإيجابي بالطفل

الحصة الثالثة

3



محاور الحصة

- التعرف على بعض أسس التعامل الصحيح مع الطفل
- اكتساب مهارة الاهتمام الايجابي بالطفل
- فترة انسجام مع الطفل: الخطوة الثانية نحو تعديل السلوك

Click and drag to move

الحصة الثالثة

4



1- بعض أسس التعامل الصحيح مع الطفل

- (1) اعتماد طريقة المكافئة والعقاب، وذلك بمكافئة الطفل عند قيامه بسلوك ايجابي ومعاقبته عند قيامه بسلوك سلبي

النتيجة

يحاول الطفل نهج سلوك سليم للحصول على المكافئة والتخلي عن السلوك السلبي هروبا من العقاب.

- (2) ردود أفعال الآباء اتجاه سلوكيات الطفل المضطرب يجب أن تكون منسجمة وغير عشوائية.

يكون رد الفعل متناسبا مع طبيعة السلوك السلبي ولا يتغير بتحول مزاج الأب أو الأم

الحصة الثالثة

5



- (3) يحدد الآباء القواعد والضوابط التربوية وتعتبر قراراتهم نهائية.



بالاعتماد على هذه الأسس، ستتكون علاقة ايجابية بين الطفل وأبويه تدفع بالطفل إلى تغيير سلوكياته بشكل تدريجي.

Click and drag to move

الحصة الثالثة

6



2- دور التواصل الايجابي في تعديل سلوك الطفل

- تؤكد معظم الدراسات أن نوعية العلاقة بين الآباء والأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يغلب عليها طابع السلبية والتوتر حيث يركز الآباء اهتمامهم على كل سلوك سلبي يقوم الطفل به ويتناسون الاهتمام الايجابي به عند نهجه لسلوك حسن.

النتيجة

تزداد سلوكيات الطفل غير السليمة

الحصة الثالثة

7



- إن الاهتمام الإيجابي بالطفل المضطرب من خلال تحفيزه ومدحه على سلوك سليم قام به يشجع الطفل على تكرار السلوك والاستزادة منه ويخلق جوا مساعدا على تغيير سلوكيات الطفل السلبية.



الحصة الثالثة

8



3- فترة انسجام مع الطفل: الخطوة الثانية نحو تعديل السلوك

- تعتبر هذه الخطوة من أهم خطوات البرنامج وتتمثل في تخصيص وقت يومي للطفل وترك الاختيار له ليقوم بنشاط معين مع مشاركته النشاط . والهدف من هذا الوقت المخصص للطفل هو بناء مشاعر إيجابية بين الطفل والديه وبالتالي يكون الطفل أكثر رغبة في إرضاءهما ويجتنب السلوكيات السلبية حتى لا يخسر مشاركتهما في الأنشطة
- لتطبيق ذلك يجب الحرص على إتباع التعليمات التالية:

الحصة الثالثة

9



1 اختيار الوقت المناسب:

بالنسبة للأطفال الذين يتجاوزون 9 سنوات يصعب اختيار وقت محدد يومي، بدل ذلك يقدر الآباء الوقت المناسب لمشاركة الطفل نشاطه.

إذا كان الطفل أقل من 9 سنوات يتم اختيار وقت يومي ملائم لمدة 20 دقيقة يخصصها الوالدان للطفل

الجلسة الثالثة

10



2 إعطاء الحرية للطفل في اختيار النشاط :

□ الطفل أقل من 9 سنوات :يختار النشاط الذي يحب فعله (اللعبة، الرسم...) باستثناء مشاهدة التلفاز فهو ممنوع لأنه لا يتناسب مع أهداف الجلسة

□ الطفل أكثر من 9 سنوات :يحاول الأب أو الأم اختيار الوقت المناسب ومحاولة التقرب من الطفل قائلا "هل يمكنني مشاركتك".

الجلسة الثالثة

11



3 الحرص على التفرغ أثناء هذه الفترة

مع عدم الالتزام بمواعيد معينة وإبعاد كل أدوات التشويش كالهاتف وغيره

4 الابتعاد عن المؤثرات

الخارجية: بحيث يحرص الأب أو الأم على الانفراد بالطفل وعدم إشراك أي طفل آخر في النشاط

الجلسة الثالثة

12



5 الحرص على عدم توجيه الأوامر للطفل

أو انتقاده أو تقديم الملاحظات، فالطفل يجب أن يحب هذه الفترة ويحب تواجد والديه معه.

6 محاولة وصف ما يقوم به الطفل

بصوت عال كما يصف المعلق مقابلة لكرة القدم، لأن ذلك يثير الطفل ويدفعه إلى حب النشاط

الحصة الثالثة

13



7 أثناء ممارسة النشاط يحرص الوالدان على إظهار الاهتمام واستحسان تصرفات الطفل سواءً بالحركات، التربية على الكتف والرأس" و "الابتسامة" و "الحضن" أو بالكلام باستعمال ألفاظ المديح مثل "ما شاء الله" "كانت الطريقة رائعة" "صنعت هذا بنفسك! جميل"، إضافة إلى إظهار مشاعر الفخر والسعادة اتجاه الطفل.

الحصة الثالثة

14



8 المحاولة قدر الإمكان تجاهل سلوكيات الطفل غير اللائقة، وفي حالة تمادي الطفل، ينهي الوالدان الفترة.

9 من الأفضل أن ينفرد أحد الأبوين مع الطفل وأن تتكرر هذه الفترة 5 مرات في الأسبوع على الأقل.

الحصة الثالثة

15



قد يجد الوالدان صعوبات في البداية في الالتزام بكل قواعد الفترة، وذلك أمر عادي المهم أن يستوعب الوالدان أهمية تخصيص وقت للطفل، ويجتهدا في تطبيقه



التطبيق المنزلي

➤ يحاول الوالدان تطبيق فترة الانسجام مع الطفل والاهتمام الايجابي به خلال الفترة.



نهاية الحصة



توجيه التعليمات إلى الطفل



الحصة الرابعة

1

تطبيق الحصة السابقة

□ أسئلة واستفسارات حول الحصة السابقة

□ مناقشة مدى التزام الآباء بتطبيق فترة
الانسجام مع الطفل والصعوبات المواجهة
لاقتراح حلول لها



2

هدف الحصة:

➤ التدرب على كيفية توجيه التعليمات للطفل بطريقة فعالة



محاور الحصة:

- 1- التدرب على كيفية توجيه التعليمات للطفل
- 2- الاهتمام الايجابي بالطفل عند امتثاله للأوامر

الحصة الرابعة

3

1-التدريب على كيفية توجيه التعليمات للطفل



الحصة الرابعة

4



تقديم

❖ بالإضافة إلى تأثير الاضطراب على امتثال الطفل للتعليمات (صعوبة الانتباه والتذكر). تساهم الكيفية الخاطئة التي يوجه بها الآباء الأوامر في كثير من الأحيان في تكريس تعنته. لذلك يحبذ تعديل منهج الآباء في توجيه الأوامر وذلك باتباع الخطوات التالية:

الحصة الرابعة



مراحل توجيه التعليمات

1-الوضوح والدقة في الطلب

3-الابتعاد عن المؤثرات الخارجية

5-إعداد قائمة الطلبات

4-التيقن من استيعاب الطفل للطلب

2-عدم توجيه عدة أوامر في نفس الوقت

الحصة الرابعة

1-الوضوح والدقة في الطلب

□ لان الطفل يعاني من صعوبة في الانتباه والتذكر، لذلك يجب أن يكون الطلب واضح ومباشر ودقيق وان لا يكون على شكل سؤال ،فبدلا من القول: (هل تستطيع أن ترتب غرفتك) يحبذ استعمال الجمل المباشرة : "ابني رتب غرفتك".

الحصة الرابعة

2-عدم توجيه عدة أوامر في نفس الوقت

□ الطفل يصعب عليه تحليل كل الأوامر وتنفيذها في آن واحد. فإذا كانت المهمة معقدة يفضل تقسيمها إلى مراحل ودعوة الطفل إلى تطبيق كل خطوة على حدة(مثال غسل اليدين ثم الجلوس إلى الطاولة ثم تناول الوجبة) .

الحصة الرابعة

8

3- الابتعاد عن المؤثرات الخارجية

□ الطفل لن يمتثل للأمر إذا كان في الغرفة شيء يشغله أو يمتعه كالتلفاز أو الألعاب الالكترونية لذلك يفضل الابتعاد عن كل المؤثرات للحصول على انتباه الطفل والتواصل مباشرة معه.

الحصة الرابعة

9

4- التيقن من استيعاب الطفل للطلب

□ حيث يطلب من الطفل (خصوصا الذي يعاني من تشتت الانتباه بشكل مفرط) من إعادة التعليمات للتأكد من فهمه للمطلوب منه وذلك عندما يشك الوالدان في استيعابه للأمر.

الحصة الرابعة

10

5- إعداد قائمة الطلبات



❖ إذا كان الطفل يبلغ سن تؤهله لأداء الواجبات المنزلية باستقلالية يفضل إعداد قائمة الواجبات (جدول الصلاة، الواجبات المدرسية...) ووضعها في غرفة الطفل ومتابعته فيها.

الحصة الرابعة

11

2- الاهتمام الايجابي بالطفل عند امتثاله للأوامر



الحصة الرابعة

12

◦ بعد تطبيق فترة الانسجام مع الطفل والتي تمتن علاقة الطفل بوالديه ، تستخدم مهارة الاهتمام الايجابي لتحفيز الطفل على الامتثال لأوامر والديه وتشجيع كل سلوك حسن يقوم به الطفل لان ايجابية رد الفعل الوالدين ستشجع الطفل على تحسين سلوكه.

الحصة الرابعة

□ فور أداء الطفل للمهمة، يخصص الأبوين فترة وجيزة لمدح الطفل على تصرفه وتحسيسه بمدى فخرهما وسعادتهما به، باستخدام عبارات مثل :عمل رائع،أحب أن تساعدني كما فعلت الآن، أنا فخورة بك...
□ كذلك في اللحظات التي يجد فيها الآباء أن الطفل قد قام بأمر جيد لوحده كمثل ترتيب غرفته فمدحه على ما قام به سيحفزه على أن ينهج نفس السلوك دون أن ينتظر الأوامر

الحصة الرابعة

التطبيق المنزلي

- اختيار 3 إلى 5 دقائق مرتين أو 3 مرات يوميا
- توجيه الطفل للقيام بطلبات بسيطة تتطلب منه جهد محدود
- الحرص على اختيار الأوقات التي لا يكون فيها الطفل مشغول بأنشطة محبة
- عند تنفيذ الطفل للطلبات ،ممارسة رد الفعل الايجابي

الحصة الرابعة

نهاية الحصة



16

كيفية التعامل مع اندفاعية الطفل



الحصة الخامسة

1

تطبيق الحصة السابقة

□ أسئلة واستفسارات حول الحصة السابقة

□ مناقشة مدى التزام الآباء بتطبيق:

1- فترة الانسجام مع الطفل

2- خطوات توجيه التعليمات للطفل والاهتمام الايجابي به

2



هدف الحصة

❖ تلقين الآباء مهارة التعامل مع اندفاعية
الطفل .

3



محاو الحصة

- 1- اندفاعية الطفل وأثرها السلبي على الأسرة.
- 2- تدريب الأسر على التعامل مع اندفاعية الطفل.
- 3- التطبيق المنزلي

4



1- اندفاعية الطفل وأثرها السلبي على الأسرة

1- تقديم

تعتبر الاندفاعية من بين الأعراض الثلاثة المميزة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وترتبط بدرجة كبيرة بعدم القدرة على الانتباه مما ينتج عنه عجز في ضبط السلوك وكذا التصرف دون تفكير ،وقد حددت رابطة علم النفس الأمريكية مجموعة من المعايير المميزة للطفل الاندفاعي :

- * يتصرف قبل أن يفكر

- * ينتقل من نشاط لآخر دون إكمال أي نشاط

- * لا يستطيع الانتظار، يقاطع الآخرين باستمرار



نظرا لاندفاعية الطفل ، يجد الآباء صعوبة في القيام ببعض المهام والأنشطة اليومية، كالقراءة والتحدث في الهاتف ومشاهدة البرامج، بسبب مقاطعة الطفل المستمرة لهم، مما يخلق جو من التوتر وكذا التعامل بشكل سلبي مع الطفل (تأنيبه، توبيخه، ضربه). لذلك تهدف هذه الحصة إلى تدريب الآباء على التعامل الصحيح مع اندفاعية الطفل من خلال تدريبيه على البقاء منفردا لمدة أطول.



2-دراسة حالة:

لفهم الخطأ التربوي الذي يقوم به الآباء اتجاه اندفاع الطفل نقترح الحالة التالية:

احمد طفل مصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، عندما يكون الطفل في غرفته هادئا (وهذا أمر نادر لأنه في اغلب الأوقات يتحرك ويشاغب) لا احد يهتم به ولا احد يقطع خلوته، يقرر الطفل بعد وقت وجيز مغادرة غرفته: يضرب أخاه ، يقطع أمه التي تتحدث في الهاتف فتضطر إلى إنهاء المكالمة وتوبيخه على فعله، يجري أمام التلفاز كي يمنع أباه من مشاهدة ما يريد ... يفقد الأب أعصابه ويعاقبه .



نتيجة:

يؤدي عدم الاهتمام بالطفل خلال فترة خلوته في غرفته إلى جعله أكثر اندفاعية (إزعاج الآخرين ومقاطعتهم بشكل دائم).
فمعظم الآباء لا يلتفتون إلى سلوكيات أبنائهم الإيجابية، ويركزون اهتمامهم على تصرفاته غير السليمة، فيفهم الطفل انه لن يتمكن من الحصول على انتباه والديه إلا إذا قام بتصرف سيء.



2- تدريب الطفل على ضبط نفسه

- الخطوات التالية تساعد الآباء على
تعويد الطفل على الجلوس مستقلا خلال
فترة انشغال الوالدان، وتقلل من حدة
اندفاعيته.



الخطوة الأولى

عندما يريد الأب أو الأم القيام بعمل معين (استقبال الضيوف-تحضير الطعام...), يحبذ قبل ذلك توجيه أمرين أساسيين للطفل:

- 1 - توجيهه للقيام بنشاط معين: كالرسم أو مشاهدة التلفاز ...
 - 2- إخبار الطفل أنه لا ينبغي أن يقطع أو يزجج والديه خلال تلك الفترة.
- مثال: "ابني يجب أن احضر الغداء, حاول أن تجلس في غرفتك وتشاهد برنامجك المفضل واحذر أن تزعجني,"

الخطوة الثانية

بعد مرور وقت قصير يوقف الوالدان للحظات عملهما ويتوجهان صوب غرفة الطفل للاطمئنان عليه والتثاء على سلوكه الحسن ثم يذكرانه بالتوجيهات ويعودان بعد ذلك لإتمام مهامهم.

مثال: "ابني العزيز, يسرني أن تجلس هادئاً وتشاهد هذا البرنامج الممتع.. أنا فخورة بك.. أرجو منك أن تبقى في غرفتك.. سأعود لاحقاً."

10



الخطوة الثالثة

بعد مرور مدة أطول يعود الوالدان للاطمئنان على الطفل والتثاء على سلوكه وتكثيره بالتعليمات, فذلك يحسن الطفل باهتمام والديه رغم انشغالهما وتشجيعه على سلوكه يحفزه على الهدوء وحزم مقاطعة الآخرين

الخطوة الرابعة

يحاول الوالدان مقاطعة خلوة الطفل كل 5 دقائق
ثم كل 10 دقائق, ثم يحبذ ترك الطفل مدة أطول
حتى يتعود على الجلوس بمفرده لمدة طويلة.



الخطوة الخامسة

إذا كان الطفل على وشك إنهاء ما يقوم به يحبذ توجه الأب أو الأم صوب الطفل لمدحه وتكليفه بالقيام بنشاط آخر كي لا يجد فرصة أو سبب لمغادرة الغرفة

الخطوة السادسة

فور إنهاء أحد الأبوين لعمله, يتوجه نحو الطفل ليثني على سلوكه إما بالقول أو بالفعل كتقديم مكافئة له جزاء انضباطه خلال تلك الفترة.

12



3- التطبيق المنزلي

- التطبيق المستمر لفترة الانسجام مع الطفل.
- ممارسة الاهتمام الايجابي بالطفل.
- تدريب الطفل على التحكم في اندفاعيته وذلك بممارسة خطوات هذه الحصة على الأقل 3 مرات في الأسبوع.



13

نظام المكافآت

الحصة السادسة

1

تطبيق الحصة السابقة

- ☐ أسئلة واستفسارات حول الحصة السابقة
- ☐ مناقشة مدى التزام الآباء بتطبيق:
 - 1 - فترة الانسجام مع الطفل
 - 2 - ممارسة الاهتمام الايجابي بالطفل
 - 3 - تدريب الطفل على الاستقلالية

2

أهداف الحصة

- ❖ التدريب على وضع نظام لمكافأة الطفل في المنزل
- ❖ جدولة المهام والواجبات اليومية للطفل وتشجيعه على الالتزام بها عن طريق نظام المكافأة

الحصة السادسة

3

مقدمة

- ❖ يلاحظ اغلب المتخصصين في مجال التعامل التربوي مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب TDAH أن التدعيم اللفظي (كالمديح والمجاملة...) للطفل على السلوكات السليمة هو أمر ضروري لتشجيعه ، إلا انه غير كاف.
- ❖ لذلك يوصي معظمهم بضرورة وضع نظام أكثر ملائمة لتدعيم الطفل كبرنامج المكافآت المنزلية الذي عرف نجاحا على المستوى العالمي، ذلك انه يعود الطفل على الالتزام بالواجبات اليومية في قالب ممتع.



الحصة السادسة

4

1-تعريف

- نظام المكافأة بالنقط أو الرموز هو برنامج يمكن الآباء من مكافأة الطفل على سلسلة من الواجبات اليومية التي يلتزم بها .
- مجموع النقط أو الرموز التي يحصل عليها الطفل يتم استبدالها بجوائز ومكافآت يتم الاتفاق على طبيعتها بين الوالدان والطفل مسبقا.
- يعتمد هذا النظام على جدولين يسطرهما الوالدان بالتشارك مع الطفل:-
-الجدول الأول:مخصص لمجموع المهام اليومية التي يجب على الطفل الالتزام بها



-الجدول الثاني:مخصص للجوائز التي سيحصل الطفل عليها

الحصة السادسة

5

2- تنزيل البرنامج

➤ مراحل التنزيل ثلاثة:

- 1- تقديم البرنامج للطفل
- 2- تدوين قائمة المكافآت
- 3- جدولة المهام اليومية



الحصة السادسة

6

2.1- تقديم البرنامج للطفل

➤ يقدم الوالدان البرنامج للطفل ويتعاقدان معه على مبادئه : كل مهمة منجزة بنجاح تقابلها نقطة وكل مجموعة نقاط تخوله الحصول على مكافأة.

➤ نتيجة لذلك لا يحصل الطفل على المكافآت بشكل عشوائي بل يسعى للالتزام بالمهام للحصول على المكافأة.

➤ يحبذ أن يقدم البرنامج إلى الطفل في جو ايجابي كمخاطبته مثلاً: "طفلتنا العزيز لاحظنا في الفترة الأخيرة أن سلوكك قد تحسن ولأننا مقصرون في تشجيعك فقد ارتأينا إقامة نظام لمكافآتك".



الحصة السادسة

7

2.2- تدوين قائمة المكافآت

➤ عند تدوين القائمة يحبذ ترك الاختيار للطفل لتدوين المكافآت التي تروقه. على أن يكون عددها محصوراً بين 10 و 15 مكافأة. يتم تقسيمها إلى 3 مستويات:

- المستوى الأول : المكافآت الآتية والتي يحصل عليها فور انتهاء اليوم.
- المستوى الثاني : المكافآت القريبة المدى والتي يحصل عليها بعد أسبوع أو أسبوعين
- المستوى الثالث : المكافآت البعيدة المدى (شهر أو شهرين).



الحصة السادسة

مثال:

المكافآت البعيدة المدى	المكافآت القريبة المدى	المكافآت الآتية
100 نقطة: دعوة الأصدقاء إلى المنزل	40 نقطة: الذهاب للعشاء خارج المنزل	6 نقطة: الجلوس 20 دقيقة على الحاسوب
120 نقطة: الذهاب في رحلة المدرسة	50 نقطة: الذهاب إلى حديقة الألعاب	7 نقطة: مشاهدة التلفاز لمدة 30 دقيقة
150 نقطة: شراء دراجة	60 نقطة: الذهاب إلى المسبح	8 نقطة: اللعب 30 دقيقة بالألعاب الإلكترونية



الحصة السادسة

9

2.3- جدولة المهام

- في مرحلة ثالثة يتم تدوين قائمة بالأعمال والواجبات المطلوبة من الطفل في المنزل مع مراعاة سن الطفل كما يشترط أن تكون المهام واضحة ومحددة وقابلة للتقييم فلا ندون مثلا كمهمة "أن يتحلى الطفل بالهدوء" لان ذلك صعب التقييم بل نكتب "الهدوء على طاولة الأكل".
- في نهاية اليوم يتم وضع العلامات أو النقاط على المهام التي أنجزها الطفل ثم يتم احتساب النقاط لتقديم المكافأة المناسبة.
- يحبذ في البداية اختيار 6 مهام ليسهل على الطفل الالتزام بها ثم يتم الرفع في عدد المهام على أن لا تتجاوز 10 إلى 12 مهمة كحد أقصى .



10

الحصة السادسة

الأحد	السبت	الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	
		+	+	+	+	+	الاستيقاظ على 7h
	+		+		+	+	النظافة الصباحية
+		+		+		+	عدم الشجار
+	+		+		+		احترام مواعيد الأكل
+		+		+		+	انجاز الدروس مكررا
+	+	+					ترتيب الغرفة
+			+		+	+	النوم على الساعة 22
5	3	4	4	3	4	5	المجموع



11

الحصة السادسة

4-توجيهات لنجاح البرنامج:

1
حبذ عدم اللجوء إلى حذف النقاط كإجراء عقابي على سلوكيات الطفل السيئة. فهذا النظام يجب أن يرتبط أساسا بالتحفيز في جو ايجابي .

2
عملية وضع النقط في الجدول يجب أن تكون من اختصاص الوالدين فقط ، لكنها تتم بحضور الطفل ليستشعر نتائج انضباطه



الحصة السابعة

12

يمكن إدخال تعديلات كل شهر على
جدول المهام والمكافآت تبعاً لرغبات
الطرفين

3

يمكن مكافئة الطفل عند تحليه بسلوك
حسن غير مسطر في جدول المهام
وذلك بإضافة بعض النقط إلى المجموع

4

الحصة السادسة

13

عند القيام بالمهمة المطلوبة يحصل الطفل
على النقطة أو العلامة في الحين دون تأخر،
لتثمين مجهوده

5

إذا قام الطفل بالمهام اليومية بالشكل المطلوب يمكن أن يقدم
له بعض النقاط الإضافية لتشجيعه لكن هذا الأمر يجب أن يظل
استثناء كي لا يعود الطفل على أخذ النقط دون التزام

6

يدرب الطفل على الحصول على النقطة بعد
القيام بالمهمة كاملة أما إذا لم يتم الطفل عمله
أو قام به بعد إلحاح من والديه فإن ذلك سيؤدي
إلى عدم حصوله على النقطة كاملة

7

الحصة السادسة

14

التطبيق المنزلي

➤ التطبيق المستمر لفترة الانسجام مع الطفل

➤ تنزيل برنامج المكافآت في المنزل

ThemeGallery is a Design Digital Content & Contents
mall developed by Guild Design Inc.

ThemeGallery is a Design Digital Content & Contents
mall developed by Guild Design Inc.

الحصة السادسة

15

نهاية الحصة



نظام الوقت المستقطع

الحصة السابعة



تطبيق الحصة السابقة

☐ أسئلة واستفسارات حول الحصة السابقة

☐ مناقشة مدى التزام الآباء بتطبيق:

- 1 - فترة الانسجام مع الطفل
- 2 - ممارسة الاهتمام الايجابي بالطفل
- 3 - تدريب الطفل على الاستقلالية
- 4 - تطبيق نظام المكافآت في المنزل



2

الحصة السابعة

هدف الحصة

- تدريب الآباء على تطبيق نظام "الوقت المستقطع le time out مع أطفالهم في المنزل.



3

الحصة السابعة

محاوّر الحصة

- 1 - تعريف النظام
- 2 - مميزات النظام
- 3 - تطبيق النظام:

* المراحل
* المكان
* المدة

- 4 - توجيهات عامة
- 5 - خلاصة



4

الحصة السابعة

تعريف



- "الوقت المستقطع" هو أسلوب تربوي يهدف إلى معاقبة الطفل على سلوكه الخاطئ ، وذلك بإبعاده عن كل الأنشطة التي كان يقوم بها وعزله، وإبقائه منفرداً في مكان مخصص لذلك لفترة محددة من الوقت.



5

الحصة السابعة

مميزات النظام

- نظام الوقت المستقطع هو نظام تربوي عقابي اثبت فعاليته مع الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه.
- يستعمل هذا النظام لمعاقبة الطفل على سلوكاته غير السليمة والتي يصر على إتباعها.
- يمكن هذا النظام الآباء من التدخل المبكر لتصحيح أخطاء الطفل وتفادي الدخول في الجدل والغضب اللذان يؤثران سلباً على الأسرة.
- تتطلب هذه الحصة من الآباء تركيزاً وصبراً ومهارة خلال التنزيل.



6

الحصة السابعة

تطبيق النظام: المراحل

1 تبدأ الأم بتحذير الطفل بأن يتوقف عن سلوكه الغير لائق، فتتحدث إليه بصوت معتدل بعيداً عن الانفعال الزائد أو التراخي، وذلك بالاعتماد على خطوات الحصة الرابعة المخصصة لكيفية إعطاء الأوامر للطفل.

2 بعد إعطاء الأمر، تنتظر الأم 5 ثوان كمهلة تعطي للطفل للامتثال للأمر.

3 إذا لم يمتثل الطفل، تخطبه الأم بنبرة حادة وتخبره انه سيعاقب بالوقت المستقطع إذا لم يستجب في الحال.



الحصة السابعة

4 بعد إنذار الطفل ، تمهل الأم طفلها 5 ثوان للامتثال.

5 في حالة عدم استجابة الطفل ، تأخذ الأم من يده يهدوء وتجلسه في المكان المخصص للعقاب، وإن قام من مكانه تجلسه ثانية وتتجاهل مكانه وصراخه أو اعتذاره حتى تنتهي مهلة العقاب كاملة .

6 عند وضع الطفل في مكان العقاب تخبره أمه أن عليه المكوث في مكانه إلى أن تدلّ له بالخروج مع تذكيره بأن مدة عقابه قد تطول إذا لم يحافظ على هدوئه.



الحصة السابعة

7 يحذّر عدم تحدث الوالدان إلى الطفل خلال هذه الفترة بعد انقضاء المدة المحددة تتحقق الأم من استعداد الطفل للامتثال للأمر في المرات القادمة ،وتطلب منه الاعتذار على سلوكه.

8 بعد اعتذار الطفل، يشعره والداه برضاها عنه باستعمال عبارات المدح والثناء

9 يراعى استخدام أسلوب المكافأة لتشجيع الطفل على التصرف السليم وأسلوب العقاب على التصرف الخاطئ بشكل متوازن



الحصة السابعة

تطبيق النظام: مكان الوقت المستقطع

- ❖ لابد أن يتأكد الوالدان بأن المكان الذي يطبق فيه الوقت المستقطع يتوفر على الشروط التالية:
 - * أن يكون آمناً على الطفل.
 - * أن يكون خالياً من كل وسائل الترفيه كالكمبيوتر والتلفاز والألعاب.
 - * أن يظل الطفل منفرداً، حتى يشعر بالملل، وبذلك يوتي العقاب ثماره.
 - * على الأم مراقبة الطفل من بعيد دون أن يشعر.



الحصة السابعة

10

تطبيق النظام: مدة الوقت المستقطع

- مدة العقاب تختلف حسب سن الطفل وذلك باحتساب دقيقة لكل سنة من عمره (فمثلاً الطفل ذو أربع سنوات يعاقب بأربع دقائق).
- عند انتهاء المدة ، لا يسمح للطفل بمغادرة الغرفة إلا إذا أصبح هادئاً.
- في حالة إصرار الطفل على سلوكه، يتم إعادة العقاب إلى حين إدراك خطئه ثم اعتذاره.



الحصة السابعة

11

توجيهات عامة

- يصعب في البداية على الوالدين تطبيق النظام لان الطفل يرفض أن يعاقب على سلوكه الخاطئ ويواجه ذلك بشدة ، لكن ذلك يجب أن لا يثني الآباء على تطبيق هذا النظام نظراً لأثره الايجابي على تحسين سلوك الطفل.
- لمقاومة هذا العقاب، قد يلجأ الطفل لاختراع العديد من الحجج للإفلات منه (كان يطلب كوب ماء ، أو أن يذهب إلى الحمام...). في هذه الحالة على الأم إخبار الطفل أنه في حالة تنفيذ أي من طلباته فستبدأ مهلة العقاب من جديد.
- يحبذ عدم تعويض الطفل عن ما فاتته خلال مدة الوقت المستقطع(مثلاً وجبة لذيذة، حصة من اللعب مع أصدقائه) كي يحس الطفل بآثار سلوكه.



الحصة السابعة

➤ يحبذ عدم تعويض الطفل عن ما فاتته خلال مدة الوقت المستقطع (مثلا وجبة لذيذة، حصة من اللعب مع أصدقائه) كي يحس الطفل بآثار سلوكه.

➤ في الأسبوع الأول من تطبيق النظام يستحسن التركيز على سلوكيين سيئين محددين لمحاولة تعديلهما عبر هذا النظام، كي لا يعاقب الطفل بشكل مفرط على كل تصرف سيء يقوم به.

➤ استحضار الآباء أن هذا النظام وإن كان صعبا أو قاسيا على الطفل، فإنه يساعده بشكل كبير على تحمل مسؤولية اقترافه للسلوك السيئ وكذا ضبط نفسه تدريجيا واحترام أوامر والديه مما يمكنه من تحسين علاقته بمحيطه الأسري والمدرسي.



13

الحصة السابعة

خلاصة

❖ بفضل هذا النظام، يتمكن الوالدان من التعامل بشكل سليم مع سلوك الطفل الخاطي باللجوء إلى معاقبته بطريقة تربوية فعالة قبل الدخول في موجة الغضب التي تفقد الآباء السيطرة على أفعالهم. لذلك، إذا قرر الوالدان اللجوء إلى هذا النوع من العقاب يفضل عدم إكثار الجدل والتفاوض مع الطفل ليستوعب الطفل أن القرار إذا اتخذ فإنه سينفذ وبالتالي يحرص على عدم الوصول إلى هذه المرحلة.

❖ يتمكن الطفل خلال فترة الوقت المستقطع من مراجعة نفسه للتمييز بين السلوك اللائق وغير اللائق، فيحاول مستقبلا ضبط نفسه وسلوكه واحترام توجيهات والديه له.



14

الحصة السابعة

التطبيق المنزلي

➤ التطبيق المستمر لفترة الانسجام مع الطفل

➤ التطبيق المستمر لنظام المكافآت في المنزل

➤ تطبيق نظام "الوقت المستقطع"



15

نهاية الحصة



بين المدرسة والمنزل

(الواجبات المنزلية والسلوك في المدرسة)



الحصة الثامنة

1

تطبيق الحصة السابقة

- أسئلة واستفسارات حول الحصة السابقة
 - مناقشة مدى التزام الآباء:
- 1- فترة الانسجام مع الطفل
 - 2- نظام المكافآت في المنزل
 - 3- نظام الوقت المستقطع

الحصة الثامنة

2

أهداف الحصة

- 1 تدريب الآباء على مساعدة أطفالهم في انجاز واجباتهم المنزلية .
- 2 خلق تعاون بين الآباء والأساتذة لمساعدة الطفل على تحسين سلوكه داخل المدرسة.

الحصة الثامنة



1- تدريب الآباء على مساعدة أطفالهم في انجاز واجباتهم المنزلية .



الحصة الثامنة



1.1- لماذا يجد الطفل صعوبات في انجاز

الواجبات المنزلية؟

يعاني معظم الآباء من تحديات وعوائق كبيرة في ما يخص تـمدرس أطفالهم حيث أن:

✓ المؤسسة التعليمية نادرا ما تستوعب اضطراب الطفل وآثاره على حياته الدراسية.

✓ الأطفال يجدون صعوبات كبيرة في انجاز الواجبات المنزلية بالشكل المطلوب، بسبب الانفعال الزائد والشروء الدائم والعجز في مهارة التخطيط والتنظيم مما يؤثر سلبا على نتائجهم الدراسية.

الحصة الثامنة



لفهم آثار الاضطراب على تـمدرس الطفل نقترح المثالين التاليين:

الأعراض	السلوك الناتج	نتيجة السلوك
تششت الانتباه	ينسى الطفل كتابه في الفصل	لا يستطيع انجاز واجبه المنزلي
الاندفاعية	ينتقل من واجب لآخر دون إتمام أي واجب بالشكل المطلوب	إخفاق دراسي

نظرا للاضطراب الذي يعاني منه الطفل فهو بحاجة لدعم من طرف والديه وأساتذته لمساعدته على تطوير مهاراته وتحسين سلوكه داخل المدرسة .



الحصة الثامنة

1.2- مساعدة الطفل على انجاز واجباته المنزلية:

أين ينجز الطفل الواجبات؟

يحبذ أن ينجز الطفل واجباته في غرفته بعيدا عن المؤثرات الخارجية كالتلفاز والحاسوب، كما يراعى عدم تواجد المكان المخصص للدراسة أمام النافذة.

متى ينجز الطفل الواجبات؟

يفضل تخصيص وقت محدد في المساء ينجز فيه الطفل الواجبات . كما يستحسن أن يكون مقطوعا بفترات استراحة مثال: كل 20 دقيقة مستقرقة في انجاز الدروس تتبناها 5 دقائق استراحة .

الحصة الثامنة

كيف ينجز الطفل واجباته؟

يحتاج الطفل لمساعدة والديه في تنظيم وقت عمله وتحفيزه على إتمام الواجبات بالشكل المطلوب، لذلك يحبذ من الآباء الجلوس رفقة الطفل لكن دون مساعدته في حل الواجب.

انجاز تقييم للطفل بعد الانتهاء

يهدف التقييم إلى تثمين مجهود الطفل ومساعدته على انجاز الواجب في الوقت المحدد وتحقيق الطفل على المثابرة. يقيم الآباء مجهود الطفل وليس محتوى الواجب . وعند حصول الطفل على نقطة جيدة يكافئ على مجهوده.

الحصة الثامنة

❖ مثال لورقة التقييم

تاريخ اليوم:

1- الواجبات المنزلية لهذا اليوم

*المادة

2- تقييم الطفل لكيفية حله للواجب

يضع كل منهما علامة على الجدول التالي:

3- تقييم الوالدين لكيفية حل الطفل للواجب

ممتاز	جيد جدا	حسن	مستحسن	لا بأس
5	4	3	2	1

يتم مكافأة الطفل إذا:

4- وافق تقييم الطفل تقييم والداه فسيحصل على:

5- إذا قيم الوالدان الطفل ب 4 أو 5 نقاط فسيحصل على:

تحديد روتين يومي للطفل

يحبذ وضع برنامج روتيني يومي مكتوب أمام الطفل ليسهل عليه تطبيق المهام، مثلا إذا كانت فترة الانسجام مع الطفل تقام بعد إنهاء واجباته فلا يجب تغيير البرنامج كي يسهل على الطفل الانضباط

التعامل مع شروء الطفل في الفصل

يتفق الوالدان مع الطفل على تدوين الواجبات المطلوب حلها في كراسة خاصة تراقب من طرف الأساتذة في نهاية كل حصة للتأكد من عدم نسيان الطفل لأي مهمة.

الحصة الثامنة

• مثال جدول الواجبات

الواجب متحقق؟ (يملأ الآباء الخانة)	التصحيح بتاريخ	الواجب المنزلي	المادة	التاريخ
نعم	21/09/2015	قراءة جيدة للصفحة 24 من كتاب القراءة	العربية	19/09/2015
.....	22/09/2015	القيام ببحث عن الحيوانات وأصواتها	النشاط العلمي	20/09/2015

2- خلق تعاون بين الآباء والأساتذة لمساعدة الطفل على تحسين سلوكه داخل المدرسة



الحصة الثامنة

من أهم عوامل نجاح التدخل التربوي:

- فهم اضطراب الطفل واحتياجاته وتوفير الدعم اللازم،
- تعديل البيئة المدرسية.

لذلك، يجب على كل من يشارك في عملية التعلم الاتفاق حول احتياجات الطفل، الأهداف من التدخل التربوي وأساليب تحقيق الأهداف. الأمر الذي يتطلب درجة عالية من التعاون والتواصل والفهم المتبادل بين الآباء والمدرسين.

الحصة الثامنة

في مرحلة أولى : يحدد تعريف الأساتذة بالاضطراب وآثاره على الطفل، ومناقشة الصعوبات التي يعانيها الطفل في الفصل (مثل كثرة الحركة، إزعاج التلاميذ، عدم إكمال التمارين، العناد، صعوبة في اتباع التعليمات...) وتقديم بعد النصائح العملية المساعدة (مثلا : مكان جلوس الطفل يجب أن يكون قريبا من الأستاذ، عدم الإكثار من توبيخ الطفل بسبب حركته واندفاعه والعمل على استخدام المحفزات بدل العقاب، عدم الإكثار من الواجبات المنزلية...)

في مرحلة ثانية : يتم الاتفاق على التواصل الدائم بين الآباء والمدرسين عن طريق جدول تقييم يومي يتم ملؤه من طرف الأساتذة ويراقب من طرف الآباء في المنزل يوميا مما يمكنهم من تتبع سلوك الطفل في المدرسة . بعد تحسين سلوك الطفل يمكن أن يصبح التقييم أسبوعي أو شهري . يتم تحديد السلوكات المستهدفة بالاتفاق مع الأساتذة وذلك باختيار 4 أو 5 سلوكات في البداية لتحسينها ثم تعديل الجدول حسب استجابة الطفل للتقييم.

مثال لجدول التقييم:

التاريخ:

الأستاذ:

المرجو استخدام جدول النقاط التالية:

5- جيد جدا..... 4- مستحسن..... 3- لا بأس..... 2- مقبول..... 1- سيء

السلوك	الحصة الصباحية	الحصة المسائية
الانتباه داخل الفصل		
تطبيق توجيهات الأستاذ		
عدم مغادرة الطاولة		
عدم الشجار مع التلاميذ		
انجاز التمارين داخل القسم		

ملاحظات عامة:

- يخصص الآباء وقت يومي لمراقبة التقييم ومناقشته مع الطفل ويتم احتساب النقاط في نظام المكافآت (الحصة السادسة) لتشجيع الطفل على تحسين سلوكه داخل الفصل.



الحصة الثامنة

التطبيق المنزلي

- استكمال تطبيق فترة الانسجام مع الطفل، نظام المكافآت في المنزل ، نظام "الوقت المستقطع".
- مساعدة الطفل في انجاز واجباته المنزلية باتباع التعليمات الواردة في الحصة.
- تطبيق نظام التقييم المدرسي اليومي بالتعاون مع الأساتذة.

التعامل مع الطفل في الأماكن العمومية

الحصة التاسعة



1

تطبيق الحصة السابقة

- ▶ أسئلة واستفسارات حول الحصة السابقة
- ▶ مناقشة مدى التزام الآباء:
- 1 - فترة الانسجام مع الطفل
- 2 - نظام المكافآت في المنزل
- 3 - نظام الوقت المستقطع
- 4 - تطبيق نظام التقييم المدرسي اليومي بالتعاون مع الأساتذة

الحصة التاسعة

2

أهداف الحصة

- 1- التدرب على التعامل الصحيح مع الطفل في الأماكن العمومية بالاعتماد على التقنيات الملقنة سابقا.
- 2- توقع تصرفات الطفل في الأماكن العمومية ومحاولة التعامل المسبق معها.

الحصة التاسعة

3

مقدمة

يخشى معظم الآباء من نظرة المجتمع السلبية وحكمه القاسي على طفلهم، فجهل المجتمع للاضطراب وآثاره يؤدي إلى اتهامهم بسوء تربيتهم للطفل، مما يدفعهم إلى تجنب اصطحاب الطفل للزيارات العائلية والأماكن العامة تجنباً للوقوع في هذه المشاكل.

سنحاول في هذه الحصة تدريب الآباء على التعامل بشكل تربوي فعال مع الطفل في الأماكن العامة أو خلال الزيارات العائلية لمساعدته على الاندماج في مجتمعه.

الحصة التاسعة

4

1- التخطيط المسبق قبل الخروج من المنزل

ركزت معظم الحصص السابقة على طرق التعامل مع الطفل في المنزل باستخدام مجموعة من الأساليب والنظم التربوية. ولأن التعامل مع الطفل خارج المنزل يجب أن يكون متناسقاً فإننا سنستثمر نفس الأساليب المتبعة في المنزل لتشجيع الطفل على التصرف بشكل جيد أثناء الزيارات والخرجات المختلفة.

عندما يقرر الآباء اصطحاب الطفل لزيارة الأهل أو للتسوق أو لنزهة في مكان عام فإنه يجب اتباع ثلاث مراحل قبل مغادرة المنزل لتمكين الطفل من ضبط نفسه ومساعدته على الامتثال :

الحصة التاسعة

5

المرحلة الأولى

تحديد القوانين الواجب على الطفل الالتزام بها خارج المنزل

المرحلة الثانية

تحديد مكافأة لتحفيز الطفل على حسن التصرف خارج المنزل

المرحلة الثالثة

تحديد نوع العقاب الذي سيلقاه الطفل جراء عدم امتثاله للقواعد

الحصة التاسعة

6

1.1-تحديد القوانين الواجب على الطفل الالتزام بها

يحرص الوالدان على إخبار الطفل بالقواعد التي يجب عليه الالتزام بها على أن تكون محددة في 3 أو 4 أوامر كي يسهل على الطفل اتباعها.

مثلا: إذا كان الوالدان يعتزمان الذهاب لمتجر للتسوق يخبرانه :“لا تبتعد عنا أثناء التسوق، لا تلمس أي منتج إلا بإذن منا، واعلم أننا لن نشترى إلا ما اتفقنا عليه مسبقا“.قبل الدخول للمتجر يطلب الوالدان من الطفل إعادة القواعد للتأكد من استيعابه لها.

الحصة التاسعة

7

1.2-تحديد مكافأة لتحفيز الطفل على حسن التصرف

يتم الاتفاق مسبقا على المكافأة التي سيحصل عليها الطفل على حسن تصرفه. بالنسبة للأطفال الذين يتبعون نظام المكافآت في المنزل يمكن تحديد عدد النقاط التي سيتم إضافتها للجدول نتيجة امتثالهم للقواعد. بالنسبة للأطفال صغار السن،يمكن الاعتماد على بعض المكافآت (كالشوكولاتة، حلوى شهية...) والتي تعطى لهم بعد مرور ساعة أو ساعتين على انضباطهم ولا تترك إلى نهاية اليوم لان ذلك يشجعهم أكثر على الامتثال. يفضل ألا تكون المكافآت على شكل هدايا مادية أو نقود لان الأطفال سيطلبون الحصول عليها باستمرار.

الحصة التاسعة

8

1.3-تحديد نوع العقاب الذي سيلقاه الطفل جراء عدم

امتثاله للقواعد.

يتم إخبار الطفل بالعقاب المحتمل أن يواجهه في حال عدم امتثاله للقواعد حيث يتم الاعتماد على نفس العقاب المنزلي{الوقت المستقطع}. مثلا: إذا قام الطفل بسلوكات سيئة داخل متجر التسوق يمكن منعه من استكمال التسوق وتركه في السيارة لمدة معينة.كما يمكن معاقبته إذا كان في مكان للتنزه بان يأخذه احد الأيوين خارج المكان لمدة معينة ويمنع من متابعة التنزه واللعب.

الحصة التاسعة

9

2- حالات خاصة

تعذر استعمال العقاب

إذا لم يجد الآباء المكان المناسب لتطبيق الوقت المستقطع خارج المنزل يتم تحذير الطفل وفور العودة يعاقب ويحرم من بعض المكافآت التي كان سيحصل عليها ليستشعر نتائج تصرفاته فكل تحذير بالعقاب يجب أن يطبق حتى يعلم الطفل جدية أقوال والديه.

سفر في السيارة

يحاول الوالدان إحضار بعض اللعب المسلية للطفل ووضعها داخل السيارة لشغل الطفل عن التصرف بسوء، فإذا أزعج الطفل والداه يفضل عدم الدخول في جدال أثناء السياقة، بدلا من ذلك يتم التوقف قليلا لتحذير الطفل من إمكانية إلغاء السفر أو معاقبته فور الوصول إلى المنزل.

زيارة عائلية

يحاول الآباء تقديم شروحات مقتضبة حول الاضطراب الذي يعاني منه الطفل والأساليب النفسية والسلوكية المتبعة في علاجه ويتم إخبار العائلة بإمكانية عقاب الطفل بالوقت المستقطع على سلوكياته وتحديد مكان العقاب مسبقا.

الحصة التاسعة

10

خاتمة

- ▶ كل زيارة يقوم بها الوالدان برفقة الطفل يجب أن يكون مخططا لها ومحسومة النتائج، حيث يحبذ التعامل بسرعة وحذر مع سلوكيات الطفل وعدم الانجرار وراء الجدل والغضب. فالقرارات تتخذ بحزم اتجاه التصرفات غير السليمة للطفل، كما يستحسن استخدام أسلوب المدح والتفاعل الايجابي مع الطفل نتيجة انضباطه لتحفيزه.
- ▶ نتيجة هذا التوازن في التعامل مع الطفل، سيتمكن من الاندماج داخل محيطه وسيتمى علاقاته وستتحسن صورته مع نفسه وأسرته ومحيطه.

الحصة التاسعة

11

□ التطبيق المنزلي

- استكمال تطبيق الأساليب التربوية المنزلية الملقطة في الحصص السابقة.
- الاعتماد على التخطيط المسبق للزيارات والخرجات الأسرية بالاعتماد على المراحل الثلاثة المذكورة في الحصة.

الحصة التاسعة

12

La Dixième Séance

التعامل مع مشاكل الطفل في المستقبل



الحصة العاشرة

1

تطبيق الحصة السابقة

- ❖ أسئلة واستفسارات حول الحصة السابقة
- ❖ مناقشة مدى التزام الآباء بتطبيق الأساليب التربوية الملقنة في الحصص السابقة.

2

الحصة العاشرة

أهداف الحصة

- ❖ توقع المشاكل المحتملة في المستقبل.
- ❖ التخطيط المسبق لإيجاد الحلول المناسبة للتعامل معها.
- ❖ مراجعة عامة

3

الحصة العاشرة

مقدمة

يمكننا القول في الحصة الأخيرة من هذا البرنامج أن الآباء يمتلكون مجموعة من الوسائل المساعدة على إدارة المشاكل والتعامل معها بشكل أفضل، كما أن حصص التدريب الجماعي مكنت من تبادل التجارب والخبرات والنصائح بين الآباء. لكن ذلك لا يعني أن المشاكل مع الأطفال المصابين بالاضطراب ستنتهي لأن آثاره تختلف مع تطور سن الطفل، لكن الحلقة الأهم في إدارة المشاكل هي عدم التسرع والعشوائية في التعامل. فكل قرار أو رد فعل صادر من الوالدين اتجاه الطفل يجب أن يكون مسبقا بفترة تأمل وتريث للبحث عن الحل المناسب.

الحصة العاشرة

4

كيفية التعامل مع مشاكل الطفل في المستقبل

في كل مرة يظهر فيها مشكل جديد مع الطفل يستحسن اتباع المراحل الآتية:

- 1- **تحديد** المشكلة السلوكية التي يعاني منها الطفل ثم **صياغة** الوضعية السابقة والنتيجة كما أوضحنا ذلك سابقا في **الحصة الثانية**.
- 2- **تحليل** تعامل الوالدين مع السلوك ومحاولة البحث عن **الأخطاء** التربوية **لتصحيحها**.
- 3- **محاولة التفكير** في إيجاد وسائل مساعدة على **حل** المشكل بصيغة **تشاركية** بين الوالدين .

الحصة العاشرة

5

من الملاحظ أن بعض الآباء يرتكبون بعض **الأخطاء** عند تطبيق البرنامج دون الانتباه إليها :

- 1- تكرار إصدار نفس الأوامر لمرات عديدة
- 2- نسيان الاهتمام الإيجابي بالطفل عند تصرفه جيدا
- 3- الاستغناء عن نظام المكافآت في مرحلة مبكرة
- 4- التوقف عن تطبيق فترة الانسجام مع الطفل
- 5- عدم التعامل بشكل فوري وحازم مع أخطاء الطفل

الحصة العاشرة

6



يمكن للآباء وضع برنامج خاص لمعالجة أي مشكلة سلوكية مع الطفل بالاعتماد على الأساليب التربوية الملقنة في هذا البرنامج:

وصف التوقعات : يوضح الآباء للطفل ويحددان له ما يتوقع منه من سلوك في مواقف معينة .

التوافق : أن يتم الاتفاق بين الوالدين والطفل على النتائج التي ستحدث في حالة ظهور سلوك مقبول أو غير مقبول .

7

الحصة العاشرة



السببية : في حالة عدم التزام الطفل بما اتفق عليه مع والديه تكون النتيجة بالطبع هي العقاب, ولكن قبل الشروع في المعاقبة يشرح له والداه سبب العقاب ليستوعب الطفل نتائج سلوكه.

الفورية : في تقديم المكافأة أو العقاب.

8

الحصة العاشرة



في ختام الحصة

- تخصص فترة للنقاش المفتوح مع الآباء ومراجعة بعض مراحل البرنامج نزولا عند طلبهم . كما يتم تقديم استمارة لتقييم البرنامج بإيجابياته وسلبياته لتحسين الأداء في المستقبل.

9

الحصة العاشرة



نهاية البرنامج

B. Outils pratiques

1. Fiche de points et jetons

جدول المكافآت

الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	الأحد
							الاستيقاظ : 7h ترتيب الغرفة
							النظافة الصباحية احترام موعد الأكل
							عدم الشجار حل الواجب المدرسي
							الامتثال للتوجيهات النوم : 22h

عدد النقاط التي حصلت عليها هو : مكافئك هي :



2. Bulletin quotidien du comportement scolaire

جدول التقييم داخل القسم

الأستاذ :

تاريخ اليوم :/...../.....

تطبيق توجيهات الأستاذ					الانتباه داخل الفصل				
ممتاز	جيد جدا	حسن	مستحسن	لا بأس	ممتاز	جيد جدا	حسن	مستحسن	لا بأس
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

عدم الشجار مع التلاميذ					عدم مغادرة الطاولة				
ممتاز	جيد جدا	حسن	مستحسن	لا بأس	ممتاز	جيد جدا	حسن	مستحسن	لا بأس
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

إنجاز التمارين داخل القسم

ممتاز	جيد جدا	حسن	مستحسن	لا بأس
5	4	3	2	1

ملاحظات أخرى

.....

.....

.....

3. Fiche des devoirs à la maison

جدول التقييم داخل البيت

تاريخ اليوم :/...../.....

واجبات المنزلية		الواجب	
.....			
.....			

تقييم حل الواجب					تقييم الطفل لنفسه					تقييم الوالدين للطفل				
ممتاز	جيد جدا	حسن	مستحسن	لا بأس	ممتاز	جيد جدا	حسن	مستحسن	لا بأس	ممتاز	جيد جدا	حسن	مستحسن	لا بأس
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

المدة المستغرقة

الانضباط

.....

.....

المكافآت

إذا وافق تقييم الطفل لنفسه تقييم الوالدين له

إذا قيم الوالدان الطفل ب 4 أو 5 نقاط

C. Guide pour les parents et les enseignants



IV. DISCUSSION

A. Argumentaire du travail

Bien que le TDAH soit le trouble le plus fréquent en psychopathologie de l'enfant, il reste toujours peu voire non connu au Maroc. On y accuse, en matière de diagnostic et de prise en charge, un grand retard, par rapport aux pays développés.

Vivre avec un enfant ayant un TDAH représente un défi quotidien. Ces enfants demandent de ressources parentales considérables et malgré tout, il en résulte régulièrement des échecs, de la démotivation ainsi que de l'isolement chez la famille [76]. Ainsi, sa prévalence, sa chronicité, l'ampleur de ses répercussions et son pronostic font du TDAH un véritable problème de santé publique [77], pour lequel il est nécessaire d'établir une PEC efficace à court et à long termes [78].

Depuis ces trentedernières années, la médication représente le traitement de choix pour les enfants présentant un TDAH, Un large corpus d'études a montré son efficacité, se traduisant par une amélioration des symptômes caractéristiques du trouble et du fonctionnement de l'enfant [77,79].

Néanmoins, malgré ses effets bénéfiques indéniables, certaines limites sont à noter : d'abord les bénéfices du traitement par les psychostimulants ne semblent pas se maintenir à long terme, les améliorations constatées sous traitement s'estompant après l'arrêt de celui-ci [36]. Ensuite, parmi les 70 à 80% d'enfants répondant de façon positive à cette médication, tous n'attestent pas d'une amélioration suffisante de leur fonctionnement pour que leurs comportements soient considérés comme appartenant à la norme [78]. Quant aux relations entre pairs, souvent difficiles chez les enfants présentant un TDAH, elles ne montrent pas de changement suite à la mise en place d'un tel traitement [80]. De même, la prise

de psychostimulant par les enfants présentant un TDAH n'entraîne pas d'amélioration du fonctionnement parental [81].

Par conséquent, l'approche psychoéducative trouve son indication majeure et fait partie aujourd'hui des recommandations internationales dans la prise en charge de ce trouble [82]. En effet, les traitements combinés (psychostimulant et intervention psychoéducative) ont montré une grande efficacité dans la diminution des troubles du comportement de l'enfant, dans l'amélioration du fonctionnement et du bien-être parentale. Cette complémentarité se justifie compte tenu de l'interaction-gènes et environnement-postulée à la base du développement, de maintien, et de l'évolution des manifestations comportementales du TDAH et de ses concomitances.

Vu le manque des programmes psychoéducatifs dans le TDAH adaptés au contexte de notre pays, on a envisagé d'élaborer un programme d'entraînement aux habileté parentale (PEHP) adapté à notre contexte.

B. Intérêt du PEHP dans la PEC du TDAH

Parce qu'ils répondent aux problématiques familiales et sociales rencontrées par les enfants présentant un TDAH et leurs parents, les PEHP représentent à ce jour une intervention thérapeutique alternative ou complémentaire au traitement pharmacologique.

Parmi les programmes psychoéducatifs dans le TDAH, les PEHP sont les plus fréquemment étudiés afin de gérer les troubles du comportement de l'enfant. [83, 84,85].

En effet, bien qu'il soit désormais reconnu une base génétique et biologique au TDAH [86], la manière dont les parents interagissent avec leur enfant peut venir accentuer ou prévenir ses comportements problèmes; la répétition de ces interactions parents enfant ayant un effet sur le bien-être familial [87]. Ainsi, les

comportements opposants, désobéissants et parfois agressifs, présentés par les enfants présentant un TDAH, mènent à des perturbations dans les relations parents-enfant et participent de l'augmentation du stress parental. Les parents expriment davantage de désapprobation, recourent plus régulièrement aux punitions physiques et témoignent de plus de comportements parentaux négatifs [64]. Au cours du temps, pour gérer les comportements excessifs de leur enfant, les parents peuvent non intentionnellement développer des stratégies éducatives mal adaptées, voire contreproductives[88], ils tendent à ignorer les comportements adaptés de leur enfant, tandis qu'ils réagissent aux comportements inadaptés. De la sorte, s'instaure progressivement un climat coercitif où seuls les comportements aversifs permettent aux parents et à l'enfant d'obtenir la conséquence attendue[89].

Ainsi, les pratiques éducatives parentales inadaptées entraînent l'escalade et le maintien des comportements antisociaux des enfants[87]. C'est pourquoi il paraît primordial, dans la prise en charge du TDAH, de travailler directement avec les parents afin de les aider à rétablir des interactions positives avec leur enfant.

Dans cette perspective, les PEHP sont l'intervention la plus préconisée[84, 85, 90]. Les chercheurs ayant évalué ce type de programme auprès d'enfants d'âge préscolaire, scolaire ou d'adolescents ont généralement rapporté une amélioration du bien-être parental (stress parental, dépression, satisfaction conjugale, sentiment de compétence), une augmentation de l'habileté parentale à gérer les comportements perturbateurs de leur enfant, une amélioration des relations parents enfant et des comportements de l'enfant[90,91, 92].

C. Analyse des séances de programme

Le programme qu'on a réalisé est une adaptation du programme de Barkley. Ce dernier constitue à ce jour le PEHP le plus largement diffusé. Il a ainsi déjà été

adapté pour une population francophone, à savoir la population canadienne et française [93], et proposé en France dans le cadre d'une pratique clinique[22].

La première séance est primordiale pour expliquer aux parents la part de responsabilité imputable au TDAH, et pour commencer à introduire le rôle de leurs pratiques éducatives dans l'évolution à moyen et à long terme de leur enfant. Ceci permet aux parents d'adhérer plus vite au programme.

Lors de la deuxième séance, l'accent est particulièrement porté sur le rôle des parents dans les manifestations comportementales de leur enfant. En effet, dans une étude portant sur les attributions que font les parents au sujet des comportements défiants de leur enfant, il a été relevé que les parents d'enfants TDAH attribuent ces comportements défiants à des causes internes à l'enfant [94]. Ainsi, si les parents d'enfant TDAH considèrent que les comportements défiants, pourtant non caractéristiques du trouble, sont imputables à des causes internes à l'enfant, il est compréhensible qu'ils développent des stratégies éducatives inappropriées pour les gérer. Dans l'approche psychoéducatrice de TDAH, la famille est considérée comme un système tant que la modification des pratiques parentales améliore les comportements de l'enfant.

La troisième séance invite les parents à relancer une dynamique positive au sein de la famille par le billet du « moment spécial ». En effet, dans le cadre de TDAH, la littérature scientifique fait largement état des interactions négatives entre parents et enfant, ainsi que du climat familial coercitif fréquemment constaté [95]. De plus, certains auteurs constatent que dans les familles d'enfant présentant un TDAH, la réponse des parents aux besoins affectifs des enfants est plus déficitaire que dans les familles témoin, d'où l'intérêt pour les parents d'enfant TDAH d'apprendre à appliquer ce « moment spécial » avec leurs enfants.

La quatrième séance vise à augmenter les comportements obéissants des enfants. Ainsi, les parents sont formés à prêter attention à l'obéissance de l'enfant et à la féliciter. Ensuite, Afin d'améliorer la compliance de l'enfant, les parents vont apprendre à modifier la façon dont ils donnent les ordres en tenant compte, notamment, du déficit attentionnel de leur enfant.

La mise en place de la cinquième étape, en étant adapté aux difficultés rencontrées par les parents et aux spécificités du TDAH, permet à l'enfant de gagner un peu plus en autonomie. Ainsi, de contrôler son impulsivité.

La sixième séance représente la deuxième étape clé du programme après « le moment spécial ». En effet, chez les enfants TDAH, il est nécessaire de renforcer de façon répétée et très fréquente le comportement désiré [96]. De plus, du fait de l'hypofonctionnement dopaminergique postulé à l'origine de TDAH, des renforçateurs plus saillants et plus conséquents sont nécessaires pour affecter le comportement de l'enfant [96]. Or, il paraît coûteux de renforcer systématiquement les comportements souhaités par des renforçateurs tangibles [97]. Ainsi, par le biais des renforçateurs symboliques, l'économie de jetons présente l'avantage de pouvoir renforcer le comportement dès son apparition, dans toute situation, grâce à de puissants renforçateurs n'engendrant aucune satiété chez l'enfant [97].

La technique de « mise en écart » enseignée lors de la septième séance est très fréquemment incluse dans les interventions comportementales à destination des enfants TDAH. Ainsi, cette procédure a montré son efficacité dans plusieurs études [77, 98]. Elle apprend à l'enfant le respect de l'autorité parentale et une meilleure habileté à suivre les règles. Elle lui permet d'acquérir un meilleur contrôle de lui-même, de son comportement et de ses émotions.

La huitième séance vise, par le biais du bulletin scolaire, à déterminer, en accord avec l'enseignant, des objectifs comportementaux que l'enfant doit remplir

en situation scolaire, puis le féliciter à son retour à la maison lorsque ceux-ci sont atteints. Par ce biais, les parents profitent également d'un retour quotidien sur le comportement de l'enfant à l'école. De plus, elle fournit un support de communication entre les parents et l'enseignant. Plusieurs recherches ont rapporté les effets bénéfiques de cette procédure sur le comportement de l'enfant en classe [79]. A la fin de la séance, les parents vont bénéficier de deux fiches : contrat des devoirs à la maison et bulletin quotidien du comportement scolaire.

Il est à noter que dans la version originale du programme de Barkley, cette étape ne vient qu'en neuvième position. Le choix d'avancer cette étape, en cohérence avec l'adaptation de Saiag et collaborateurs [22], s'explique d'une part, par le fait que les comportements à l'école sont à l'origine d'une forte inquiétude des parents, et représentent une plainte récurrente dans leur discours. D'autre part, cette étape est délicate à mettre en place, elle nécessite du temps de la part des parents mais également de l'enseignant. Ainsi, en la plaçant en huitième position, une fois les principales procédures installées à la maison, il reste suffisamment de temps aux parents, aux enseignants, et au thérapeute, avant la fin du programme, pour réajuster les techniques mises en place, ainsi pour constater les bénéfices de celles-ci.

La neuvième séance vise à apprendre aux parents comment gérer les comportements de l'enfant dans les lieux publics. Du fait des trois symptômes caractéristiques du TDAH, ainsi que de leur déficit d'anticipation, de planification, et d'autorégulation, ces enfants éprouvent des difficultés à généraliser les comportements adaptés appris dans le cadre familial à d'autres situations, à appréhender les moments de transition et les situations inconnues, et à adapter leur comportement en conséquence [96,99]. De plus, les lieux publics renferment une multitude de stimulations difficiles à inhiber pour agir selon les règles fixées. Ainsi,

en fournissant aux parents des techniques de gestion du comportement à l'extérieur, ils parviendront à mieux anticiper les situations problèmes et à répondre de façon appropriée.

La dixième séance est une séance de révision, de questions, de discussions. Ainsi, un guide sur le trouble TDAH sera délivré à la fin de la séance pour une bonne mémorisation des techniques enseignées.

D. Comparaison de notre programme avec les autres PEHP

1. Nombre de séance

Notre programme se déroule sous forme de rencontres bimensuelles de deux heures à raison de 10 séances pour l'ensemble du programme. le nombre de rencontre dans les autres PEHP varient entre 5 à 20 rencontres [69, 71,100]. Bien que l'effet de ce paramètre n'ait pas encore été étudié pour les PEHP dans le cadre du TDAH, Kazdin[101], ayant travaillé sur la problématique des conduites antisociales, attribue à la durée des programmes une influence sur leur efficacité. Selon lui, les interventions de courte durée (dix heures ou moins), entraîneraient de moindres bénéfices par rapport à un nombre d'heures plus conséquent. Il peut être postulé qu'un nombre flexible de rencontres permettrait une meilleure adaptation du contenu et du rythme du programme aux caractéristiques des parents, de l'enfant et de la situation. Néanmoins, un nombre trop important de séances pourrait augmenter le coût financier de l'intervention pour les parents, mais également freiner leur engagement dans le programme [102].

2. Contenus et thèmes abordés

Un noyau commun entre notre programme et les autres PEHP est le thème des facteurs contribuant à l'augmentation et au maintien des problèmes de comportement. En effet, il paraît essentiel, pour que les parents saisissent les tenants

et les aboutissants d'un tel traitement, qu'ils comprennent les mécanismes sous-jacents aux comportements de leur enfant.

Sont également enseignés aux parents, dans notre programme les techniques de mise en place de systèmes de renforcement (économie de jetons) de jetons ou de punition, notamment la procédure de mise en retrait (time-out). En cohérence avec les objectifs des PEHP, les parents sont entraînés à manier les renforcements positifs (l'attention positive, les encouragements, les félicitations et les récompenses) afin d'augmenter la fréquence d'apparition des comportements désirés et à ignorer les comportements indésirables ou utiliser les temps d'arrêt pour diminuer leur fréquence d'apparition. Ceci est un thème commun entre le programme de Barkley, celui de Patterson [65] Forehand et McMahon [68], et de Cunningham [69]. .

Par ailleurs, seul Robin [100], s'est intéressé à des domaines spécifiques, pourtant largement admis comme déficitaires chez les jeunes présentant un TDAH, à savoir par exemple le renforcement de l'estime de soi, le développement des habiletés sociales et de la maîtrise de soi. Cependant, cet auteur a élaboré son programme pour les parents d'adolescents présentant un TDAH. Ainsi, il peut être postulé que ces problématiques, à cet âge, sont davantage ancrées dans le fonctionnement de l'adolescent, et de ce fait engendrent davantage de répercussions que chez un enfant plus jeune [102].

3. Modes et supports d'enseignement

Dans le programme proprement dit de Barkley, les parents reçoivent à la fin de chaque séance des manuscrits résumant les diverses étapes. Alors que dans l'adaptation arabe qu'on a réalisée, les séances seront animées à l'aide d'une présentation diaporama, les parents vont bénéficier à la fin de la 6^{ème} séance d'une fiche pratique, de la 8^{ème} séance de fiches pédagogiques, et enfin à la fin du programme d'un guide pratique.

D'autres programmes utilisent des enregistrements vidéo pour illustrer et modeler les techniques à mettre en place par les parents [69], Cette technique de présentation offre un support pouvant notamment palier les difficultés verbales ou d'attention de certains participants et peut ainsi être particulièrement profitable aux parents moins éduqués ou pour la formation à des techniques complexes [102].

4. Format des rencontres

Notre programme sera mené sous forme de groupes de parents, alors que certains programmes ont opté pour un traitement en individuel [65].

Chacun de deux formats présentent leurs avantages [102] : Le format individuel permet non seulement au thérapeute d'ajuster le contenu et le rythme aux problématiques des parents, mais également de leur porter davantage d'attention que dans une situation de groupe [84,100]; ces conditions pouvant favoriser l'engagement des parents dans la démarche thérapeutique. Cependant, les PEHP en individuel sont onéreux et coûteux en temps [103]; Au contraire, en groupe, les PEHP sont plus rentables financièrement et en termes de temps que les interventions individuelles [103]. De plus, ce format offre une opportunité de soutien social, les parents pouvant échanger avec d'autres parents rencontrant les mêmes difficultés.

E. Perspectives

Les perspectives de notre travail sont multiples. On vise :

- ✓ L'application de notre programme dans le service de psychiatrie au CHU Hassan II de Fès.
- ✓ L'étude des bénéfices du programme sur l'amélioration de la qualité de vie de l'enfant et la diminution du stress familial.
- ✓ La validation du programme pour qu'il soit à l'usage des praticiens en matière de psychoéducation.
- ✓ L'élaboration d'autres programmes psychoéducatifs auprès des enfants ayant un TDAH.

CONCLUSION

Le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité suscite depuis plusieurs années un intérêt marqué dans le domaine de la recherche clinique et neurobiologique, dont certains aspects ont conduit à des applications pratiques et thérapeutiques, comme en témoignent l'évolution récente des classifications diagnostiques et la diversification des approches thérapeutiques.

La psychoéducation doit être une partie intégrante du projet de soins des enfants présentant un TDAH, même si elle ne le résume pas. Elle est basée sur des stratégies structurées spécifiques qui ciblent les situations de la vie quotidienne, là où s'expriment les difficultés de ces enfants.

Cette approche reste encore peu connue et peu utilisée au Maroc. Ainsi, la mise en œuvre des programmes psychoéducatifs exige une réelle volonté institutionnelle, des compétences nourries par la formation et un travail pluridisciplinaire.

RESUME

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble neuro-développemental d'origine multifactorielle. L'incidence comprise entre 3% et 5%, fait de cette affection l'un des principaux objets d'étude en pédopsychiatrie.

Le TDAH, par sa dimension comportementale bruyante, apparaît comme un trouble souvent très mal supporté par les familles et l'entourage. L'approche psychoéducative constitue un aspect important de la prise en charge des enfants atteints de ce trouble.

Dans une perspective psychoéducative, les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) ont été développées afin d'aider les parents à rétablir des interactions positives avec leur enfant, à adopter des pratiques éducatives adaptées afin de gérer les problèmes de comportement de l'enfant, mais aussi de diminuer le stress qu'ils peuvent éprouver.

L'objectif de notre travail est d'élaborer un programme psychoéducatif adapté à notre contexte Marocain pour les parents d'enfants atteints de TDAH. Pour cela, on a choisi de travailler sur le modèle de PEHP de Barkley qui possède une certaine ancienneté et qui est validé empiriquement.

Ce programme se déroule en 10 séances bimensuelles de 120 minutes avec en groupe fermé de quinze à vingt personnes.

La version arabe qu'on a conçue est simple, précise et claire pour qu'elle soit comprise facilement par les parents. On a réalisé divers supports : des diaporamas, une fiche de points et jetons, une fiche des devoirs à la maison et du

comportement scolaire, et un guide pour les parents et les enseignants sur le trouble.

Ce travail n'est qu'une étape primaire, reste l'application et la validation du programme pour qu'il soit à l'usage de tous les intéressés par la psychoéducation dans ce trouble.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopment disorder of multi-factorial origin. The incidence between 3% and 5% makes this disorder one of the main objects of study in child psychiatry.

ADHD, by its noisy behavioral dimension, appears as a disorder often poorly supported by families and stigmatized by society. Thus, the psychoeducational approach is an important aspect of care for children with this disorder.

In a psychoeducational perspective, parent-training program (PTP) has been developed to help parents restore positive interactions with their child and adopt appropriate educational practices to manage behavior problems of child, but also to reduce the stress they may experience.

Our study aims to develop a psychoeducational program adapted to our Moroccan context for parents of children with ADHD. For this reason, we chose to work on the (PTP) model of Barkley, which has certain seniority and which is validated empirically.

This program is divided into 10 biweekly sessions of 120 minutes with a closed group of fifteen to twenty people.

The Arabic version we designed is simple, precise and clear so that it is easily understood by parents. It was carried out as supports: slideshows, worksheet of points and tokens, worksheet of homework daily newsletter and school behavior, and a guide for parents and teachers about the disorder.

This work is only the primary stage, remains the application and validation of the program to be for use by all interested psycho-education in this disorder.

ملخص

يهم اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه النمو العصبي للطفل، ويظهر نتيجة أسباب متعددة. وتبلغ نسبة هذا الاضطراب ما بين 3% و 5% مما يجعله على قائمة مواضيع الأبحاث العلمية المتعلقة بالطب النفسي للطفل.

تعتبر التربية النفسية منبباً هماً لأساليب المتبعة في علاج هذا الاضطراب وذلك نظر المات خلفها السلوكيات غير السوية للطفل المضطرب مما أثار نفسية سلبية على الطفل والأسرة معاً، بالإضافة إلى النظرة السلبية للمجتمع للطفل المضطرب.

وفي هذا الإطار، فقد تم تطوير " برامجال تدر يبيعلى المهارات الأبوية " لمساعدة الآباء على التعامل بآلية إيجابية مع الطفل، وممارسة الأساليب التربوية المناسبة لإدارة المشكلات السلوكية للطفل أيضاً للحد من الإجهاد النفسي للأسرة.

الهدف من عملنا هذا هو تطوير برنامج تربوي خاص بآباء الأطفال الذين يعانون من الاضطراب معاً لأخذ بعين الاعتبار خصوصية المجتمع المغربي، وقد اعتمدنا على برنامج كليا الذي يعد من أقدم وأنجح البرامج المعتمدة عالمياً في هذا المجال. حيث يتكون هذا البرنامج من عشر حصص معدة لحصة كلاسبوعين مدتها ساعتان، تتم مع مجموعة محددة ومكونة من خمسة عشر إلى عشرين شخصاً.

وقد اعتمدنا في صياغة البرنامج المعدل على لغة عربية دقيقة وواضحة بحيث يسهل استيعابها من قبل الآباء. كما قمنا بانجاز بعض الوسائط التربوية: شرائح العرض، كتيب خاص بنظام المكافآت، ورقة بيضاء غوجية لتقييم الواجبات المنزلية وأخرى لتقييم سلوك الطفل بالمدرسة، ودليل للآباء حول هذا الاضطراب.

يعتبر هذا العمل خطوة أولية فقط، تبقى مرحلة التطبيق والتحقق من فعالية البرنامج كإحدى الأولويات للمهتمين بمجال التربية النفسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS :Haute Autorité de Santé.Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.Méthode Recommandations pour la pratique clinique , Décembre 2014.
2. APA : American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington (VA), American Psychiatric Association, 2013.
3. Valérie V. Expression phénotypique du TDAH en fonction de l'âge.Annales médico-psychologiques, Volume 172, n° 4, p. 287–292, 2014.
4. Hoffman H. Der Strunwelpeter: Oder lustige Geschichten und drollige Bilder. Verlag. Leipzig: 1854.
5. Kraepelin E. traité de psychiatrie. Leipzig: 1913.
6. GEORGE F S .the goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children. The Lancet 159, p. 1163–1168,1902.
7. Jadwiga,A.M. L'enfant et l'adolescent instables, Etudes cliniques et psychologiques, presse universitaire de France, p.29, 1940.
8. APA. DSM–II Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 1968.
9. APA. DSM–III Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 1980.
- 10.AAP: American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement,Subcommittee on Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical practiceguideline: diagnosis and evaluation of the child with attention–deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 2000 ; **105** (5) : 1158–70.
- 11.Husson MC. Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : prise en charge thérapeutique. Revue d'évaluation sur le médicament. Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament, Paris, p.60, 2006.

- 12.Mathilde L. Le trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité : vers une meilleure prise en charge en Europe et plus particulièrement en France. Pharmaceutical sciences, 2014.
- 13.Christian M., Ferrari P., Epelbaum C. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Flammarion, Paris, p. 203–204,1994.
- 14.DELION P., GOLSE B. Instabilité psychomotrice chez l'enfant. Histoire des idées et réflexions actuelles.Encyc Méd Chir ; p.37–201, 2004.
- 15.SCHACHAR R., TANNOCK R., Test of four hypotheses for the comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34(5): p.639–648,1995
- 16.FOURNERET P., L'hyperactivité : Histoire et actualité d'un symptôme, In : MENECHAL J.: L'hyperactivité infantile : Débats et enjeux . Paris : Dunod, 2004.
17. BOUVARD M., LE HEUZEY M.F., MOUREN M.C.L'hyperactivité : de l'enfance à l'âge adulte.Rueil–Malmaison : DOIN, p.179.2002
- 18.PURPER–OUAKIL D., WOHL M., MICHEL G., MOUREN M.C., GORWOOD P., Variations dans l'expression clinique du trouble déficit attentionnel/ hyperactivité (TDAH) : rôle du contexte, du développement et de la comorbidité thymique. L'Encéphale; 30 (6) : p.533–539.2004
- 19.ADRIAN V. Hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent: Quel devenir?, Nervure, n°4, p. 43–50. 2001
- 20.Touzin M. Les troubles des apprentissages. In: Vantalou V, editor. L'hyperactivité ´ de l'enfant. Paris: John Libbey Eurotext; p. 41–6, 2005.
- 21.Bréjard V., Bonnet A., L'hyperactivité chez l'enfant. Editions Armand Colin.2007.
- 22.SAIAG M C., BIOULAC S, BOUVARD M. comment aider mon enfant hyperactif; Paris: Odile Jakob, 2007.
- 23.PURPER D., Co–morbidités du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité. In : Hyperactivité en question. Association Universitaire de Psychiatrie et de psychanalyse. Faculté de médecine Necker. Paris, 2003.

- 24.Fanny T., La consultation conjointe neuropsychiatrique consacrée à l'Hyperactivité Infantile: un moyen de dépasser les clivages idéologiques?, thèse, université de Nantes.2006
- 25.DUGAS M., BOUVARD M P., WALLER P D., Echelles d'évaluation en psychiatrie de l'enfant Encycl Méd Chir , Psychiatrie; p. 37–200,1994.
26. Chamot N. Identification et prise en charge du trouble déficit de l'attention / hyperactivité : quelle place pour le médecin généraliste ? [thèse] Lyon: Université Claude bernard Lyon 1; 2007.
- 27.Bayroux L D., Retard diagnostique du trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité en France : réalité et enjeux [thèse] Bordeaux: Université Victor Ségalen; 2011.
- 28.Salmeron P A., Childhood and adolescent attention-deficit hyperactivity disorder: diagnosis, clinical practice guidelines and social implications. J Am Acad Nurse Pract ;21(9), p. 97–488, 2009.
- 29.Mouren MC. Hyperactivité : aspects développementaux. In: Vantalon V, editor. L'hyperactivité de l'enfant. Paris: John Libbey Eurotext; p. 23–8, 2005.
- 30.Morrison J R, Stewart M A., A family study of the hyperactive child syndrome. Biol. Psychiatry; 3(3), p.189-195, 1971.
- 31.Stevenson J. Evidence for a genetic etiology in hyperactivity in children. Behav. Genet.;22(3), p.337-344,1992.
- 32.RENERIC J.P., BOUVARD M.P, Hypothèses étiopathogéniques de l'hyperactivité avec troubles de l'attention de l'enfant. Revue du praticien, 52, p.1994–1998, 2002.
- 33.Zametkin A.J., Nordahl T.E., Gross M., King A.C., Semple W.E., Rumsley J., et al. Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. N Eng J Med, p.323:1361–6, 1990.
- 34.BARKLEY R A., Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. Psychol Bull.;121, p. 65–94, 1997.
- 35.Cohen D., Probabilistic epigenesis: an alternative causal model for conduct disorders in children and adolescents. Neurosci Biobehav Rev; 34, p.29–119, 2010.

36. Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Weiss G, Fleiss K, Etcovitch J, et al. Symptomatic Improvement in Children With ADHD Treated With Long-Term Methylphenidate and Multimodal Psychosocial Treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*; 43(7); p.802–811, 2004.
37. Molina BS., Hinshaw SP., Swanson JM., Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, et al. The MTA at 8 Years: Prospective Follow-up of Children Treated for Combined-Type ADHD in a Multisite Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*; 48(5); p.484–500, 2009.
38. SAIAG M.C., *Approches familiales dans le trouble déficit de l'attention/hyperactivité*. A.N.A.E, (9) : 39–42.2004
39. SAIAG M C, MOUREN M C., *Hyperactivité de l'enfant*. *Encycl Méd Chir., Pédiatrie* ; p.4 –101–G–92,1997.
40. Clément C., *Le TDAH chez l'enfant et l'adolescent*. Editions De Boeck-Solal, 2013
41. Giroux S, Parent V, Guay MC., *La remédiation cognitive et la remédiation métacognitive pour les personnes ayant un TDAH : deux stratégies d'intervention novatrices et pourquoi pas complémentaires ?* *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 20, p.87–92, 2010.
42. Renou M, *Psychoéducation une conception une méthode*, Montréal, Éditions Sciences et Culture, 2005.
43. Gendreau G., Lebon A., Metayer D., *L'action psychoéducative, pour qui ? Pourquoi ?*, Paris, Éditions Fleurus, 2005.
44. Colom F., Vieta E., *Manuel de psychoéducation pour les troubles bipolaires*. Edition Solal, Marseille, 2006.
45. Petitjean F. Les effets de la psychoéducation. *Ann Med Psychol*, 169, p.184–7, 2011.
46. Elghazouani F., *Elaboration d'un programme psychoéducatif dans les troubles bipolaires adapté au contexte marocain (thèse)*, 2012.
47. LLORCA G., *Communication médicale*, Paris : Marketing, Ellipses, Ed. Marketing; Ellipses, p.159, 1994.

48. Jean-Marie M et Francis W, Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné. rapport, 2006.
49. Iress J J., Impact de l'information médicale sur la personne du patient. Jeudis de l'Ethique, Strasbourg, 2003.
50. Gromb S., L'évolution du droit à l'information du patient. Presse Med., 32, p.53-57, 2003
51. HAS : Haute autorité de santé. Guide méthodologique Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé juin ,2008.
52. Hervé N., L'internet médical et la consommation d'information par les patients. Réseaux, 4 no 114, p.249-286, 2002.
53. L L., The chronic patient. "Breaking down the barriers": commentary on a conference theme. Psychiatr Serv. 48(3), p. 281-294, 1997.
54. Billiet C, Antoine P, Lesage R, Sangare ML. Insight et interventions psychoéducationnelles dans la schizophrénie. Ann Med Psychol, 167:745-52, 2009.
55. Ajzen I., The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Processes; 50, p. 179-211), 1991.
56. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change Psychological Review ; 84, p.191-215, 1977.
57. Patterson, G R., DeGarmo, D S., & Knutson N., Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process. Developmental Psychopathology, 12, p. 91-106, 2000.
58. Carlson, E A., Jacobvitz D., & Sroufe, L A., A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. Child Development, 66(1), p. 37-54, 1995.
59. Frick P J., Family dysfunction and the disruptive behavior disorders: A review of recent empirical findings. Advances in Clinical Child Psychology, 16, p. 203-226, 1994.

60. Anciaux V., De Cartier P., De Hemptinne D., De Schaetzen S., Laporte N., L'hyperactivité (TDA/H) Les prises en charge neuropsychologique et psychoéducatrice. Editions De Boeck, 2013.
61. Dubé R. Hyperactivité et déficit d'attention chez l'enfant, Québec, Gaëtan Morin Éditeur, 1992.
62. Caron A., Aider son enfant à gérer l'impulsivité et l'attention: Attentix à la maison (1^{ière} éd.). Montréal: Chenelière Éducation, 2006.
63. Charlebois P., Gauthier J., Rajotte A. Stratégies psychoéducatives pour enfants hyperactifs, inattentifs ... et autres; développer l'autorégulation et les habiletés sociales. Westmount: Éditions Brault & Bouthillier, 2003.
64. Barkley R A., Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, 2nd ed. Guilford Press, New York, 1998.
65. Patterson G R., Living with Children: New Methods for Parents and Teachers. Research Press, Champaign, 1976.
66. Webster C., Reid M J., & Hammond M., Treating Children with Early-Onset Conduct Problems: Intervention Outcomes for Parent, Child, and Teacher Training. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33 (1), p.105-124, 2004.
67. Teeter, A. P. Interventions for ADHD, Treatment in Developmental Context. London, New York: Guilford Press, 1998.
68. Forehand R L., McMahon R J., Helping the Noncompliant Child: A Clinician's Guide to Parent Training. Guilford Press, New York, 1981.
69. Cunningham C E., COPE: Large-group community-based family-centered parent training. In: Barkley, R.A. (Ed.), Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, 3rd ed. Guilford Press, New York, p. 480-498, 2006.
70. Gagné P P., Hyperactivité : problématique et stratégies d'intervention, Québec : Conseil québécois pour l'enfance et jeunesse, 1998.
71. Pelham W E. & Hoza B., Intensive treatment: A summer treatment program for children with ADHD. In E. Hibbs & P. Jensen (Eds.) Psychosocial treatments for child

- and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice , New York: APA Press, p. 311–340,1996.
- 72.Rodica Z, Rapport final de l'étape préliminaire d'évaluation du programme « La bougeotte », p.43, 2007.
73. Potvin P., Massé L., Beaudry G., Beaudoin R., Beaulieu J., Guay L. & St-Onge B. PARC. Programme d'auto-contrôle, de résolution de problèmes et de compétences sociales pour les élèves du primaire ayant des troubles du comportement. (2^{ème} éd.).Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières, 1994.
74. Stéphane H.,Approche familiale dans le TDA/H : Fondements et présentation d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales adapté pour la population française . Cognition, Santé et Vie Quotidienne, Volume 3. Page 126.
- 75.INPES. Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité. Référentiel de bonnes pratiques, Novembre 2005.
- 76.Whalen C K., & Henker B., The social worlds of hyperactive (ADHD) children. Clinical psychology review, 5, p. 447–478, 1985.
- 77.Pelham W E., Gnagy E M., Greiner A R., Hoza B., Hinshaw S P., Swanson J M., et al., Behavioral vs. Behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment program. Journal of Abnormal Child Psychology, 28, p.507–526, 2000.
- 78.Jensen P S., Hinshaw S P., Swanson J M., Greenhill L L., Conners C K., Arnold L E. et al., Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 22, p. 60–73, 2001.
- 79.Chronis A M., Jones H A., Raggi V L., Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Clinical Psychology Review 26, p.486–502, 2006.
- 80.Hoza B., Gerdes A C., Mrug S., Hinshaw S P., Bukowski W M., Gold J A., et al., Peer-assessed outcomes in the multimodal treatment study of children with attention

- deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 34, p.74–86, 2005.
- 81.Chronis A M., Pelham W E., Gnagy E M., Roberts J E., Aronoff H R., The impact of a late-afternoon dose of stimulant medication on the mood and perceived competence of parents of children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, p.118–126, 2003.
- 82.Montoya A., Colom F., Ferrin M., Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *European Psychiatry* 26 , p.166–175, 2011.
- 83.Kazdin A E., Parent management training: evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 1349–1356.1997
- 84.Chronis A M., Chacko A., Fabiano G A., Wymbs B T., Pelham WE., Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review* 7, p.1–27, 2004.
- 85.Pelham W E., Wheeler T., Chronis A., Empirically supported psycho-social treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, p.190–205, 1998.
- 86.Kutcher S., Aman M., Brooks S J., Buitelaar J., van Daalen E., Fegert J. et al., International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14, p. 11–28, 2004.
- 87.Granic I., Patterson G R., Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113, p.101–131, 2006.
- 88.Patterson G R., De Baryshe B D., Ramsey E., A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, p.329–335,1989.
- 89.Patterson G R., *Coercive Family Process*. Castalia, Eugene, OR.1982

90. Anastopoulos A D., Shelton T L., DuPaul G J., Guevremont D C., Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology* 21, p.581-596, 1993.
91. Barkley R A., Edwards G., Laneri M., Fletcher K., Metevia L., The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, p.926-941, 2001.
92. Sonuga-Barke E., Daley D., Thompson M., Weeks A., Laver-bradbury C., Parent based therapies for preschool attention deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, p.402-408, 2001.
93. Cloutier G. Programme de formation pour les parents d'enfants défiant l'autorité parentale(PEDAP).Montréal (QC), 2005.
94. Johnston C., Freeman W., Attributions for child behaviour in parents of children without behaviour problems and children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, p. 636-645, 1997.
95. Johnston C, Mash E J. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 4(3), p.183-207, 2001.
96. Sagvolden T., Johansen EB., Aase H., Russell VA., A dynamic developmental theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behav Brain Res*, 28, p.397-468, 2005.
97. Paquet A. & Clément C., Concepts clefs dans l'application des programmes d'économie de jetons en institution d'accueil et de soin pour l'enfant et l'adolescent. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, XIII (3), p. 25-31, 2008.

98. Fabiano G A., Pelham W E., Manos M J., Gnagy E M., Chronis A M., Onyango A N. et al.
An evaluation of three time-out procedures for children with attention deficit/hyperactivity disorder: Behavior Therapy, Vol 35(3), p.449–469, 2004.
99. Taylor E. Clinical foundations of hyperactivity research. Behavioural Brain Research, 94, p. 11–24.
100. Robin A L., Training families with adolescents with ADHD. In: Barkley, R.A. (Ed.), Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, 3rd ed. Guilford Press, New York, p. 499–546, 2006.
101. Kazdin A E., Parent management training: evidence, outcomes, and issues. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, p.1349–1356, 1997.
102. Hauth–Charlier S., Clément C., Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfant avec un TDA/H : considérations pratiques et implications cliniques. Pratiques psychologiques , 10, 2009
103. Webster–Stratton C., Randomized trial of two programs for families with conduct-disordered children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, p.666–678, 1984.

Annexes

Annexe 1: Questionnaire de CONNERS POUR LES PARENTS

(48 items)

NOM et PRENOM

Questionnaire rempli par :

Date de Naissance

Lien de parenté avec l'enfant :

Date du jour

Période d'observation pour remplir le questionnaire :

Vous trouverez ci- dessous des indications décrivant des comportements d'enfants ou les problèmes qu'ils ont parfois. Lisez chaque indication attentivement et indiquez si votre enfant a souffert de ce problème pendant la période indiquée ci-dessus : PAS DU TOUT, UN PETIT PEU, BEAUCOUP, ENORMEMENT

	PAS DU TOUT	UN PETIT PEU	BEAUCOUP	ENORMEMENT
1. Tripote ou ronge certaines choses (ongles, doigts, cheveux, vêtements)				
2. Insolent avec les grandes personnes				
3. A du mal à se faire des amis et à les garder				
4. Excitable, impulsif				
5. Veut tout commander				
6. Suce ou mâchonne (pouce, vêtement, couvertures)				
7. Pleure facilement ou souvent				
8. Se sent attaqué, est sur la défensive				
9. Rêvasse				
10.A des difficultés d'apprentissage				
11.Se tortille, ne tient pas en place				
12.A peur (de nouvelles situations, endroits et personnes nouvelles, d'aller à l'école)				
13.Agité, a toujours besoin de faire quelque chose				
14.Destructeur				
15.Ment ou raconte des histoires qui ne sont pas vraies				
16.Timide				

17.S'attire plus d'ennui(se fait plus attraper que les autres enfants de son âge)				
18.Ne parle pas comme les autres enfants de son âge (parle comme un bébé, bégaye, est difficile à comprendre)				
19.Nie ses erreurs ou accuse les autres				
20.Querelleur				
21.Fait la moue et boude				
22.Prend des choses qui ne lui appartiennent pas				
23.Est désobéissant ou obéit à contrecœur				
24.S'inquiète plus que les autres (de la maladie, de la mort, la solitude)				
25.Ne termine pas ce qu'il(elle) a commencé				
26.Se sent facilement froissé				
27.Brutalise ou intimide ses camarades				
28.Ne peut pas s'arrêter lors d'une activité répétitive				
29.Cruel				
30.Comportement bébé ou immature (demande qu'on l'aide pour quelque chose qu'il peut faire seul, est collant) a constamment besoin d'être rassuré				
31.Problème de fixation de l'attention ou distractibilité				
32.Maux de tête				
33.Changements d'humeur rapides et marqués				
34.N'obéit pas ou n'aime pas obéir aux règles ou interdits				
35.Se bagarre constamment				
36.Ne s'entend pas avec ses frères et soeurs				
37.Se décourage facilement lorsqu'un effort est nécessaire				
38.Dérange les autres enfants				
39.Enfant foncièrement malheureux				
40.Problèmes d'alimentation (mauvais appétit, se lève après chaque bouchée)				
41.Maux d'estomac				
42.Problèmes de sommeil (ne peut s'endormir, se réveille trop tôt, se réveille pendant la nuit)				
43.Autres plaintes physiques et douleurs				
44.Vomissements, nausées				
45.Se sent lésé à la maison				
46.Se vante, fanfaronne				
47.Se laisse écraser, manipuler par les autres				
48.Problème d'évacuation intestinale (selles molles, va à la selle irrégulièrement, constipation)				

Annexe 2: Questionnaire de CONNERS POUR LES ENSEIGNANTS

NOM et PRENOM

Questionnaire rempli par :

Date de Naissance

Nom et adresse de l'établissement :

Date du jour

Période d'observation pour remplir le questionnaire :

Vous trouverez ci dessous une liste décrivant des comportements. Placez une croix dans la colonne qui décrit le mieux cet enfant. **REPONDEZ A TOUTES LES QUESTIONS**

	PAS DU TOUT	UN PETIT PEU	BEAUCOUP	ENORMEMENT
1. Agité, se tortille sur sa chaise				
2. Fait des bruits incongrus quand il ne faut pas				
3. On doit répondre immédiatement à sa demande				
4. Fait le malin				
5. Crises de colère et conduites imprévisibles				
6. Trop sensible à la critique				
7. Distract ou attention fluctuante				
8. Perturbe les autres enfants				
9. Rêveur				
10.Fait la moue et boude				
11.Humeur changeant rapidement et de façon marquée				
12.Bagarreur				
13.Attitude soumise face à l'autorité				
14.Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche				
15.S'excite facilement, impulsif				
16.demande un attention excessive de l'enseignant				
17.Semble mal accepté par le groupe				

18.se laisse mener par les autres enfants				
19.est mauvais joueur				
20.semble manquer de capacité à entraîner ou mener les autres				
21.Difficultés à terminer ce qu'il commence				
22.Puérile et immature				
23.Nie ses erreurs ou accuse les autres				
24.A des difficultés à s'entendre avec les autres enfants				
25.Peu coopérant avec ses camarades				
26.S'énervé facilement quand il doit faire un effort				
27.Peu coopérant avec l'enseignant				
28.Difficultés d'apprentissage				

Annexe 3: Critères diagnostiques du trouble déficit de l'attention/hyperactivité DSM-IV.

A. Présence soit de 1, soit de 2.

1. Six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant:

a. souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités

b. a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux c. semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement

d. souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)

e. a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités

f. souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)

g. perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (ex.: jouets, cahier de devoirs, crayons, livres ou outils)

h. souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes i. a des oublis fréquents dans la vie quotidienne

2. six des symptômes suivants d'hyperactivité – impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant:

a. remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège

b. se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis.

c. souvent, court ou grimpe partout dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)

d. a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir

e. est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts»

f. parle souvent trop

g. laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée h. a souvent du mal à attendre son tour

i. interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex.: fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (ex.: à l'école, au travail et à la maison)

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire et professionnel

E. les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (ex.: trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité).

Annexe 4: CIM–10 Dixième Classification Internationale des Maladies, Organisation Mondiale de la Santé, 2008

Classification :

Chapitre V: Troubles mentaux et du comportement (F00–F99)

F90–F98 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

F90 : Troubles hyperkinétiques

Définition : Groupe de troubles caractérisés par un début précoce (habituellement au cours des cinq premières années de la vie), un manque de persévérance dans les activités qui exigent une participation cognitive et une tendance à passer d'une activité à l'autre sans en finir aucune, associés à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive. Les troubles peuvent s'accompagner d'autres anomalies. Les enfants hyperkinétiques sont souvent imprudents et impulsifs, sujets aux accidents, et ont souvent des problèmes avec la discipline à cause d'un manque de respect des règles, résultat d'une absence de réflexion plus que d'une opposition délibérée. Leurs relations avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue. Ils sont mal acceptés par les autres enfants et peuvent devenir socialement isolés. Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi.

A l'exclusion de :

- La schizophrénie (F20.–)
- Des troubles (de):
 - ❖ anxieux (F41.–)
 - ❖ envahissants du développement (F84.–)
 - ❖ humeur (F30–F39)

F90.0 : Perturbation de l'activité et de l'attention

Incluant l'altération de l'attention:

- ❖ syndrome avec hyperactivité
- ❖ trouble avec hyperactivité

Excluant le trouble hyperkinétique associé à un trouble des conduites (F90.1)

F90.1 : Trouble hyperkinétique et trouble des conduites Incluant le trouble hyperkinétique associé à un trouble des conduites

F90.8 : Autres troubles hyperkinétiques

F90.9 : Trouble hyperkinétique, sans précision

Incluant :

- La réaction hyperkinétique de l'enfance ou de l'adolescence SAI
- Le syndrome hyperkinétique SAI

134

Critères diagnostics de la CIM 10 :

– **Inattention :** Au moins six des symptômes d'inattention suivants ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

- ne parvient pas souvent à prêter attention aux détails, ou fait des « fautes d'inattention » dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités ;

- ne parvient souvent pas à tenir son attention dans des tâches ou des activités de jeu ;
 - ne parvient souvent pas à écouter ce qu'on lui dit ;
 - ne parvient souvent pas à se conformer aux directives venant d'autrui, ou à finir ses devoirs, ses corvées, ou ses obligations sur le lieu de travail (non dû à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension des instructions) ;
 - a souvent du mal à organiser des tâches ou des activités ;
 - évite souvent ou fait très à contre-cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu tels que les devoirs à domicile ;
 - perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à certaines activités à l'école ou à la maison (ex : crayons, livres, jouets, outils) ;
 - est souvent facilement distrait par des stimuli externes ;
 - fait des oublis fréquents au cours des activités quotidiennes.
- **Hyperactivité** : au moins trois des symptômes d'hyperactivité suivants ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :
- agite souvent ses mains ou ses pieds ou se tortille sur sa chaise ;
 - se lève en classe ou dans d'autres situations alors qu'il devrait rester assis ;
 - court partout ou grimpe souvent, de façon excessive, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'agitation) ;
 - est souvent exagérément bruyant dans les jeux ou a du mal à participer en silence à des activités de loisir ;
 - fait preuve d'une activité motrice excessive, non influencée par le contexte social ou les consignes.
- **Impulsivité** : au moins un des symptômes d'impulsivité suivants a persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :
- se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminé de les poser ;
 - ne parvient souvent pas à rester dans la queue ou à attendre son tour dans les jeux ou d'autres situations de groupe ;
 - interrompt souvent autrui ou impose sa présence (par exemple fait irruption dans les conversations ou les jeux des autres) ;
 - perle souvent trop sans tenir compte des conventions sociales.
 - Le trouble survient avant l'âge de sept ans.
 - Caractère envahissant du trouble : les critères doivent être remplis dans plus d'une situation, par exemple, l'association d'une inattention et d'une hyperactivité doit être présente à la fois à la maison et à l'école, ou à la fois à l'école et dans une autre situation où les enfants font l'objet d'une observation, par exemple en centre de soins.
 - Les symptômes cités en inattention, hyperactivité et impulsivité sont à l'origine d'une souffrance, ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel, cliniquement significative.
 - Ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement, d'un épisode maniaque, d'un épisode dépressif, ou d'un trouble anxieux.

Annexe 5: CFTMEA– R 2012

Troubles des conduites et du comportement

Ce chapitre regroupe des troubles à dominante comportementale dont certains constituent des syndromes suffisamment individualisés en tant que tels. Néanmoins, il reste essentiel de rechercher dans quels cas cette symptomatologie peut s'intégrer dans l'une des quatre premières catégories.

7.0 Troubles hyperkinétiques

CIM 10 F.90 Troubles hyperkinétiques

7.00 Hyperkinésie avec troubles de l'attention, trouble déficitDe l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Classer ici les troubles décrits en France sous l'expression « instabilité psychomotrice ».

Du point de vue symptomatique, cet ensemble, est caractérisé par :

- sur le versant psychique : des difficultés à fixer l'attention, un manque de constance dans les activités qui exigent une participation cognitive, une tendance à une activité désorganisée, incoordonnée et excessive, et un certain degré d'impulsivité ;
- sur le plan moteur : une hyperactivité ou une agitation motrice incessante. Les relations de ces enfants avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue. Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage.

Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi.

Ces troubles, en décalage net par rapport à l'âge et au niveau de développement mental de l'enfant, sont plus importants dans les situations nécessitant de l'application, en classe par exemple. Ils peuvent disparaître transitoirement dans certaines situations, par exemple, en relation duelle ou dans une situation nouvelle.

Inclure :

- déficit de l'attention avec hyperactivité ;
- hyperactivité avec troubles de l'attention.

Exclure :

- les troubles de l'attention sans hyperactivité motrice proprement dite ;
- l'activité excessive adaptée à l'âge (chez les petits enfants notamment) ;
- les manifestations à type d'excitation maniaque (à classer, selon les cas, dans les catégories 1 ou 3)
- les réactions hyperkinétiques de durée limitée.

CIM 10 ► F90.0 Perturbation de l'activité et de l'attention

7.08 Autres troubles hyperkinétiques

Annexe 6: DSM-5

Cinquième Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Société Américaine de Psychiatrie, 2013

A. Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par (1) et/ou (2)

1. Inattention :

Six des symptômes suivants (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles.

Note : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont exigés.

a. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (par ex., néglige ou ne remarque pas des détails, travail imprécis)

b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (par ex., a du mal à rester concentré dans des conférences, des conversations, ou la lecture de longs textes)

c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (par ex., semble avoir l'esprit ailleurs, même en l'absence d'une source de distraction évidente)

d. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (par ex., commence des tâches mais se déconcentre vite et est facilement distrait)

e. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (par ex., difficulté à gérer des tâches comportant plusieurs étapes ; difficulté à garder ses affaires et ses documents en ordre ; travail brouillon, désordonné ; mauvaise gestion du temps ; incapacité de respecter les délais)

f. Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contre-cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (par ex., le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; chez les grands adolescents et les adultes, préparer un rapport, remplir des formulaires, analyser de longs articles)

g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (par ex., matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, documents, lunettes, téléphone mobile)

h. Souvent, se laisse distraire par des stimuli externes (chez les grands adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport)

i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (par ex., corvées et courses ; chez les grands adolescents et les adultes, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous)

2. Hyperactivité et impulsivité :

Six des symptômes suivants (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles.

Note : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont exigés.

- a. Remue souvent les mains ou les pieds, ou se remue sur son siège
 - b. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (par ex., quitte sa place en classe, au bureau ou dans un autre lieu de travail, ou dans une autre situation où il est censé rester en place)
 - c. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (Note : chez les adolescents ou les adultes cela peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice)
 - d. Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
 - e. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » (par ex., n'aime pas ou ne peut pas rester tranquille pendant un temps prolongé, comme au restaurant ou dans une réunion ; peut être perçu par les autres comme impatient ou difficile à suivre)
 - f. Parle souvent trop
 - g. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (par ex., termine les phrases des autres ; ne peut pas attendre son tour dans une conversation)
 - h. A souvent du mal à attendre son tour (par ex., dans une queue)
 - i. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par ex., fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités ; peut se mettre à utiliser les affaires des autres sans le demander ni en recevoir la permission ; chez les adolescents ou les adultes, peut faire irruption dans les activités des autres ou s'en charger)
- B.** Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans.