



Université Toulouse
Faculté de Médecine Toulouse Rangueil
Institut de Formation en Psychomotricité

TDA/H Adulte

Intérêt d'une prise en charge en
psychomotricité

Alexandra COMTE

**En vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

Juin 2015

Sommaire

| | |
|--|-------------|
| Introduction | p.5 |
| A. Partie théorique | |
| I. TDA/H chez l'adulte | |
| a. Historique | p.7 |
| b. Classification | p.8 |
| c. Symptomatologie | p.9 |
| 1. Difficultés d'organisation et de planification | p.10 |
| 2. Gestion des affects | p.11 |
| 3. Trouble du sommeil et/ou de l'alimentation | p.12 |
| 4. Difficultés relationnelles | p.12 |
| 5. Difficultés d'adaptations | p.13 |
| d. Répercussion du TDA/H sur le patient | p.13 |
| 1. Niveau personnel | p.14 |
| 2. Niveau familial | p.14 |
| 3. Niveau social | p.15 |
| 4. Niveau professionnel | p.15 |
| e. Epidémiologie | p.15 |
| f. Comorbidités | p.16 |
| II. Diagnostic | p.17 |
| 1. L'anamnèse | p.17 |
| 2. Le bilan | p.19 |
| 3. Le diagnostic | p.21 |

| | | |
|-------------|---|-------------|
| III. | Traitement et rééducation du TDA/H à l'âge adulte | p.22 |
| | a. Les différentes prises en charge | p.22 |
| | b. La prise en charge en psychomotricité des adultes TDA/H | p.25 |
| | c. Le traitement pharmaceutique | p.30 |
| | 1. Aspects médicamenteux | p.30 |
| | 2. Aspects psychothérapeutiques et psychosociaux | p.33 |
| | 3. Intérêt d'une approche combinée | p.35 |
| IV. | L'attention | p.37 |
| | a. Les différents types d'attention | p.37 |
| | b. Processus neurobiologique de l'attention | p.39 |
| B. | Partie pratique | p.41 |
| I. | Anamnèse | p.42 |
| II. | Evolution de la prise en charge | p.44 |
| | a. D'après le patient | p.44 |
| | b. D'après la rééducatrice | p.46 |
| III. | Prise en charge en psychomotricité du TDA/H chez l'adulte | p.49 |
| | a. Attentes du patient à l'heure actuelle | p.49 |
| | b. Axes de travail | p.50 |
| | c. Indicateurs pour l'évaluation du suivi | p.50 |
| | d. Rééducation | p.53 |
| | e. Bilan d'évolution | p.57 |

| | |
|--|--------------|
| IV. Présentation des résultats des indicateurs de suivi | p.62 |
| a. Epreuve d'attention visuelle | p.62 |
| b. Questionnaire analogique | p.64 |
| c. Croisement des résultats | p.65 |
| V. Mes questionnements | p.66 |
| | |
| C. Conclusion | p.71 |
| | |
| D. Discussion | p.73 |
| | |
| E. Annexes | p.76 |
| | |
| F. Bibliographie | p.100 |

Introduction

Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité est une pathologie reconnue chez l'enfant depuis les années 1900. On parle alors d'enfant étourdi, agité. Ce n'est que 70 ans après qu'est officialisé ce syndrome chez l'adulte. Cette pathologie est cependant encore peu connue du grand public et reste majoritairement confinée dans le domaine de la psychiatrie.

Lors du début de mon stage de 3^{ème} année de psychomotricité, j'ai eu l'occasion de pouvoir observer de nombreuses prises en charges très différentes les unes des autres, autant par les pathologies rencontrées que par leurs manifestations chez les patients.

La prise en charge du TDA/H chez un jeune adulte m'a donnée envie d'approfondir le sujet. J'ai trouvé les séances particulièrement intéressantes grâce aux échanges entre la thérapeute et le patient mais également grâce à l'analyse fine que le patient possède des différentes situations proposées. Je me suis alors penchée sur la question en effectuant quelques recherches. Cependant, peu de données sont actuellement présentes notamment sur la prise en charge en psychomotricité.

J'ai donc entrepris de développer cette pathologie au sein de ce mémoire afin de recenser ce que l'on sait actuellement sur le sujet, mais également pour essayer d'ouvrir des pistes de prise en charge en psychomotricité. Je vais tenter de démontrer l'intérêt d'une prise en charge dans ce domaine pour ce patients TDA/H adulte.

Il m'a semblé important de définir cette pathologie à l'âge adulte en abordant notamment les répercussions potentielles. La première partie plus théorique va donc aborder la définition de la pathologie (avec une précision sur les phénomènes attentionnels) et des différentes prises en charges possibles. La deuxième partie sera centrée sur les prises en charges et l'évolution du patient au fil de la rééducation.

A. Partie Théorique

I. TDA/H chez l'adulte

a. Historique

Les premières incarnations du Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H), tel que nous le connaissons aujourd'hui, étaient classées dans la catégorie des fous, étourdis. Aux alentours du XVIIème siècle, la médecine va se focaliser principalement sur les troubles de l'attention de l'adulte puis sur l'agitation motrice de l'enfant. Bourneville (1890) définira le syndrome par une instabilité motrice.

En France se sont Philippe et Paul-Boncour (1905) qui vont se pencher sur le devenir du syndrome chez l'adulte. Kraepelin (psychiatre Américain) introduira ce syndrome dans l'édition de son Traité (1915). Il le classera parmi les « personnalités psychopathes ».

Entre 1945 et 1975, l'hyperactivité chez l'adulte semble ne plus susciter d'intérêt contrairement à celle chez l'enfant. Quelques travaux (Menkes en 1967, Shelley en 1972 et Borland en 1976) montrent la persistance des symptômes à l'âge adulte. Cependant la pensée générale reste que les symptômes tendent à disparaître durant l'adolescence.

Weiss et Hechtman (1979) outre atlantique feront des études longitudinales sur le devenir des enfants TDA/H. Les premiers ouvrages consacrés à l'adulte seront écrit par : Weiss en 1992 et Hallowell et Ratey en 1994. C'est à partir de ces années que le syndrome à l'âge adulte sera établi.

Des associations d'aide aux personnes dites « hyperactives » se créent avec l'une des plus connues (États-Unis), le CHADD (Children and Adults with Attention Déficit Disorder). L'association TDAH France – HyperSupers voit le jour. En parallèle, des études sur l'évolution chez l'adulte se déroulent dans les hôpitaux universitaires notamment à Bordeaux, Paris ou Toulouse.

Un réseau européen des adultes TDA/H a été fondé en 2003 par Sandra Kooij. En 2014, 24 pays et 70 professionnels participent à ce réseau. Les objectifs sont : d'augmenter la connaissance du TDA/H, d'améliorer la détection et la prise en charge des adultes TDA/H, d'encourager les recherches internationales et de mettre en place une meilleure coopération des professionnels.

b. Classification

C'est avec le DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III) en 1980 qu'un cadre diagnostique est posé pour les adultes : « trouble déficitaire de l'attention, type résiduel ». Dans les versions suivantes : DSM IV puis DSM-IV-TR (2003), le trouble sera classé dans le domaine de la psychiatrie. La CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) parlera de trouble hyperkinétique.

La dernière version (DSM-5 en Mai 2013) apporte une évolution majeure dans le classement du syndrome. En effet, le trouble est à présent classé dans la catégorie des troubles neuro-développementaux. Ce nouveau classement permet de mieux refléter l'état des recherches et des avancées actuelles sur ce trouble.

Quelles sont les apports de cette nouvelle version dans le syndrome chez l'adulte ?

❖ Les termes :

Des termes spécifiques s'ajoutent pour l'adulte. En effet, des exemples concrets de développement permettent de mieux guider les professionnels travaillant avec les adultes.

❖ La symptomatologie :

Les critères diagnostiques du DSM précédent ont été conservés.

Il faut établir la présence de plusieurs symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention dans différents domaines de la vie quotidienne du sujet. Ici les symptômes doivent « interférer ou réduire les performances d'un individu dans des domaines importants de la vie ».

❖ Le seuil diagnostic :

L'âge d'apparition des symptômes a été réévalué à 12 ans (au lieu de 7 ans). L'âge ainsi que l'observance du nombre de symptôme après l'âge de 17 ans a été modifié. Pour poser le diagnostic chez l'adulte, un seuil de 5 symptômes (au lieu de 9) est défini.

L'ensemble de ces modifications permet un élargissement et une facilitation du diagnostic notamment pour les adultes.

c. Symptomatologie

Nous ne reviendrons pas ici sur la définition du TDA/H chez l'enfant, ce n'est pas le sujet de ce mémoire. Nous nous concentrerons uniquement sur celle de l'adulte.

Le TDA/H est un trouble neuro-développemental (DSM-5). Il évolue au cours de l'enfance jusqu'à l'âge adulte. L'évolution de la pathologie est très variable d'un individu à l'autre. Elle dépend : de la prise en charge (si présente), de l'entourage, de l'environnement et de la symptomatologie du patient.

Le diagnostic est difficile à poser chez l'adulte. En effet, certains enfants diagnostiqués vont réussir à minorer l'impact des symptômes avec l'avancée en âge. C'est pour cela que plusieurs auteurs ont évoqué la disparition du TDA/H à l'adolescence.

Certains adultes n'ont pas été diagnostiqués durant leur enfance. Plusieurs causes sont possibles : la méconnaissance des caractéristiques du syndrome, la mise en place de stratégies efficaces ou encore un manque de connaissance des prises en charges possibles.

Le sujet va devoir affronter de nouvelles exigences (sur le plan personnel ou professionnel). La symptomatologie va donc être remaniée chez l'adulte. Avec l'augmentation des responsabilités, l'inattention devient plus importante. Cela peut se manifester par des difficultés de concentration, des oublis ou encore par de la distractibilité (Montano, 2004).

Différents auteurs ont souligné les signes cliniques du TDA/H chez l'adulte : Brown (1996), Barkley et Murphy (1997), Conners (1999) ou encore Adler (2004). Aux symptômes classiques, s'ajoutent des manifestations plus spécifiques (présentes dans l'enfance avec un impact moindre) :

- Difficultés d'organisation et de planification
- Gestion des affects
- Trouble du sommeil et/ou de l'alimentation

- Difficultés relationnelles
- Difficultés d'adaptations

1. Difficultés d'organisation et de planification

Ces difficultés sont en lien avec les problèmes d'attention. La gestion de l'emploi du temps, l'hygiène, la santé, la hiérarchisation des informations se font notamment par le biais de ces deux axes. La mobilisation des capacités d'organisations et de planifications de façon efficiente semble importante chez l'adulte car elles interviennent dans la gestion de la vie quotidienne.

Les capacités de planification sont perturbées par la triade de base de la pathologie. Les difficultés à mémoriser une suite de tâche et l'absence d'anticipation de durée ne permettent pas à l'adulte une planification correcte. Un effort s'ajoute à la tâche initiale. En fin de journée, une fatigue importante peut être présente du fait de l'effort fourni pour pallier aux difficultés rencontrées.

La gestion du temps et de l'espace n'est pas évidente et ne paraît pas toujours logique pour eux. L'organisation, de l'espace de travail, des lieux de vie ou des activités n'a pas la même place pour ces adultes car elles demandent une mobilisation plus importante.

La procrastination (le fait de reporter à plus tard ce que l'on pourrait faire immédiatement) est une part importante de la vie d'un adulte TDA/H. En effet, la gestion du temps est perturbée. Les adultes repoussent régulièrement des tâches routinières ou peu motivantes, pensant avoir le temps ultérieurement. Cependant ce n'est pas obligatoirement le cas. Le sentiment d'être submergé peut alors apparaître. Weiss 1993, Brown 1996 et Connors 1999 confirment que l'organisation du temps et l'évaluation des durées est difficile.

A cela, s'ajoute la difficulté pour terminer une tâche. En effet, l'entourage évoque en générale beaucoup de tâches inachevées (travaux, études, projets, livre, film...).

Une composante anxieuse peut alors intervenir (« incapable de finir une activité », « je n'y arriverais pas, comme d'habitude »). Ils ont pleinement conscience de leur versatilité. Une nécessité d'accompagnement et de conseil est présente.

2. Gestion des affects

Wender (1995) donne de l'importance à l'expression de l'humeur, l'intolérance au stress et à l'apparition incontrôlée de colère. Il les classe parmi les symptômes prédominant du TDA/H chez la personne adulte.

L'instabilité des émotions prime chez ses sujets (Hallowell et Ratey, 1994). La labilité des humeurs et des colères doit en grande partie sa présence à l'impulsivité.

L'anxiété est souvent retrouvée dans les symptômes. Le sentiment d'être submergé, d'être perdu dans son emploi du temps, d'oublier des éléments, favorise cet état. Il ne s'agit pas pour autant d'une anxiété de performance, mais d'une difficulté pour la gestion et l'intégration de toutes les informations perçues au quotidien.

Une étude de Lackschewits et coll en 2008 apporte la confirmation de la vulnérabilité aux événements stressant de la vie quotidienne chez les adultes TDA/H par rapport aux sujets contrôles. Ils s'aident de mesure physiologique (fréquence cardiaque et respiratoire) et de mesure psychologique lors de la perception d'une situation stressante. Ils ont tendance à se laisser envahir plus rapidement par ces réactions. Le temps de réflexion chez les adultes TDA/H est plus faible lors de ses événements, le groupe contrôle prend un temps pour analyser la situation.

Le manque de contrôle pour la colère est également relevé. L'insatisfaction, l'intolérance à la frustration et l'impulsivité jouent une grande part dans ce domaine.

Conners (1999) constate qu'une des plaintes majeures des adultes est le fait de n'obtenir des résultats qu'en dessous de leurs attentes. Il constate également qu'ils sont conscients de leur fonctionnement.

De même, pour Hallowell et Ratey (1994) : « je n'arrive tout simplement pas à faire ce que je voudrais ». Ils n'ont pas l'impression d'arriver au bout de leur objectif. Ils pensent toujours pouvoir mieux faire sans pour autant y arriver (souvent en échos avec l'école).

3. Trouble du sommeil et/ou de l'alimentation

L'absence de rythme régulier dans le sommeil et l'alimentation est un phénomène constant chez les adultes TDA/H. Ryback et coll. (2007) ont observé que les adultes TDA/H préfèrent le soir pour 41%. Ces résultats sont opposés à ceux de la population générale.

❖ Les troubles du sommeil :

Ils peuvent s'expliquer par l'anticipation négative de l'agitation motrice (en dehors de la pathologie des jambes sans repos) et/ou cognitive qu'ils pourraient ressentir. Cette anticipation est en contradiction avec la détente nécessaire du corps et de l'esprit au moment du coucher.

De plus, d'après Bange (2009), la nuit serait plus propice à des moments de concentration (moins de stimulation que lors de la journée). Les adultes vont alors effectuer des activités plus cognitives demandant plus d'attention. L'heure du coucher est donc retardée.

❖ Les troubles de l'alimentation :

Le gaspillage de temps en action jugés moins importante peut provoquer un sentiment de frustration. Ils préfèrent sacrifier le temps du déjeuner à une autre activité plus motivante.

De plus l'organisation du repas, l'anticipation des courses, la gestion du temps du repas et des quantités peut s'avérer problématiques.

Ils vont donc privilégier le fait de manger rapidement, sur le pouce. Ils ne prennent pas le temps de se poser à table. Les plats préparés ou les commandes à emporter sont préférés.

4. Difficultés relationnelles

Les labilités attentionnelles peuvent entraver une conversation. L'oubli de détails, l'impression de ne pas écouter ou encore la répétition d'éléments ne permettent pas une conversation riche et élaborée. Les rendez-vous manqués, les retards et les projets inachevés amènent l'entourage, familial et professionnel, à se lasser.

Lors d'une conversation, les interlocuteurs communiquent en fonction des communications verbales et non verbales de l'autre. Un filtre au niveau du langage est présent. L'impulsivité ne permet pas toujours aux adultes TDA/H de mettre efficacement en

place ce filtre ainsi que de comprendre et d'analyser les différentes formes de communications. Des paroles peuvent alors dépasser la pensée et ainsi être mal interprétées.

Une personne trop franche et pas assez réfléchie a du mal, en société, à établir des relations durables et sereines (sans joute verbale). D'autant plus que les personnes TDA/H arrivent à bien cerner les personnes qu'elles côtoient. Lorsqu'elles font des remarques ou critiques (non réfléchies), elles sont souvent fondées. Cela peut ne pas plaire à l'interlocuteur.

Selon Bange (2009), peut se rajouter (de façon moins systématique) une certaine froideur et indifférence affective.

5. Difficultés d'adaptations

Pour compenser les difficultés que les adultes TDA/H peuvent ressentir, certains mettent en place des processus d'adaptation. Ils s'avèrent parfois adaptés (avoir un bloc-notes en permanence sur soi, noter des rappels, faire du sport) mais d'autres processus le sont beaucoup moins (Bange 2009).

Les réactions de défis ou de compétitions permettent au sujet de créer une stimulation motivante. L'adaptation d'un comportement lors d'une situation précise ou face à un interlocuteur n'est pas toujours évidente.

La consommation de psychotrope peut également être recherchée par les sujets. Elle leur permet d'augmenter leur concentration et de diminuer l'agitation. L'une des comorbidités principale du symptôme est l'addiction. L'effet escompté par le consommateur n'est pas toujours en adéquation avec l'effet obtenu.

d. Répercussion du TDA/H sur le patient et son environnement

Les conséquences et le retentissement des symptômes dépendent d'une multitude de facteurs : biologique, environnemental, social, familial. L'interaction des symptômes de base influence également les conséquences ressenties. Cela va définir les difficultés du sujet.

Les conséquences évoquées ci-dessous sont celles pouvant être rencontrées chez les adultes TDA/H. Elles ne sont pas toutes présentes chez un même individu. Beaucoup d'adultes arrivent, sans diagnostic, à mener une existence normale et épanouie.

1. Niveau personnel

Hallowell et Ratey (1994) remarquent une anxiété générale fréquente avec une faible estime de soi. Les sujets adultes ont de multiples inquiétudes. Elles sont parfois démesurées mais font écho aux différents symptômes de la pathologie.

Cette anxiété, d'après Connors (1999), peut faire passer au second plan les différents symptômes. En effet, les réactions émotionnelles provoquées durant l'enfance peuvent aboutir à l'âge adulte à une anxiété importante.

La pratique d'un sport permet aux adultes de minimiser l'impact de l'hyperactivité et de l'impulsivité sur leur vie quotidienne. L'évacuation de ce trop-plein d'énergie augmente le seuil d'endurance et de concentration.

2. Niveau familial

L'entourage du sujet peut se retrouver démuni face à cette agitation, désorganisation qui est souvent peu compréhensible et difficilement gérable. La situation socio-économique peut s'avérer compliquée face aux changements d'orientation professionnelle plus fréquents chez ces adultes.

A l'inverse, certains vont se surinvestir dans leur travail provoquant un délaissement de l'entourage proche. Cela peut être source de conflits au niveau conjugal ou dans l'éducation des enfants.

La délégation des tâches dites « ennuyeuses » par le sujet se fait sur le conjoint ou les parents. Cette surcharge devient vite pesante si une solution n'est pas trouvée pour y pallier. On observe un nombre plus important de divorce ou de rupture.

3. Niveau social

Brown (1996) rapporte que le sentiment d'anxiété ressenti peut se rapprocher de l'anxiété sociale. La difficulté de contrôle des affects ne permet pas à l'adulte de se mélanger simplement et rapidement au sein d'un groupe. Des reproches peuvent être faits pouvant aboutir à l'isolement de l'adulte. Certains vont mettre en place un processus d'évitement afin de ne plus être confrontés aux situations problématiques et/ou anxiogènes. Il faut faire attention à une possible dérive vers l'agoraphobie.

Tzelepis et coll. (1995) observent l'anxiété depuis l'enfance chez les personnes porteuses de TDA/H. Elle proviendrait selon eux des problèmes dans la relation avec les pairs notamment dans ce qui est du contrôle des affects. Le fait d'être colérique, émotif ou impulsif ne favorise pas des relations correctes. Ce manque de reconnaissance par les pairs peut faire baisser l'estime de soi et faire apparaître un sentiment d'anxiété.

4. Niveau professionnel

Wender (2000) montre que les sujets porteurs de TDA/H occupent la plupart du temps des postes à faible charge attentionnelle. Les postes prisés sont ceux présentant une dynamique importante (tant sur l'aspect moteur que cognitif) avec un renouvellement régulier d'objectif à atteindre. Les postes à responsabilité sont à l'inverse souvent délaissés.

La versatilité des postes professionnels est plus importante chez ceux porteurs de TDA/H. Barkley et coll. en 2002 observent que sur 1001 adultes (500 diagnostiqués TDA/H, 501 sujets contrôles), la moyenne est de 4,4 emplois durant la vie professionnelle pour les hyperactifs contre 3,1 emplois chez les sujets contrôles.

e. Epidémiologie

La prévalence en 2012 des adultes TDA/H était de 2,99% sur un échantillon de 1171 adultes selon Caci en 2014.

Selon le DSM-V la prévalence est de 5% pour les enfants et 2,5% pour les adultes. Le sexe ratio est aux alentours de 3 garçons pour 2 filles en France.

La prévalence du syndrome évoqué ne comprend pas les comorbidités associées (souvent nombreuses).

f. Comorbidités

Les comorbidités sont fréquentes chez les sujets adultes présentant un TDA/H. elles sont beaucoup plus nombreuses avec l'avancée en âge.

Minde et coll. (2003) montrent que 70% des adultes hyperactifs ont au moins un trouble psychiatrique associé, pour 15% des sujets contrôlés.

Selon Biederman et coll. (2006), les adultes hyperactifs ont un risque 6,1 fois plus important de psychopathologie, 5,9 fois avec les troubles antisociaux, 2,5 fois avec les troubles développementaux, 2,2 fois avec les troubles anxieux et 2 fois avec l'addiction.

On retrouve 9 catégories de troubles associés :

- Les comportements antisociaux : troubles oppositionnels avec provocation et troubles des conduites et personnalité antisociale,
- Les addictions
- Les troubles de l'humeur : troubles dépressifs et troubles bipolaires
- Les troubles anxieux
- Les troubles de la personnalité
- Les tics
- Les troubles des apprentissages
- Les troubles alimentaires
- Les troubles du sommeil.

Les troubles associés au TDA/H sont à repérer et à prendre en compte afin de hiérarchiser les axes de travail. Le thérapeute intervenant spécifiquement dans la rééducation du TDA/H doit savoir faire la part entre les symptômes dus à la pathologie et entre ceux dus à une pathologie associée.

De manière générale, l'annonce du diagnostic soulage le patient et son entourage. Il y a enfin une explication à ce comportement. Cependant, qui dit trouble dit (souvent) traitement curatif. Or, ici ce n'est pas le cas, il faut apprendre à vivre avec. Si la personne le souhaite, une prise en charge est possible afin de réduire l'impact des différents symptômes sur la vie quotidienne du sujet.

II. Diagnostic

Le diagnostic du TDA/H chez l'adulte (en l'absence de diagnostic antérieur dans l'enfance) n'est pas toujours simple. L'absence de connaissance de la pathologie et de ses caractéristiques par les adultes est un frein au diagnostic.

La première consultation, de façon générale, se fait pour les motifs suivants : l'organisation, l'impulsivité, les difficultés dans les relations sociales...

L'établissement d'un diagnostic se fait en 4 étapes :

- L'anamnèse
- Examens complémentaires
- Le bilan
- L'annonce du diagnostic

1. L'anamnèse

Selon le DSM V, il faut que les symptômes du TDA/H soient apparus et donc présents durant l'enfance du sujet. A l'âge de 17 ans, 5 symptômes doivent être présent (certains auteurs donnent un seuil de 4 symptômes, Barkley 2008). Un impact des symptômes sur au moins deux domaines de la vie du sujet permet d'envisager le diagnostic.

Un recueil d'information est effectué par le professionnel sur la vie du patient. Il se fait au travers d'un questionnaire détaillé. Il prend en compte la vie passé (scolarité, éducation, comportement...) et la vie présente (travail, vie de couple/famille, études...). L'anamnèse permet de cibler la présence de comportement, de signes, pouvant se rapporter ou non à une pathologie.

Les informations données par le patient doivent préférentiellement être confirmées par son entourage pour permettre au maximum l'objectivité des comportements décrits. On choisira, si possible, un des parents (pour des précisions sur l'enfance) et le conjoint (pour les symptômes actuels). Cette situation idéale n'est pas toujours reproductible. En effet, des événements de vie variés peuvent amener à l'interrogation seule du sujet.

Le thérapeute se devra d'être le plus objectif possible. Il doit tenir comptes de certaines exagérations ou, à l'inverse, à la négligence de certain comportement.

Un biais important peut être fait. Les souvenirs sont souvent imprécis. Cela peut faire l'objet d'un obstacle dans la recherche diagnostic rétrospective du TDA/H. Il est cependant difficile de pouvoir déterminer la présence ou l'absence durant l'enfance des différents symptômes du TDA/H sans un questionnement du sujet et de son entourage.

Des études ont montré que 20 à 40% des sujets sous-évaluent leur comportement. A l'inverse pour 11% des sujets, une surévaluation est présente.

Afin de déterminer la présence ou l'absence de ces symptômes, on peut effectuer un entretien oral avec des questions guidées qui permettront d'orienter le sujet dans ses réponses. On peut également utiliser des échelles précises présentées ci-après. On ne parlera ici que des échelles validées et étalonnées en France même si de nombreuses autres échelles existent :

- Echelle ASRS V1.1. (2007) (c.f. annexe n°1)

Cette échelle est composée de 18 questions portant sur la vie quotidienne du sujet à l'âge adulte. Elle peut se faire en autoévaluation. Cependant cette échelle ne permet pas une cotation précise des symptômes de l'enfance.

La passation et la cotation sont rapides (10 min environ).

- La DIVA 2.0 (Diagnostisch Interview Voor ADHA bij volwassenen) (c.f. annexe n°2):

Ce questionnaire a été élaboré en 2010. Il est basé sur les critères diagnostiques du DSM IV. Il a été traduit en français en collaboration avec H. Caci, J. Bouchez, K. Foekin.

Ce questionnaire fournit des exemples concrets sur les comportements durant l'enfance et l'âge adulte. Ce questionnaire se découpe en trois parties : les critères d'inattention, les critères d'hyperactivité-impulsivité et l'âge de début et d'altération du fonctionnement dus aux symptômes. Il englobe 5 domaines de la vie quotidienne : travail et scolarité, relations aux

autres et famille, contacts sociaux, temps libre et divertissements, confiance en soi et image de soi.

Cette échelle permet une évaluation rétrospective de la vie du patient. Elle prend en compte l'enfance et l'âge adulte.

2. Le bilan :

De nombreux professionnels interviennent auprès des adultes. Cet ensemble permet de regrouper toutes les informations possibles à la pause du diagnostic du TDA/H.

Les bilans ne sont pas classés par ordre de priorité et ne sont pas tous effectués systématiquement. En effet, les motifs de première consultation sont variables et dépendent de chaque individu. Le parcours de soin peut alors débiter par chacun des différents intervenants.

❖ Le bilan psychiatrique :

Il s'agit au professionnel de surveiller la présence ou l'absence de pathologies psychiatriques chez le sujet. Cette recherche permet d'éliminer les autres diagnostics comme cause principale des symptômes du sujet.

❖ Le bilan neurologique :

Ce bilan permet d'exclure toute hypothèse de pathologie neurologique. Le diagnostic du TDA/H ne peut être posé en la présence d'un syndrome neurologique.

❖ Bilan psychomoteur :

Il ne s'agit pas ici d'effectuer un examen portant sur tous les domaines psychomoteur. Par exemple, une désorganisation du saut ne fait pas parti d'un axe prioritaire chez les adultes (pour ceux souhaitant réduire leur inattention).

Il faut cibler les axes de travail par rapport aux répercussions sur la vie quotidienne. Le psychomotricien va alors évaluer les domaines problématiques pour le sujet (objet de la plainte).

Pour évaluer l'attention, l'impulsivité et l'hyperactivité chez l'adulte on utilise des tests standardisés en France sur une population adulte. Il s'agit de situer le niveau du patient par rapport à une norme de son âge. Les résultats recueillis permettent de confirmer ou d'infirmer au niveau clinique la présence ou l'absence de certains symptômes du TDA/H.

Exemple de tests pouvant être utilisés chez l'adulte :

- Test des deux barrages de Zazzo (T2B) : mesure de l'attention soutenue (capacité à maintenir son attention durant une durée importante sur une tâche cible).
- Figure de Rey : mesure des capacités de visuo-constructions lors de la reproduction en deux temps d'une figure (avec modèle puis sans)
- Tour de Londres : mesure des capacités de planifications à l'aide de la présentation de différents problèmes faisant intervenir des mouvements limités.
- Corsi : évalue la mémoire de travail en empan endroit et en empan envers grâce à un support de 10 cubes disposés sur une planche. Le sujet doit reproduire le trajet effectué avec son doigt.
- Test du D2 : mesure de l'attention sélective (repérage d'un élément cible « d » ayant une caractéristique commune : deux traits autour)
- Wisconsin Card Sorting Test : mesure de la flexibilité mentale (classement de carte ayant des caractéristiques communes)
- Stroop : mesure de l'attention sélective. Le sujet lit une série de mot en fonction de la consigne (lecture du mot, de la couleur, du rectangle de couleur).

Le thérapeute doit faire attention aux risques de « faux-positif » ainsi qu'aux risques de « faux-négatif ». En effet, certains patients peuvent voir un avantage à être diagnostiqués (mise sous traitement, vision de l'entourage différente, exagération des difficultés). Une observation clinique détaillée semble donc nécessaire au cours de la passation du bilan.

Il faut également veiller au bien-être du patient (stress, fatigue...). Certains facteurs peuvent entraîner le patient à effectuer une passation subnormal et inversement par rapport à leur fonctionnement habituel.

Les résultats des tests couplés aux observations cliniques du thérapeute permettent une analyse détaillée du fonctionnement du sujet. Les résultats ne sont pas à traiter seul. Il est

important de relever par exemple la présence de fatigue, d'agitation motrice (même discrète) ou bien de commentaires lors de la passation des différents tests.

❖ Bilan orthoptique :

L'oculomotricité est un facteur qui majore les troubles attentionnels. Pour les personnes qui se plaignent de douleurs ou de brûlures après une activité engageant les yeux, une suspicion de problème oculomoteur peut être faite. En effet, les déficits de balayage visuel et de focalisation peuvent être dus à un problème attentionnel mais aussi à la nécessité d'une rééducation orthoptique.

Avant tout travail de l'attention visuel, si une suspicion est présente chez le professionnel, un bilan orthoptique peut alors être conseillé.

❖ Bilan ORL :

La vérification de l'audition, en cas de suspicion de déficit est importante. Elle joue un rôle dans les communications, l'attention auditive et les apprentissages.

❖ Bilan psychométrique :

Le test pour l'âge adulte est la WAIS-IV (2011). Le retard mental est l'un des facteurs d'exclusion au diagnostic du TDA/H. Ce bilan n'est pas effectué systématiquement. Il est conseillé lors d'une suspicion par les autres professionnels intervenant auprès de la personne.

3. Le diagnostic

Lorsque toutes les informations des différents professionnels sont réunies, une consultation avec un neurologue permet de valider ou non l'hypothèse diagnostic émis par les intervenants.

Le suivi en prise en charge (psychomotrice, psychologique, psychiatrique, orthoptique, orthophonique) avec ou sans médication, dépend de différents facteurs :

- La motivation du sujet,
- Le financement (certaines rééducations ou bilan ne sont pas remboursés),
- L'impact de la pathologie sur l'environnement (professionnel ou personnel),

- L'acceptation ou non du traitement ou de la prise en charge.

Young et coll. (2009) observent, après l'annonce du diagnostic, un processus d'adaptation du patient le menant à traverser plusieurs émotions :

- Libération : la cause de ce que je ressens est repérée,
- Allégresse : mon comportement n'est pas entièrement de ma faute !
- Désordre émotionnel : je ne sais plus trop où j'en suis,
- Colère : pourquoi on ne l'a pas vu avant ?
- Tristesse et chagrin : j'ai une pathologie, je ne suis pas « normal ».
- Anxiété : est-ce que mon entourage va comprendre ? Je suis « malade ».
- Acceptation et adaptation : je vais continuer à vivre avec et essayer de commencer une prise en charge s'il le faut.

Une consultation psychologique ou psychiatrique peut amener le patient à mieux vivre cette période. Quel que soit le thérapeute intervenant auprès du patient, il ne faut pas oublier l'impact psychologique de la pathologie.

III. Traitement et rééducation du TDA/H à l'âge adulte

a. Les différentes prises en charge

La prise en charge du TDA/H à l'âge adulte semble nécessaire lorsque le sujet ressent une gêne particulière dans la vie de tous les jours. Cette prise en charge (quel que soit le domaine) peut s'avérer compliquée chez les adultes avec la question, notamment, de la régularité.

En effet, chez l'adulte, il n'existe pas ou peu de supervision. L'oubli de rendez-vous ou l'absence de ponctualité n'est pas volontaire. Comme dit précédemment, l'organisation et la planification sont des domaines déficitaires chez ces adultes.

Cette irrégularité, souvent décrite, permet difficilement une prise en charge stable et continue, le thérapeute doit alors s'adapter au patient. La qualité de l'alliance thérapeutique permet une reconnaissance de la part du patient, pouvant ainsi améliorer la ponctualité.

Il existe à l'heure actuelle trois méthodes ayant montré une efficacité relative selon Bange F. (2009) dans la prise en charge du syndrome :

- Les traitements médicamenteux,
- Les psychothérapies,
- L'aide psychosociale.

Les critères objectifs de l'efficacité de chacune des différentes méthodes citées ci-dessus sont peu nombreux voire inexistant pour les thérapies psychodynamiques. Des études ont été faites pour les deux autres méthodes portant sur des essais cliniques avec des méthodes précises et comparables.

Il est important de prendre en compte, qu'aucune méthode de prise en charge ne peut être imposée au patient. Il s'agit pour le thérapeute d'informer clairement le patient afin qu'il puisse faire un choix clair et lucide.

Pour toutes les méthodes de prise en charge, il convient de s'adapter et de ne pas occulter les symptômes du TDA/H. Nous allons maintenant développer les psychothérapies et l'aide psychosociale.

❖ L'aide psychosociale :

Il s'agit d'une psychoéducation. Elle permet au patient de mieux comprendre les difficultés qu'il a pu rencontrer tout au long de sa vie. Les auteurs tels que Nadeau (1995) et Weiss (1999) sont parmi les premiers à travailler sur cette méthode dans le cadre de l'hyperactivité à l'âge adulte.

Il existe deux axes de travail :

- Information et réflexion sur la pathologie et les symptômes ressentis chez le patient ainsi que sur leur évolution.

Les psychothérapies rendent acteur les patients et les incitent à ne pas se rendre victime du syndrome. Elles donnent des stratégies pour s'autoréguler. Le thérapeute n'est pas passif mais aide le sujet à structurer ses pensées. Il conseille et organise des aspects de la vie du sujet qui lui pose problème, sans pour autant faire à sa place.

- Réorganisation de la vie du patient :

Elle s'effectue essentiellement dans les périodes de transition (nouveau travail, entrée à la fac, déménagement, nouveau-né, séparation ...). C'est lors de ces périodes que les symptômes du TDA/H ont le plus de retentissement. En effet, ces événements de vie créent des bouleversements dans le quotidien ce qui peut amener de l'anxiété. Il s'agit donc d'introduire des stratégies efficaces. Elles s'implanteront plus facilement dans le quotidien de la personne.

L'information de l'entourage du patient est importante. Il faut cependant être vigilant quant à l'interprétation erronée ou à un effet pervers du diagnostic : « il abuse des symptômes », « mets tout sur le compte de son syndrome ».

Il n'existe pas d'étude actuellement quant à l'efficacité d'une prise en charge psychosociale isolée en comparaison à une approche combinée.

❖ Les psychothérapies :

- Psychanalyse

Il est difficile de prendre en charge un patient hyperactif en psychanalyse. En effet, les symptômes de base de l'hyperactivité vont biaiser l'analyse faite par le thérapeute. L'association avec un traitement médicamenteux, même si souvent refusé par les psychanalystes, permettrait de diminuer les symptômes de base et donc de faciliter l'analyse.

Cette thérapie ne vise pas à améliorer les symptômes, il s'agit surtout « d'une réconciliation avec le passé » ce qui permettrait une amélioration des émotions dysfonctionnelles dans le présent (Bemporad, 2001).

- Thérapies cognitivo-comportementale (TCC)

Les TCC chez l'adulte se situent à un niveau plus cognitif. En effet, le développement des facultés mentales avec l'avancée en âge permet d'approfondir des méthodes pouvant être survolées dans l'enfance. De plus, la motivation joue une part beaucoup plus importante que chez les enfants.

Cette méthode vise à permettre au patient de contrôler les symptômes plutôt que d'être contrôlé par eux. Il faut accepter ce qui ne peut être changé mais il faut adopter les stratégies

qui permettent de changer ce qui peut l'être. Elle permet d'observer tous les changements possibles pouvant être amenés au sujet.

Le thérapeute effectue une hiérarchisation des symptômes. On commencera par des petits changements puis on généralisera aux grands symptômes.

Les TCC sont des programmes assez brefs (quelques mois). Elles peuvent être faites en groupe ou de façon individuelle. Elles prennent également en charge dans les cas d'hyperactivité les symptômes dépressifs et l'anxiété souvent présents.

b. Prise en charge en psychomotricité des adultes TDA/H

La prise en charge en psychomotricité des adultes TDA/H semble être adaptée. Le travail du psychomotricien est de fournir des clefs aux patients pour s'adapter aux événements de la vie quotidienne et de réduire l'impact des symptômes. Celles-ci lui permettent de mieux s'adapter à son environnement et de trouver des stratégies pour être plus performant et organisé dans ses activités.

Les écrits sur ce sujet sont peu nombreux voire inexistant. En effet, la psychomotricité et la pathologie du TDA/H chez l'adulte ne sont pas connues de tous. Cependant un essor de la profession et de la pathologie s'effectue.

Dans le cadre de la prise en charge du TDA/H adulte, on peut partir de la prise en charge chez l'enfant et des critères diagnostics du DSM-5. A partir de cela, une adaptation doit être faite au niveau des séances et des objectifs de façon spécifique à l'âge l'adulte.

Il est important de noter que les objectifs et les axes de travaux sont fixés en collaboration avec le patient. En effet, il s'agit d'un travail avec un adulte. La prise en charge ne lui est pas imposée. Il s'agit d'une démarche motivée par un besoin. La rééducation doit donc être en accord avec les attentes du patient.

Ces axes de travaux sont à adapter en fonction :

- Des priorités,
- Du niveau de difficultés,
- Des symptômes,
- Des attentes du patient.

Les axes de prise en charge individuelle généraux du TDA/H chez l'adulte sont :

❖ Travail de l'attention et de la concentration

L'objectif est d'accroître le temps de concentration et d'attention sur une ou plusieurs tâches cibles. Plus l'endurance est importante, moins le trouble sera retentissant sur la vie quotidienne.

Il est important, lorsque les capacités d'attentions sélectives et divisées sont suffisantes et stables, d'effectuer des mises en situations adaptées à la vie du sujet. Effectivement, le travail ne consiste pas seulement en l'augmentation des performances mais en l'adaptation de celles-ci au quotidien.

Exemple de travail rééducatif :

- Rechercher dans un annuaire différents noms : permet la mise en place d'une planification dans la recherche des pages mais également dans la recherche visuelle au sein d'une même page.
- Travailler en situation de bruit ou stressante afin de resituer le patient dans une situation qu'il peut rencontrer dans la vie courante.
- Effectuer deux activités en même temps : enchaînement moteur simple (main épaule puis table) et réponse à des questions demandant un effort cognitif moyen (épeler à l'envers son prénom, calculs mentaux, capitale dont la première lettre est un B...).

❖ Travail des habiletés sociales :

Cela consiste à améliorer la compréhension et l'expression des communications non verbales. Ce travail permet aux patients de mieux communiquer ses sentiments, ses pensées et les besoins qu'il a, aux autres personnes. Il permet également une meilleure interprétation des situations par l'intégration de tous les canaux de communication (intonation, posture, expression faciales, parole et distance).

Par exemple :

- Expliquer au patient les situations problématiques dans la communication ou l'interprétation de situations au cours des séances,
- Discussion sur la semaine passée ou des événements particuliers afin de se focaliser sur des situations problématiques et de comprendre la difficulté rencontrée par le patient.

Cette analyse en temps réelle permet au patient de mieux se rendre compte de son propre comportement et de celui de son interlocuteur ainsi que des conséquences potentielles. L'analyse qui en découlera va permettre au fur et à mesure, au patient, de créer des automatismes d'interprétation des situations.

Il faut noter que pour ce travail, une prise en charge en groupe semble également pertinente. Elle permet des mises en situations collectives basées sur des situations réalistes dans la vie de tous les jours.

❖ Réduction de l'impulsivité :

Il existe deux types d'impulsivité :

- Motrice : implique les gestes et les réactions physiques,
- Cognitive : implique les pensées, les émotions et la communication.

Pour réduire les phénomènes d'impulsivité, il faut que le patient réussisse à contrôler ses réponses. Pour cela, l'utilisation du soliloque ou du langage interne permettrait de canaliser la pensée en court (Vigotsky, 1985). Une organisation des pensées peut alors se mettre en place pour répondre à la tâche en cours.

Selon Marquet-Doléac J. (2005), il existe trois types d'activités qui permettent de développer l'inhibition de l'impulsivité :

- Le délai de réponse : imposer un délai de latence entre la question posée et le moment de la réponse (décompte de 5 secondes par exemple),
- L'inhibition de la réponse : par exemple le patient ne donne une réponse qu'à une question sur deux.
- La réponse inverse : donner une réponse à l'encontre de la réponse normalement attendue (fermer les yeux quand la consigne est de les ouvrir, prendre le feutre noir quand la consigne est de prendre le blanc).

❖ Travail de résolution de problème :

Un problème est issu d'une situation dont la procédure n'est pas directement visible. Pour cela, il faut une compréhension du problème puis une procédure : stratégie de résolution (Chagneau 2010).

« Procédé qui propose un ensemble de réponses alternatives potentiellement efficaces pour répondre à la situation problématique et augmente la probabilité de choisir la réponse la plus efficace parmi ces différentes alternatives » (D’Zurilla, 1971). Elle est décomposée en cinq étapes :

- Perception du problème
- Définition et reformulation
- Génération des alternatives et des solutions possibles
- Prise de décision
- Vérification. Si le résultat n’est pas satisfaisant, retourner à l’étape précédente.

Il faut également prendre en compte les situations de résolution de problème impliquant les émotions : c’est-à-dire plus personnel. Lorsque les émotions interviennent, il peut devenir plus fastidieux de mettre en place des stratégies de façon objective. La visualisation des objectifs à atteindre et des moyens peuvent être biaisés.

C’est pourquoi ce travail spécifique est mis en place. Il est important de créer des automatismes chez l’individu. On cherche ici à éviter l’analyse trop rapide et subjective d’une situation.

❖ Travail des stratégies d’adaptation et de flexibilité :

Dans la vie quotidienne, l’individu ne sera pas confronté à des situations identiques. En effet, des paramètres sont variables : support, méthode de communication, interlocuteur, problème, objectifs, méthode de résolution de problème, environnement, contrainte...

Ces différentes variables demandent une adaptation et une flexibilité de la part de l’individu. Il va devoir trouver des stratégies efficaces pour une situation donnée. Mais il va également devoir l’adapter, la moduler en fonction des objectifs à atteindre et des contraintes présentes.

Lors des séances de rééducation, il convient par exemple de :

- Varier les supports et les activités,
- Varier les modalités de réponses : verbales, motrices,
- Varier les consignes sur un même support,
- Changer les objectifs en cours de tâche.

❖ Travail de l'organisation et de la gestion du temps :

Pour pouvoir être efficace il faut savoir organiser son temps afin de pouvoir mener à terme des projets planifiés. Il s'agit d'aptitude particulière, souvent déficitaire chez les sujets porteurs de TDA/H. Selon Marquet-Doléac J., Soppelsa R. et Albaret J-M. (2005) pour être capable de s'organiser il faut :

- Savoir planifier,
- Estimer le temps nécessaire à chaque action,
- Protéger les objectifs de la survenue de distracteurs ou d'évènements imprévisibles,
- Opérationnaliser les procédures,
- Décider des priorités,
- Vérifier,
- Savoir être souple dans la programmation des différentes étapes.

Par exemple, cette méthode peut s'appliquer à la tour de Hanoï (casse-tête où le but est de faire passer l'ensemble des cercles sur un autre piquet). Il faut prendre le temps avec le patient lors de la première présentation, de lui poser une série de question :

- Quel est votre objectif ?
- Par quelle étape allez-vous débiter ?
- Donnez-moi les deux étapes suivantes.
- Combien de temps allez-vous mettre pour réaliser le transfert complet de la tour ?

Conclure ensuite sur le temps réel de réalisation, sur la méthode d'organisation utilisée et son efficacité.

Les feed-back positifs et négatifs et les auto-évaluations sont importants dans l'apprentissage. Ils permettent au patient d'effectuer une analyse de la situation et de se rendre compte de l'efficacité ou non de la méthode utilisée.

❖ Mémoire de travail :

La rétention de plusieurs informations est problématique. Cependant, cette mémoire de travail intervient dans de multiples domaines de la vie courante (planification, réunion, conversation, calculs mentaux...). Le travail de ce domaine semble donc nécessaire.

Il faut déterminer si le sujet possède une méthode de mémorisation. Si tel n'est pas le cas, il faut analyser ce qui est mémorisé par le sujet.

La mémoire de travail peut se travailler de la façon suivante :

- Cerceaux de couleurs au sol : le thérapeute énonce une série de couleur, le patient doit produire le chemin correspondant soit en empan endroit soit en empan envers,
- Reproduction de construction simple : le thérapeute réalise une construction (10 pièces maximum), après révélation de la construction au patient (20 secondes au départ), il doit la reproduire.

c. Le traitement pharmaceutique :

En France, une seule molécule dispose d'une AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) pour ce qui concerne le traitement du TDA/H : le méthylphénidate (MPH). Les noms des différents traitements impliquant le méthylphénidate sont : la Ritaline©, la Ritaline LP©, le Concerta LP© et le Quasym LP© (LP pour libération prolongée).

Nous ne parlerons pas des particularités pharmaceutique et chimique de ce traitement. Nous aborderons la prescription et les conséquences (positives et négatives) de cette molécule chez les adultes porteurs de TDA/H.

1. Aspect médicamenteux

❖ Indications :

Certaines personnes présentent de nombreux symptômes du TDA/H mais qui pour autant n'ont pas besoin d'une prise en charge particulière. C'est pourquoi il faut être vigilant, la seule présence de symptôme n'entraîne pas obligatoirement de traitement. Chaque personne est unique et possède son propre tableau clinique de la pathologie. Le dosage peut être influencé par différentes comorbidités.

La prescription de MPH peut être conseillée par beaucoup de thérapeute. Seul un neurologue, pédiatre ou psychiatre hospitalier est habilité à le prescrire. La prescription se fait

pour une durée de 28 jours renouvelable. Le renouvellement de l'ordonnance peut lui se faire par le médecin généraliste durant un an maximum.

Le traitement est adapté et dosé en fonction de différentes variables :

- L'âge,
- Antécédents,
- Besoin du patient,
- Les effets sur le patient.

Les doses sont variables en fonction des sujets mais également en fonction des périodes. La prise du médicament se fait durant les périodes nécessitant une attention et une concentration particulière (travail, cours).

La dose prescrite est donnée sous conseil et approbation du neurologue. Cependant il est tout à fait possible que le patient diminue sa dose si le besoin ne se fait pas particulièrement ressentir.

La réaction au médicament est différente en fonction des individus. Certains vont plus ou moins réagir à la molécule. La posologie peut être très différente entre deux personnes présentant la même symptomatologie. Une étude de Dodson en 2005 a montré que la dose absorbée de MPH était comprise entre 11 et 43% en fonction des adultes.

La durée d'effet moyenne pour la forme à action immédiate (Ritaline©) est de 3 à 4 heures. Elle diminue de 50% toutes les deux heures.

Pour les formes à libération prolongée (Ritaline LP©, Concerta LP© et Quasym LP©) la durée d'efficacité passe à 8 heures en moyenne.

Un « effet rebond » peut être présent. En fin de matinée ou de journée, quand les effets du médicament sont moins importants, le sujet peut avoir une agitation ou une excitation plus importante.

❖ Contres indications :

Les contre-indications, selon les recommandations européennes sont :

- Schizophrénie,
- Hyperthyroïdie,
- Glaucome,
- Troubles cardio-vasculaires ou cérébro-vasculaires graves,

- Hypersensibilité détectée au produit.

De même dans certaines pathologie, une prudence est préconisée : hypertension artérielle, dépression, tics, antécédents de Gilles de la Tourette, TED (Troubles Envahissement du Développement), retard mental sévère ou encore dans le cas de toxicomanie et d'alcoolisme.

D'après Socanski en 2013, il n'y a pas de contre-indications en cas d'épilepsie, si elle est traitée de façon adéquate. Le risque de fausse couche est plus important chez les femmes enceintes en cas de prise de MPH.

Les comorbidités sont fréquentes chez les sujets TDA/H adulte. Il est donc très important de prendre en compte les différents syndromes du patient afin de fournir une médication la plus adaptée. Blondeau (2009) au travers de ce tableau, décrit les différentes comorbidités et les recommandations d'utilisation du méthylphénidate.

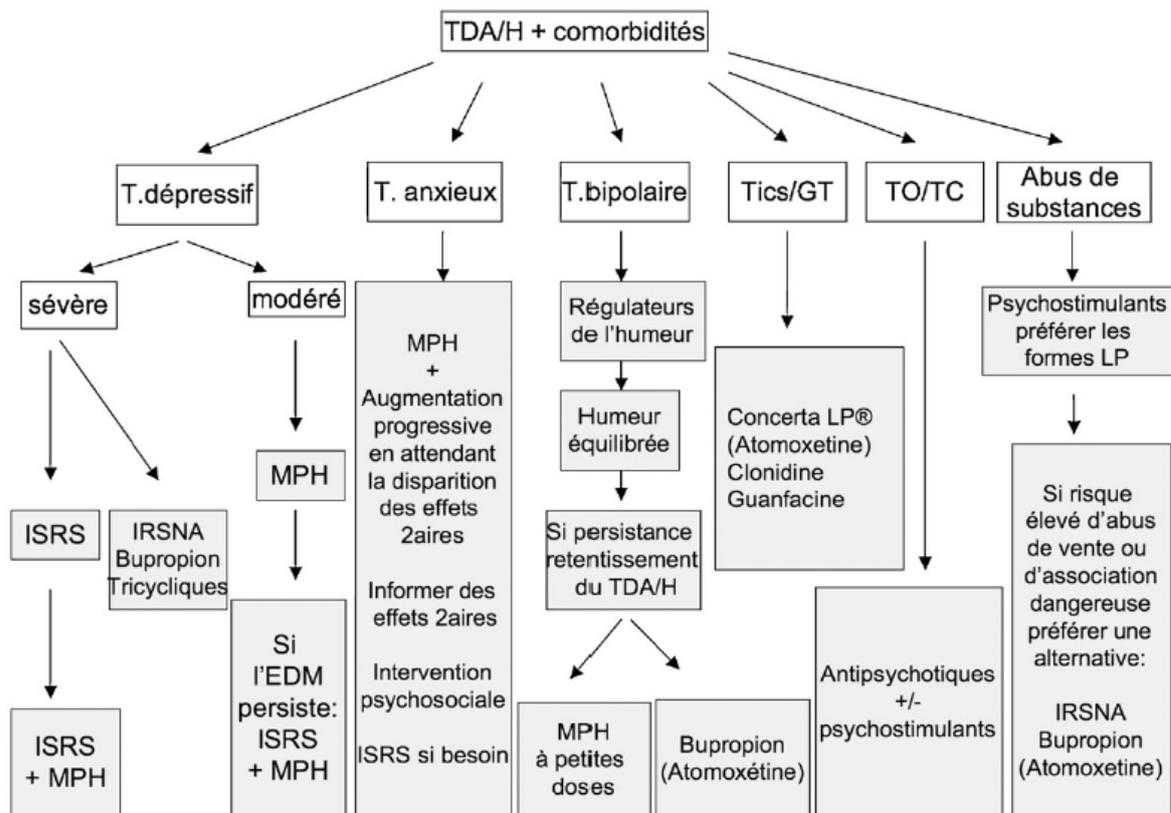


Figure 1 : conduite à tenir pharmacothérapeutique dans le traitement du TDA/H associé à des comorbidités chez l'adulte. GT : syndrome de Gilles de la Tourette, TO : trouble oppositionnel, EDM : épisode dépressif majeur, ISRS : inhibiteur de la recapture de la sérotonine, IRSNA : inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

❖ Effets indésirables :

Selon une revue d'étude d'Aagaard de 2011, les effets indésirables du traitement au méthylphénidate sont : la baisse de l'appétit, les douleurs abdominales et les céphalées.

Dans un rapport de l'ANSM de 2013 les effets secondaires graves sont recensés en France depuis 15 ans. On y retrouve des symptômes psychotiques (hallucinations, délire, tentative de suicide), des symptômes neurologiques (convulsions, céphalées, dyskinésies), des troubles musculo-squelettiques et systémiques (retard staturo-pondéral, myalgie, faiblesse musculaire) et des troubles cardiovasculaires (tachycardie paroxystique ou sinusale, palpitations).

Ce médicament n'engendre pas d'accoutumance au sens médical du terme lors du respect de la posologie. C'est-à-dire qu'il n'y a pas de phénomène d'habituation au traitement. Une fois que la posologie est adaptée, elle n'augmente pas dans le temps.

La forme d'accoutumance qui peut se retrouver est celle présente à un niveau psychologique. Le patient peut ne plus avoir confiance en ses capacités en l'absence du médicament.

Le traitement n'est pas à prendre à la légère au vu des différents effets indésirables cités précédemment. Certaines personnes notamment les étudiants, utilisent certains psychotropes pour doper leur performance (Arria 2008), il faut donc veiller au respect de la posologie initiale.

Si le rapport bénéfice/risque n'est pas positif, un traitement médicamenteux au MPH n'est pas préconisé. Cependant, étant donné la variabilité des effets secondaires mais aussi de l'action sur les sujets, il serait tout de même intéressant de mesurer sur une courte période, l'utilité chez le patient.

2. Aspects psychothérapeutique et psychosociaux

Les premières études sur cette molécule ont été faites dans les années 1950. Depuis nous avons beaucoup de données (7 000 études) sur l'utilisation et les effets de cette molécule.

Cependant son efficacité, chez le patient présentant un TDA/H à l'âge adulte, partage encore les auteurs.

❖ Sur la vie du patient :

Les objectifs d'un traitement par MPH sur la vie du patient sont multiples et interviennent dans différents domaines de la vie quotidienne :

- Au travail : meilleure attention lors de réunions, tâches, conversations,
- Conduite automobile : augmentation de la vigilance et de la sécurité,
- Vie de couple : oublis moins fréquents, conversations,

❖ Sur les symptômes :

Le traitement par MPH est un traitement classé dans la catégorie des psychostimulants. Bradley en 1937 a découvert que certains psychostimulants ont la propriété de réguler le contrôle de l'hyperactivité et de l'impulsivité.

Les effets du traitement (positif ou négatif) arrivent très rapidement. Sur le plan clinique, de nettes améliorations peuvent être observées sur les performances du sujet. Il agit sur l'impulsivité, le déficit d'attention et sur l'agitation.

Une première méta-analyse a été faite par Faranoe (2004). Elle recense 6 études. Elle mesure l'efficacité du traitement en taille d'effet (de 0,2 à 2,3) par rapport à un placebo. Une taille d'effet de 0,2 montre une faible efficacité, 0,5 modérée et 0,8 importante. L'étude montre une taille d'effet de 0,9. L'impact de la dose sur l'effet joue un rôle important (une dose élevée de 1,05 mg/Kg/j donne une taille d'effet de 1,3 contre une dose moins importante de 0,63mg/Kg/j donne une taille d'effet de 0,7).

Une seconde méta-analyse réalisée par Koester et coll. (2008) rassemble 16 études. La taille d'effet retrouvée est de 0,42. L'action du MPH sur des patients adultes hyperactifs est plus grande que pour un placebo mais est aussi deux fois moins importante que la précédente méta-analyse de Faranoe. Il n'est pas retrouvé d'effet dose-dépendant.

Tucha et coll. (2008) montrent une amélioration de la mémoire de travail spatiale et de l'attention soutenue et divisée, de la flexibilité et de l'état de vigilance.

Rosler et coll. (2009) ont fait une étude sur 2 ans (la plus longue actuellement). La posologie est modérée avec des doses quotidiennes maximales de 60mg. Ils trouvent que 55% des patients ont une amélioration clinique globale importante contre 37% de ceux sous placebo. L'effet du MPH persiste sur les 24 semaines contrairement à celui du placebo qui diminue avec le temps. La taille de l'effet est ici de 0,39.

On peut voir ici que les études donnent des résultats partagés quant à l'efficacité du traitement par MPH chez l'adulte TDA/H. Cependant les résultats obtenus montrent l'impact positif persistant pour les adultes sous méthylphénidate. Les effets sont plus ou moins présents mais restent bénéfiques.

L'impact des particularités individuelles est important (absorption de la molécule, comorbidité, addictions...).

Le traitement médicamenteux n'est pas à écarter systématiquement, mais il est important de prendre en compte tous les aspects afin de l'adapter au mieux en fonction du patient. Si l'approche d'un traitement seul ne fait pas consensus auprès des différents chercheurs, la question d'une approche combinée peut alors être abordée pour la prise en charge du TDA/H chez l'adulte.

3. Intérêt d'une approche combinée

La preuve de l'action dans le traitement au MPH chez les patients hyper actifs reste encore à déterminer. En effet, si le traitement seul ne permet pas d'aboutir à une amélioration significative des performances, l'association avec une prise en charge pourrait avoir de meilleurs effets.

Une étude de Wilens et coll. (1999) fait une évaluation rétrospective d'une TCC individuelle. Elle cible : les trois symptômes de bases de l'hyperactivité et les émotions dysfonctionnelles en découlant. Il y a 22 hommes et 4 femmes qui sont compris dans l'étude (85% prennent un traitement pharmacologique). Ce programme est fait sur trente-six prises en charge durant une période de douze mois.

L'observation finale montre :

- 69% ont une amélioration globale importante,
- Amélioration significative des symptômes anxieux et dépressifs,
- Amélioration de la symptomatologie de base.

Cette étude relate l'impact positif d'une prise en charge multimodale (traitement et rééducation). Cependant une critique peut être faite. En effet, l'étude n'intègre pas de groupe contrôle qui ne permet pas d'affirmer avec certitude l'impact de l'alliance prise en charge et traitement médicamenteux.

Une autre étude datant de 2006 est effectuée par Rostain et Ramsay. Elle est fondée sur une TCC de six mois avec une prise médicamenteuse. Une amélioration significative est observée autant par le sujet que par le thérapeute.

Les mêmes résultats sont observés dans une étude de Solanto et coll. (2008) ainsi que dans une étude de Virta et coll. (2008).

L'étude la plus importante avec un groupe contrôle a été effectuée en 2005 par Safren et coll. au Massachusetts General Hospital. Elle a pris en compte 16 adultes TDA/H (entre 18 et 65 ans) suivant une prise en charge spécifique et une médication, et, les adultes ne prenant que la médication.

La prise en charge comprend dans un premier temps une partie d'information du patient sur le syndrome. La thérapie cognitive-comportementale s'effectue ensuite sur trois axes :

- Organisation et planification (quatre séances) :

Il s'agit d'une mise en pratique de méthodes adaptées (post-it, organisation, bloc-notes...). Des stratégies pour la résolution de problème sont également abordées (fractionner en étapes, se fixer différents objectifs, essai/erreur...). Beaucoup de patients ont déjà testé ses différentes méthodes dans le passé. C'est pourquoi des entretiens motivationnels (permettent de lever les doutes du patient sur l'efficacité d'une méthode) sont effectués afin de garantir l'adhésion des sujets. Sans cette adhésion, les effets de la prise en charge seront moins importants.

- Réduction de la distractibilité :

Après avoir déterminé les capacités attentionnelles du sujet, il s'agit de fractionner les tâches en fonction de celles-ci. Pour cela, une technique basée sur un signal sonore a été mise

en place. Elle permet au sujet, lors de l'apparition d'un « bip », de s'autoévaluer sur la distractibilité qu'il a pu éprouver durant le laps de temps donné. Cette méthode apprend au patient à déterminer les moments de labilité attentionnel.

- Restructuration cognitive :

Il s'agit de procéder à une élimination des pensées dysfonctionnelles. On incite le patient à noter ses pensées. Lors des prises en charge, le thérapeute, en collaboration avec le sujet, va détailler et analyser les pensées. Cette étape va permettre de donner des éléments fonctionnels de la pensée. L'analyse des différentes pensées permet en finalité de diminuer l'impact négatif de celles-ci.

Il est observé en fin d'étude, une réduction importante de la symptomatologie autant par le clinicien que par le sujet lui-même comparativement à ceux n'ayant reçu que le traitement.

Au vue des différentes études qui ont été menées, on peut cependant émettre une critique : il n'y a pas d'étude faite sur la comparaison de groupe ayant une prise en charge simple avec un groupe suivant une prise en charge combinée à un traitement médicamenteux.

On peut cependant émettre l'hypothèse, au vue des différents résultats qu'une association, traitement et prise en charge à un impact plus important sur le patient, qu'une prise en charge isolée ou un traitement isolé.

IV. L'Attention

Comme évoqué précédemment, l'attention a une grande importance dans le syndrome du TDA/H. Elle se retrouve dans la majeure partie des symptômes du TDA/H, il est donc important de la diagnostiquer efficacement et précisément.

a. Les différents types d'attention

❖ L'attention divisée :

Egalement connue sous le nom d'attention partagée, ou plus communément appelée double tâche. Elle consiste en une affectation optimale des ressources entre différentes sources d'informations en partageant ou en changeant rapidement la focalisation de l'attention

du fait de l'incapacité à traiter les informations en parallèle (Marquet-Doléac, Soppelsa, Albaret, 2010).

Elle nous permet de diriger notre attention sur plus d'une opération à la fois sans pour autant négliger chacune des opérations.

L'attention divisée intervient dans de nombreux domaines de la vie quotidienne : conduite automobile, faire la cuisine, écouter et prendre des notes en classe. Elle ne nécessite pas pour la plupart des gens un effort particulier. Elle se fait de manière plus ou moins systématique et naturelle.

❖ L'attention soutenue :

Cela correspond à la mobilisation volontaire et continue d'un état de vigilance élevée afin de maintenir sa concentration et son intérêt sur une tâche et ce jusqu'à son terme (Marquet-Doléac, Soppelsa, Albaret, 2010).

Pour cela, il faut arriver à conserver son attention sur une tâche ou un événement sans se laisser parasiter par d'éventuelles interférences externes ou internes mais sans pour autant s'en détacher entièrement : phénomène du *pikking*. Il faut également parvenir à gérer son flux attentionnel pour limiter le décrochage attentionnel.

❖ L'attention sélective :

C'est la capacité à se focaliser sur une dimension d'un stimulus tout en inhibant les aspects non pertinents (Marquet-Doléac, Soppelsa, Albaret, 2010).

Cette capacité est la plupart du temps altérée chez les sujets TDA/H. Ils se laissent envahir par la masse d'information qui les entoure, négligeant ainsi ce qui est important. Ainsi, lors d'une réunion de travail, le sujet éprouve des difficultés pour se concentrer sur l'orateur et se laisse happer par son stylo, la fenêtre ou encore par son voisin.

Les informations sont alors toutes traitées au même niveau sans distinction et hiérarchisation en fonction de l'importance et de la pertinence.

b. Processus neurobiologique de l'attention

❖ Les systèmes attentionnels selon Luria (1966) :

Il existe 3 unités fonctionnelles :

- 1 : Composantes sous-corticales (tronc cérébral et système limbique) : lieu de la vigilance et de l'attention
- 2 : Régions postérieures : analyse, codage et stockage des informations avec un processus de traitement séquentiel et simultané complémentaires.
- 3 : cortex pré-frontal : formation des intentions et des programmes, planification et vérification des conduites.

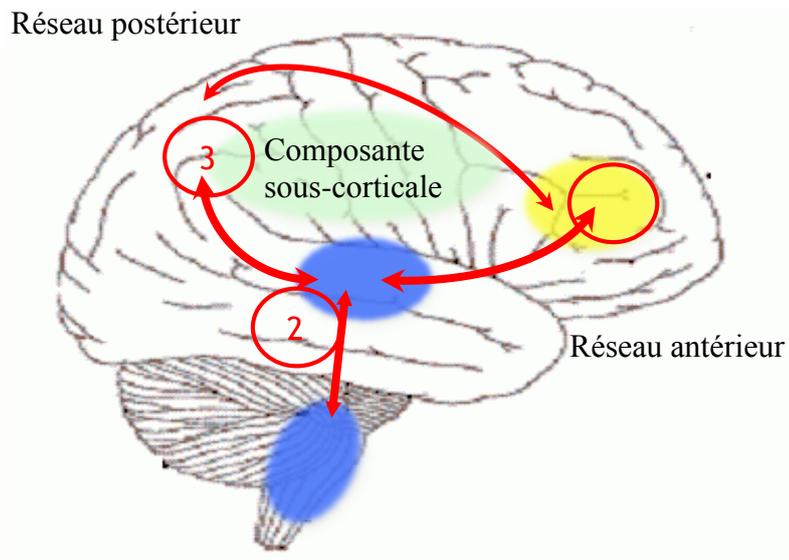


Figure 2 : Représentation des unités fonctionnelles de l'attention

❖ Les systèmes attentionnels selon Posner et Rothbart (2007)

Les trois réseaux sont :

- L'alerte : permet de maintenir un niveau de vigilance élevé aux stimuli entrants.
- L'orientation : sélection de l'information. Principalement situé dans le tronc cérébral avec le colliculus supérieur (orientation vers la cible de l'attention) et le pulvinar (attention stable sur la cible).

- L'attention exécutive : contrôle et résolution de conflits sur les pensées, les sensations et les réponses.

En parallèle de ces différents réseaux interviennent les noyaux accumbens (motivation et récompense) et les noyaux amygdalien (mémoire et émotion). Ces noyaux s'activent en fonction des stimuli perçus.

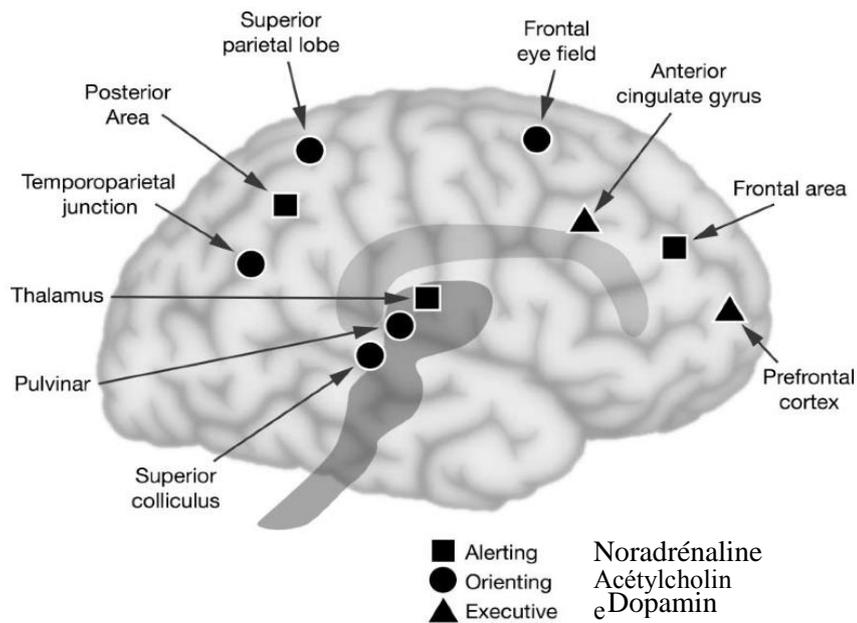


Figure 2

Figure 3 : représentation des réseaux d'alerte

B. Partie pratique :
Etude de cas Monsieur G.

Le patient a maintenant une analyse très juste et lucide sur l'effet du médicament. Il souhaite donc poursuivre son traitement mais avec une consommation plus parcimonieuse (allant jusqu'au souhait d'arrêter entièrement).

II. Evolution de la prise en charge :

a. Evolution d'après le patient :

❖ Problèmes initiaux du sommeil :

Le motif initial de consultation avec un neurologue était des troubles du sommeil. Mr G. exprime que ce n'est plus à l'heure actuelle une difficulté. Cela fait un certain temps qu'il n'a plus eu de problème d'endormissement. Cette amélioration correspond à l'officialisation du diagnostic et à la mise en place du traitement. Il a pu ainsi prendre conscience de l'importance d'une hygiène de vie stable.

Il se couche désormais plus tôt et a arrêté les activités stimulantes avant l'heure du coucher (console de jeu vidéo, télévision), mais ressent le besoin de continuer à écouter la radio. Aujourd'hui, Mr G. vit en couple, il a donc dû s'adapter à de nouvelles exigences. Il a compris l'importance de cette mise au diapason de l'autre, ce qui a été d'autant plus bénéfique sur son hygiène de vie.

❖ Etablissement du diagnostic :

Lors de l'officialisation du diagnostic, Mr G. a pu mettre des mots sur ce qu'il éprouvait. Cela lui a permis de comprendre son fonctionnement. Il évoque « une renaissance » de comprendre ce qu'il se passait. Mais il pense avoir en même temps perdu une certaine innocence sur le fonctionnement d'une personne.

Il a également pu participer à un groupe TDA/H ce qui lui a été très bénéfique. Il s'est rendu compte que ses capacités étaient meilleures que l'image qu'il s'en était fait.

❖ Intérêt du traitement :

Le traitement lui a apporté une aide autant dans la confiance en lui que pour lui apporter un « boost » quotidien. Il évoque qu'il n'observe pas de changement important avec et sans prise. Cependant, il n'arrête pas pour autant la prise. Il pense que l'apport du médicament est surtout psychologique. Le méthylphénidate lui apporte une béquille non négligeable.

A l'heure actuelle, il pense avoir trouvé un bon équilibre entre le traitement, la prise en charge et sa vie personnelle.

❖ Rééducation :

L'objectif premier pour le patient a été l'amélioration de ses performances dans son travail. Les premières séances ont été d'appuyer à fond sur ses faiblesses. Mr G. a compris l'interaction de différents systèmes (attentionnels, fonctions exécutives) qui permettent l'adaptation des capacités aux différentes situations. Au travers de cette rééducation, il a pu prendre conscience de ce qu'il était « capable de faire ».

Mr G. se dit très satisfait de la rééducation. Elle lui a permis d'acquérir des techniques et stratégies à mettre en œuvre dans la vie de tous les jours pour gommer l'impact du TDA. Un autre des bénéfices a été l'augmentation de ses capacités de focalisation sur une tâche notamment au travail. Il évoque la possibilité d'avoir atteint un niveau similaire ou supérieur à ses collègues. Il ne pense pas qu'il aurait pu, sans accompagnement, arriver à ce niveau.

Un autre effet positif qui n'était pas recherché initialement au travers de cette prise en charge a été l'amélioration de la confiance en soi, autant au niveau des symptômes que dans la vie de tous les jours.

❖ Evolution de la symptomatologie :

Il évoque le fait d'avoir atteint ses objectifs au niveau de la symptomatologie. Il éprouve cependant encore un besoin de poursuite du suivi. Mr G. pense cependant qu'il y a toujours des améliorations possibles au niveau de la rapidité, de la planification. Il souhaite une amélioration du rapport précision/vitesse.

Il évoque alors certains problèmes d'inattention persistant dans sa vie quotidienne (a mis une bouillotte au micro-onde pour la réchauffer). Des difficultés dans l'extraction

d'information pertinente et dans la procrastination sont ressenties dans la vie professionnelle du patient.

❖ Question de l'évolution vers un suivi psychologique :

Il estime à ce jour qu'il a toujours besoin de la prise en charge en psychomotricité. Il espère pouvoir encore améliorer ses performances voire les normaliser. Il ne sait pas encore si par la suite il entamera un suivi psychologique mais il évoque qu'il n'y serait pas réfractaire.

Sa compagne est favorable pour ce suivi mais pense qu'il pourrait peut-être être trop émotif pour accepter le regard d'un psychologue. Il évoque à demi-mot qu'il n'est pas encore prêt pour ce suivi.

❖ Perception de ses performances par rapport aux autres :

Il pense avoir globalement rattrapé son retard par rapport à une personne neuro-typique du même âge. Cependant il peut encore avoir le sentiment qu'il doit pallier par un travail accru dans certains domaines tels que l'attention divisée ou encore l'organisation.

b. Evolution d'après la psychomotricienne

❖ Evolution de la compréhension de son propre fonctionnement :

L'officialisation du diagnostic de Mr G. ne l'a pas étonné. En effet il a toujours été conscient du fait qu'il avait des troubles de l'attention.

Mr G. a pris confiance en lui de manière très significative à partir du moment où il a compris son fonctionnement ainsi que ce qui était bénéfique pour lui en terme d'entraînement. Dès lors son évolution s'est montrée satisfaisante tant sur le plan personnel que professionnel.

Pour comprendre son fonctionnement, Mr G. a eu besoin de mieux connaître le fonctionnement d'une personne atteinte de TDA/H (explications neuro-anatomique, psychologiques et fonctionnelles). Ces différentes explications se sont déroulées sur le temps de deux séances pleines avec par la suite de petites explications ponctuelles et

complémentaires. La psychomotricienne a fourni la théorie et Mr G. s'est saisi de ce dont il avait besoin.

Cette étape a permis à Mr G. d'effectuer des liens de manière autonome entre son propre fonctionnement et celui d'une personne TDA/H. Par la suite, des explications et des questionnements sur chacune des activités proposées ont été demandés par le patient. Au fur et à mesure, Mr G. arrivait de mieux en mieux à comprendre l'intérêt des activités proposées.

❖ Evolution des objectifs de prise en charge :

Pour lui l'intérêt de la prise en charge n'est pas de faire un maximum d'exercices. S'il ne fait qu'une tâche durant l'intégralité d'une séance, cela n'a pas d'importance. S'il bloque sur une activité, pour lui cela signifie qu'il n'a pas acquis toutes les compétences nécessaires à sa réussite.

Pour éviter les déviations vers une thérapie psychologique, la psychomotricienne a été très claire sur les objectifs. En effet dès le premier rendez-vous, le cadre a été posé. Elle a clairement expliqué, si cela s'avérait nécessaire, qu'une orientation vers une psychologue serait conseillée.

Grâce à cela, les séances sont restées centrées sur la prise en charge des symptômes relevant du champ de compétence de la rééducatrice. Lors de quelques déviations vers un versant plus psychologique, Mr G. en a pris conscience rapidement et les choses se sont replacées d'elles-mêmes. Mr G. sait ce que la prise en charge lui apporte grâce à la limpidité des objectifs.

Une pause a été effectuée durant 4 mois à la suite d'un changement de poste (éloignement géographique). Cela a été l'occasion pour Mr G. de tester ses capacités sans prise en charge. Cependant, Mr G. a contacté la rééducatrice pour un souhait d'une reprise du suivi en psychomotricité.

Au début, les objectifs étaient ciblés sur l'attention. Lors de la reprise, les attentes du patient ont évolué sur une augmentation de la précision et de la logique. Mais au final, selon la thérapeute, il s'agit plus d'un travail sur l'organisation et la méthode.

La psychomotricienne évoque un changement d'objectif personnel du patient : souhait d'être plus parcimonieux dans la prise du traitement. Le patient a fait évoluer ses attentes pour permettre une diminution de l'automatisation du traitement par l'acquisition de nouvelles stratégies.

❖ Evolution vers un arrêt du suivi :

Mr G. a participé à des groupes de parole d'adulte TDA/H. Cela semble lui avoir apporté beaucoup. En effet, il a pu voir « pire » que lui, que son propre fonctionnement. Ces groupes lui ont permis de relativiser ses propres capacités.

A l'heure actuelle, Mr G. est moins dans le jugement de ce qu'il fait. Il a gagné en objectivité. Il a également gagné en performance.

En effet, le distinguo entre l'adulte neuro-typique et l'adulte TDA/H est faible voire inexistant au niveau du comportement visible. Cependant, les comportements caractéristiques (agitation motrice, questionnement, baisse de la confiance en soi...) peuvent ressortir lors de moment de fatigue importante ou de stress.

Actuellement entre deux emplois (possibilité de mutuation), la psychomotricienne évoque que cela pourrait être un levier pour inciter Mr G. à arrêter les séances. En effet, elle pense bientôt arriver au bout de ce qu'elle peut lui proposer. Mais son objectif sera totalement atteint quand Mr G. annoncera qu'il n'a plus besoin du médicament comme béquille. Il ne reconnaît pas avoir des capacités similaires à un adulte neuro-typique (biais persistant dans sa perception). Il évoque avoir des capacités encore trop inférieures à celles normalement attendues et au niveau qu'il souhaite atteindre.

La présence d'une stagiaire lors des séances permettrait, selon la rééducatrice, à Mr G. de pouvoir se comparer à un adulte dit « normal » et de sa tranche d'âge. De plus, cela appui le fait que la prise en charge arrive à son terme.

Malgré tout, Mr G. est encore largement demandeur de cette prise en charge. Si un arrêt est demandé par le patient, son souhait sera respecté.

Selon la thérapeute, Mr G. a besoin d'une relation exclusive. Pour exemple, Mr G. n'a pas transmis les coordonnées de la psychomotricienne aux autres membres du groupe de paroles

d'adulte TDA/H, alors qu'ils étaient demandeurs. Il exprime cela de la façon suivante : ne pas « surbooker » la professionnelle.

L'assiduité du patient a toujours été très bonne. Si Mr G. a un empêchement, la professionnelle est systématiquement prévenue. Les absences observées sont toujours justifiées : formation, départ en vacance.

III. Prise en charge en psychomotricité du TDA/H chez l'adulte

a. Attentes du patient à l'heure actuelle

Il est important de préciser les attentes de Mr G. à l'heure actuelle. En effet, comme évoqué précédemment, la prise en charge en psychomotricité ayant débuté il y a deux ans et demi, les capacités de Mr G. ont donc beaucoup évolué ce qui a conduit à une réévaluation des axes de prise en charge.

❖ Au niveau des symptômes :

En début de prise en charge, ses attentes étaient principalement d'améliorer son attention de façon générale. Ce qui a été confirmé par les observations du bilan initial. Actuellement, Mr G. souhaite, au travers de cette prise en charge, améliorer son raisonnement logique et sa précision.

Les axes de travail sont ensuite hiérarchisés en fonction des éléments déficitaire ou fragile qui ressortent des différents bilans psychomoteurs ainsi que des difficultés rencontrées dans la vie quotidienne du patient.

❖ Au niveau du parcours professionnel:

- Etude

Le motif de la première consultation chez le neurologue hospitalier était : des troubles du sommeil. Lors de cette période, Mr G. était étudiant. Un sommeil insuffisant ou non réparateur ne permet pas une efficacité entière durant les heures de cours. Mr G. a alors entrepris de rechercher la ou les cause(s) de ces troubles pour améliorer ses performances pendant les études.

- Professionnel

Lorsque le diagnostic de TDA de type I a été posé, Mr G. a souhaité améliorer ses capacités pour mieux réussir au travail. Tant au niveau de ses résultats et de son rendement qu'au niveau de son évolution.

b. Axes de travail

La prise en charge ayant débuté depuis plus de 2 ans et demi, les axes de travaux ont donc été déterminés en fonction des évolutions et des attentes du patient adulte. La prise en charge ne lui est pas imposée. Il s'agit d'une démarche motivée par un besoin ressenti.

Actuellement, les axes de travaux dans le cadre de la prise en charge de Mr G. sont :

- Logique
- Précision
- Rapport vitesse/logique/précision
- Multitâche
- Organisation et planification
- Maintien de l'attention
- Mémoire de travail
- Impulsivité cognitive

c. Indicateurs pour l'évaluation du suivi :

L'objet de ce mémoire n'est pas de créer de nouvelles méthodes ou tests d'évaluation de l'attention. Ce mémoire a pour objet d'évaluer l'intérêt d'une prise en charge en psychomotricité du sujet adulte TDA.

Un couplage test de barrage et questionnaire analogique a été proposé au patient afin d'objectiver au maximum les capacités et les ressentit du patient.

❖ Epreuve d'attention visuelle :

Au travers cette méthode, j'ai cherché à objectiver au maximum les capacités d'attention visuelle au fil de la rééducation. Malheureusement, aucune ligne de base n'a pu être réalisée, par manque de temps.

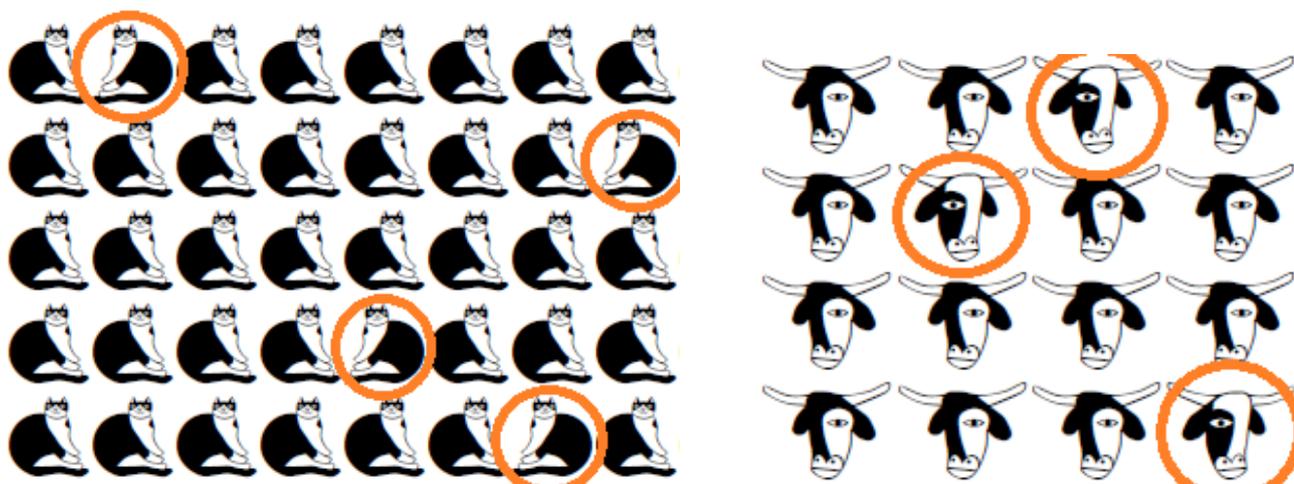
Cette évaluation a été proposée au patient (avec son accord) toutes les deux semaines afin d'observer son évolution. Elle est effectuée en début de séance dans des conditions de silence (possible interférence avec des bruits extérieurs au cabinet).

Il s'agit d'une épreuve d'environ deux minutes (dépend de la vitesse du patient) mesurant l'attention visuelle. Le patient doit barrer le signe différent des autres sur une feuille de format A4. Les signes sont disposés de façons ordonnées et linéaires.

Le premier signe à barrer est cherché avec le rééducateur pour s'assurer que le patient l'a bien repéré. Le patient effectue seul le reste de la feuille.

Pour éviter les phénomènes d'habituations, le barrage a été changé à chaque présentation. La difficulté est restée constante afin d'assurer des conditions identiques.

Voici quelques exemples de barrages proposés au patient (les signes à barrer sont entourés en orange) :





❖ Questionnaire analogique

Au travers de ce questionnaire j'ai cherché à mesurer la vision du patient sur ses capacités pour pouvoir ainsi, à l'aide du bilan d'évolution, confirmer ou infirmer son ressenti. En effet, le psychomotricien intervient pour améliorer l'adaptation du patient à son environnement. Pour cela, il doit augmenter ses capacités en mettant en place différentes stratégies. Mais il doit également se rendre compte de son évolution et de ce qu'il est capable de faire pour une meilleure efficacité et utilisation des méthodes.

Le psychomotricien agit donc également sur le versant psychologique du patient au travers d'un travail orienté sur la symptomatologie. C'est pour cela que j'ai trouvé important que le patient puisse comparer ce qu'il pense de lui-même à ce qu'il peut réellement faire.

Ce questionnaire a permis au patient de faire un point chaque semaine sur ses capacités et sur son évolution dans les objectifs qu'il s'est fixé. Les questions ont été réalisées en collaboration avec le patient en fonction de ses attentes par rapport à la rééducation psychomotrice qu'il effectue. Ce questionnaire est proposé à chaque début de séance (durée 5 min environ).

Il est composé de trois questions :

- Comment s'est déroulée votre semaine ?
- D'après-vous, avez-vous été précis durant cette semaine ?
- D'après-vous, avez-vous été logique durant cette semaine ?

Chacune de ces trois questions est divisée en deux sous catégories identiques pour chaque question : un aspect professionnel et un aspect personnel. Dès la mise en place de ce questionnaire, Mr G. a ressenti le besoin de distinguer à l'intérieur de chacune des questions ces deux aspects.

Pour y répondre, Mr G. dispose d'une échelle analogique de 10 cm. Il lui est alors demandé de placer un trait en fonction de son ressenti. S'il tend vers le 0, cela signifie que la semaine s'est très mal déroulée et à l'inverse, tendre vers le 10 correspond à une semaine parfaite pour lui.

d. Rééducation

La rééducation s'effectue au rythme d'une séance de 45 minutes par semaine. Elle se déroule en début de semaine de 19h à 19h45. Ce créneau a été choisi en raison de la localisation géographique du travail de Mr G. et de son emploi du temps (horaires de travail et temps de déplacement).

Une séance type de rééducation (avec les indicateurs d'évolution du suivi) au cours de cette année est :

- Présentation et réponse au questionnaire analogique sur la semaine passée : entraîne une discussion sur les domaines ou points problématiques rencontrés. Permet de faire le point régulièrement sur les domaines à renforcer.
- Une fois par quinzaine, passation de l'épreuve d'attention visuelle
- Activité en rapport avec les attentes du patient.
- Fin de séance : règlement de la séance et fixation de la date de la prochaine séance dans le calendrier de son portable.

Chacune des activités proposées prend en compte un ou plusieurs axes de travaux. Ils ne sont pas travaillés individuellement et séparément, mais intégrés dans un contexte plus global mettant en jeu différents symptômes et difficultés que rencontre le patient.

Le travail seul des axes de travaux ne permet pas d'améliorer efficacement ces domaines. Par exemple, sans attention, on ne peut pas faire preuve de multitâche, d'organisation ou encore de logique.

❖ Travail de maintien de l'attention :

Mr G. a effectué avec la psychomotricienne un travail important en amont sur l'attention. Il s'agit donc actuellement, d'adapter ses compétences dans des conditions se rapprochant au maximum de la réalité :

- Travail dans des conditions bruyantes :

Pour cela, on utilise des distracteurs sonores tels que des bruits de bureau (faire tomber une règle, froissement de papier, toussotement) ou de la musique. En parallèle, le patient doit effectuer une tâche automatique motrice comme par exemple marcher dans la salle de psychomotricité en effectuant une coordination motrice répétitive des bras (toucher les épaules puis les cuisses) ou bien reproduire une construction ou une forme en morceau de bois. A cela s'ajoute une tâche cognitive du type répondre à des questions posées par la rééducatrice : épeler à l'envers les lettres de son prénom, compter à rebours, question de géographie ou d'histoire...

Le patient s'est toujours montré très motivé pour cette activité. Il connaît ses points forts et ses faiblesses, notamment son déficit pour l'attention divisée. Mr G se met à la tâche et se concentre très rapidement. On peut observer la mise en place de différentes stratégies telles que la fixation du regard sur un point neutre, la régulation de la respiration ou encore la diminution du rythme de ses mouvements et de ses réponses. Lors des premières présentations, Mr G. ne parvenait pas à continuer l'activité motrice en parallèle de l'activité cognitive.

- Situation stressante :

Mr G. ayant exprimé que ce type de situation pouvait faire ressortir ses symptômes, nous lui avons proposé des situations de compétition. Ces situations permettent de créer une situation de stress et de précipitation pour être plus performant que l'adversaire.

Nous avons utilisé par exemple le jeu du Blokus 3D timer. Chaque participant se voit imposer une pièce à poser dans un temps imparti signifié par une musique de rythme croissant.

Mr G. réussit à l'heure actuelle, malgré l'impératif de temps ou de réussite, à mettre en place des stratégies efficaces. Il essaie de se couper visuellement et auditivement des distracteurs en mettant par exemple ses mains sur ses tempes ou en utilisant le soliloque.

❖ Travail de l'impulsivité cognitive :

Chez Mr G., cette impulsivité se manifeste notamment lors de tâches nouvelles ou après un événement stressant ou perturbateur. La mise en place du soliloque se fait de manière systématique lorsqu'il se trouve face à une tâche potentiellement à risque de faire une erreur dû au manque de réflexion.

Travail mis en place avec Mr G. :

- Stop and go :

Chez l'enfant, le stop and go (arrêt momentané de la tâche en cours pour recentrer l'attention sur l'activité et faire un point sur les objectifs) se fait systématiquement par le rééducateur. Mr G. l'effectue de manière automatique lorsqu'il perçoit un manque de concentration ou lorsqu'il est face à une tâche demandant une planification particulière.

Cependant lors d'activités nouvelles, Mr G. a tendance à ne pas appliquer systématiquement cette méthode.

- Réponse inverse :

Cette activité permet d'inhiber les réponses automatiques. Nous effectuons ce travail avec le jeu vrai/faux. Il consiste à donner une réponse en fonction d'un paramètre aléatoire indiquant de répondre juste ou faux à la question donnée.

Mr G se montre performant dans cette tâche même s'il peut manquer de vitesse de réponse par moments. L'inhibition de la réponse automatique est parfois difficile.

❖ Travail de la planification :

Cette activité est travaillée sur différents supports et niveaux afin de permettre le maximum de généralisation possible. Nous utilisons par exemple des supports comme la Tour

de Hanoi (déplacement de 8 palets sur une autre tige, interdiction de déplacer deux palets en même temps) ou le Rush-Hour (série de déplacements permettant la libération d'une pièce).

Mr G. prend une grande inspiration lors de la présentation de l'activité pour se concentrer. Il effectue les premiers mouvements à l'aide de ses doigts, une fois certain de sa stratégie puis il la met en place. S'il échoue, une légère déconcentration peut être présente (recul sur le siège, regard baissé, souffle), l'intervention de la rééducatrice peut s'avérer nécessaire. Cependant dans certaines situations, il arrive lui-même à reprendre à l'étape précédente en utilisant le soliloque et en se rappelant les objectifs à atteindre.

❖ Améliorer l'organisation :

Le patient évoque lui-même la difficulté qu'il peut éprouver lorsqu'il s'agit de s'organiser. De ce fait, il lui a été imposé, lors des séances, de s'organiser avant le début de chaque tâche. Par exemple pour le jeu de construction Kataboum (jeu de construction avec modèle), Mr G. place le modèle d'un côté, les pièces en bois devant lui et libère un espace pour la réalisation de la construction.

Il peut arriver au patient de nous évoquer certaines difficultés d'organisation qu'il rencontre lors de son travail. Par exemple, pour l'organisation de ses dossiers, le patient a expliqué ne pas arriver à déterminer ce qui lui reste à effectuer sur chacun. Une solution a été proposée de noter sur un pense-bête l'état du dossier et l'endroit où il s'est arrêté et ce qu'il lui reste à faire.

❖ Améliorer la mémoire de travail :

Ce domaine est travaillé dans des activités alliant stratégie de mémorisation et organisation. On utilise par exemple les activités comme le jeu cache-tomate (mémorisation d'éléments par catégorie réactualiser en fonction de l'avancée dans le jeu) ou encore Panic au zoo (organisation de la mémoire pour retenir 20 animaux puis repérer celui manquant sur une carte).

C'est dans ces activités que l'on observe le plus d'agitation motrice (mouvement des mains, changement de position des pieds ou de la position assise). Mr G. malgré la réussite

régulière à ce type d'activité, semble pour autant moins à l'aise dans leur réalisation. C'est pourquoi, ce domaine est régulièrement travaillé au cours des séances.

e. Bilan d'évolution

Un bilan d'évolution a été réalisé dans le cadre de ce mémoire ainsi que pour faire un point sur les capacités de Mr G. En fonction des résultats obtenus lors de ce bilan, il sera décidé d'une poursuite ou non de la prise en charge en psychomotricité en collaboration avec le patient.

Je vais faire ci-après, une présentation des anciens résultats obtenus soit en 2012 soit en 2014 en fonction des tests (le bilan de 2014 a été fait dans l'urgence pour une consultation chez un neurologue, il contient peu de test). Il y aura également la présentation des résultats obtenus en 2015 grâce au bilan d'évolution.

Il faut noter qu'une valeur positive montre que les capacités du patient sont dans la norme ou au-dessus et à l'inverse, une valeur négative montre une faiblesse ou un retard dans le domaine évalué. Pour les scores d'erreurs (noté SE), les résultats s'inversent. C'est-à-dire qu'une valeur positive montre une faiblesse ou un retard dans le domaine évalué, contrairement à un score négatif.

| Légende | |
|-------------|--|
| | Absence d'évolution ou diminution de la performance |
| | Evolution positive de la performance |
| <u>Gras</u> | Score déficitaire ou pathologique (inférieur à -1,5DS) |

❖ Capacités de planification :

| Test | Items | 2012 | 2015 |
|-----------------|-----------------------------|--------|---------|
| Tour de Londres | Score A (étalonnage 13 ans) | -0,4DS | -0,78DS |
| | Score K | -0,6DS | +0,9DS |

Tableau n°1 : Comparaison des résultats des tests de la Tour de Londres

Mr G. a montré une évolution significative de ses capacités de planification au niveau de la précision. Il a réussi à mettre en place efficacement des stratégies d'imagerie mentale, allant jusqu'à mimer les mouvements avec ses doigts ou ses mains.

Cependant, cette amélioration est au détriment de la vitesse d'exécution qui est légèrement inférieure au bilan précédent. D'un point de vue clinique, ce résultat peut s'expliquer par un manque de confiance en lui. Effectivement, Mr G. vérifie à plusieurs reprises ses stratégies de planification (jusqu'à 20 secondes par exercice) ce qui entraîne un allongement significatif du temps moteur total.

Les capacités de visuo-constructions ont évolué très significativement. Il est actuellement dans la norme.

❖ Capacités attentionnelles :

| Test | Item | | 2012 | 2014 | 2015 |
|------|------------------|-------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| T2B | Premier barrage | Vitesse | <u>-1ESIQ</u> | +2,3ESIQ | +1,14 ESIQ |
| | | Inexactitude (SE) | <u>+1,5ESIQ</u> | <u>+10,5 ESIQ</u> | -0 ESIQ |
| | | Rendement | <u>-1ESIQ</u> | +0,6 ESIQ | +1,18 ESIQ |
| | Deuxième barrage | Vitesse | +0,4 ESIQ | - | +2,3 ESIQ |
| | | Inexactitude (SE) | <u>+2,2 ESIQ</u> | - | <u>+1,9 ESIQ</u> |
| | | Rendement | <u>-2,5 ESIQ</u> | - | <u>-2,4 ESIQ</u> |

Tableau n°2 : Comparaison des résultats au test attentionnel du T2B

Mr G. emploie des stratégies pertinentes lors de l'initiation de la tâche : reformulation de la consigne et positionnement de la feuille en bord de table. Son buste est très courbé sur la feuille (cause de douleur à la nuque en fin de tâche). Le biffage est ample. Il se montre régulier dans sa progression. Le patient remarque ses oublis et se corrige. Un picotement des yeux est présent en fin de tâche. Mr G. a amélioré de manière très significative sa précision. Il a su trouver le bon rapport vitesse/précision.

Lors du deuxième barrage, Mr G. pli la feuille en deux automatiquement. Il s'est montré très rapide ce qui a engendré de nombreux oublis (ne s'en rend pas compte). Le patient effectue des retours en arrière réguliers. Les hésitations sont plus nombreuses dans la deuxième moitié de la feuille car les modèles ne sont plus visibles (feuille pliée). On n'observe pas d'évolution significative des capacités d'attention divisées chez Mr G.

Les capacités d'attention visuelles se sont nettement améliorées. Elles sont actuellement dans la norme de ce qui est attendu pour son âge. Les capacités d'attention divisées sont déficitaires. Mr G. présente un trouble de l'attention divisée.

| Test | Item | 2012 | 2014 | 2015 |
|------|----------------------------|---------------|------|--------|
| D2 | Performance qualitative F% | <u>c. 25</u> | c.50 | c.50 |
| | Performance quantitative | <u>c.5-10</u> | c.50 | c.72,6 |
| | Performance globale | <u>c.5-10</u> | c.58 | c.75,8 |
| | Rythme de travail | <u>c.25</u> | c.50 | c.84,1 |

Tableau n°3 : Comparaison des résultats aux tests attentionnels du D2

Au niveau du D2, des progrès sont présents. Depuis 2012, Mr G. a réussi à normaliser ses performances pour atteindre les normes de sa tranche d'âge. Le balayage visuel est homogène. Il se rend compte de ses erreurs, mais ne se laisse pas pour autant perturber. De plus, le rythme de travail est beaucoup plus régulier.

On peut en conclure que les capacités d'attention sélective sont normalisées chez Mr G. Il reste cependant déficitaire pour ce qui est de l'attention divisée soutenue.

❖ Capacités de mémoire de travail :

| Test | Item | 2015 |
|-------|---------------|----------|
| Corsi | Empan endroit | +1,85 DS |
| | Empan envers | +0,58 DS |

Tableau n°4 : Résultats au test de Corsi

Les capacités de mémoire de travail sont dans la norme chez Mr G. On observe, lors de la passation, la mise en place de différentes stratégies. Elles sont modulées avec l'augmentation de la difficulté.

En effet, pour les séries les plus courtes, Mr G. observe attentivement la présentation pour la reproduire. A partir de 5 mouvements, il reprend le trajet plusieurs fois (soliloque et trajet avec le doigt) en même temps que la présentation. Cette stratégie s'est montrée pertinente jusqu'à un empan endroit de 7. Pour l'empan envers, Mr G. a reconnu que cette stratégie lui demandait plus d'efforts et avait ses limites. En effet, sa stratégie demande une attention partagée : une attention portée sur la présentation par la professionnelle ainsi qu'une attention pour reproduire simultanément la série.

On n'observe pas de trouble de la mémoire de travail chez Mr G.

❖ Capacité d'inhibition :

| Test | Item | 2014 | 2015 |
|--------|-----------------------|---------------|---------|
| Stroop | Lecture 1 | +0,3DS | +0,45DS |
| | Lecture 2 | <u>-1,9DS</u> | -0,4DS |
| | Lecture 3 | +0,1DS | +0,9DS |
| | Lecture 4 | +1,8DS | +2,2DS |
| | Score d'erreur 1 (SE) | +0,3DS | -0,4DS |
| | Score d'erreur 2 (SE) | <u>+1,1DS</u> | -0,4DS |
| | Score d'erreur 3 (SE) | -0,1DS | -0,86DS |
| | Score d'erreur 4 (SE) | -1,1 DS | -0,55DS |

Tableau n°5 : Comparaison des résultats du Stroop

Mr G. a su maintenir son attention tout au long de l'épreuve. Son rythme de lecture est régulier sur l'ensemble. Les erreurs sont peu nombreuses. L'ensemble des résultats est homogène.

Les capacités d'inhibition sont, à ce jour, correctes chez Mr G.

❖ Capacité de visuo-construction :

| Test | Item | | 2012 | 2015 |
|---------------------------------|---------|--------------|-------------|----------|
| Figure de Rey A (Wallon) | Copie | Vitesse (SE) | c.50 | c.75 |
| | | Type | <u>c.10</u> | c.50 |
| | | Exactitude | +1,1DS | +0 DS |
| | Mémoire | Vitesse (SE) | <u>c.25</u> | c.50 |
| | | Type | <u>c.10</u> | c.50 |
| | | Exactitude | -0,9DS | - 0,8 DS |

Tableau n°6 : Comparaison des résultats de la figure de Rey A

Pour la copie de figure, Mr G a fait des progrès significatifs dans le type de construction de la figure. La richesse d'exactitude est correcte. On observe une vitesse légèrement faible certainement due à l'augmentation de la logique pour la reproduction. On peut noter que lorsque Mr G. place un trait sur la feuille c'est qu'il est sûr de lui.

Pour la reproduction sans le modèle, l'exactitude est un peu faible chez Mr G. Les éléments placés sont au bon endroit. Certainement qu'avec plus de confiance en ses capacités de mémorisation, il aurait pu mettre plus de détails.

Mr G. ne présente pas de trouble visuo-constructif. Une fragilité est présente dans les capacités de mémoire visuospatiale.

❖ Conclusion :

Mr G. s'est montré concentré et attentif durant la passation du bilan. Cependant on peut observer une distractibilité encore présente. L'agitation motrice reste discrète, mais s'avère plus importante lors de situations plus compliquées pour lui.

Il a amélioré ses capacités d'attention visuelle, sélective, de visuo-construction et de planification. Les capacités de mémoire de travail sont dans la norme. Mr G. reste déficitaire dans le domaine de l'attention divisée. La vitesse d'exécution du patient est légèrement fragile.

La poursuite de la prise en charge en psychomotricité semble recommandée. Les axes de prises en charge seraient : maintien des acquis, travail de l'attention divisée et de la vitesse d'exécution.

IV. Présentation des résultats

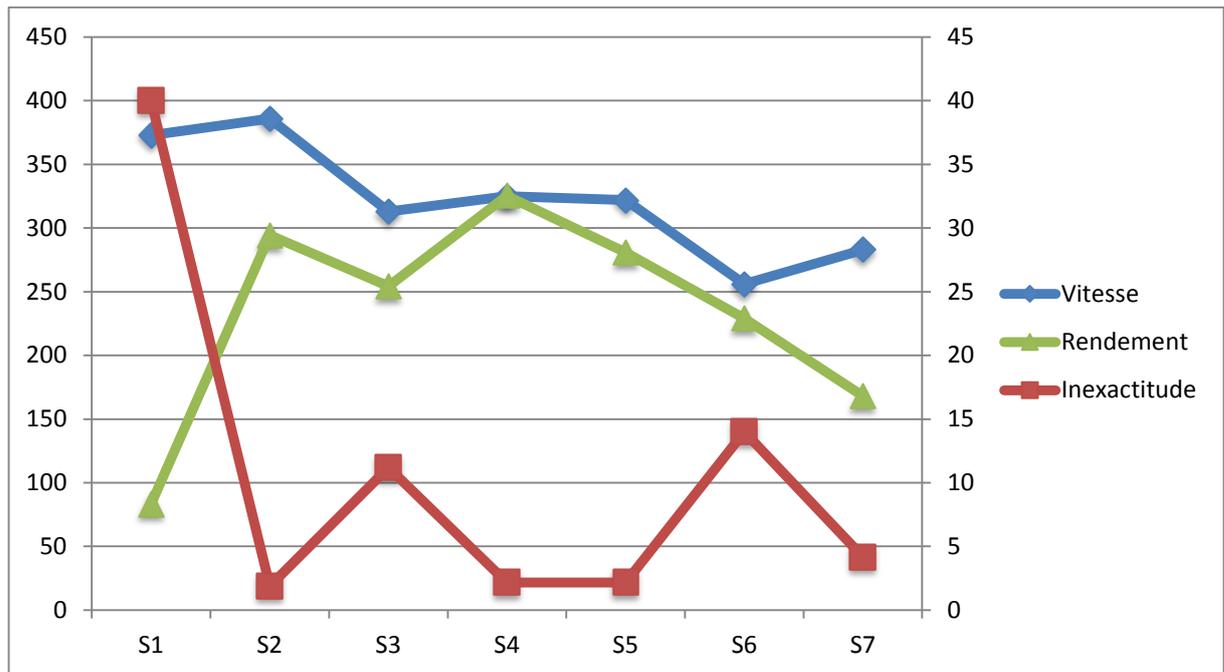
a. Epreuve d'attention visuelle :

Au niveau de la cotation, j'ai adapté les calculs du 1^{er} barrage du test d'attention le T2B. Ils m'ont semblé cohérents par rapport aux données mesurées. J'ai donc pu évaluer Mr G. sur trois critères : la vitesse, l'inexactitude et le rendement. Dans le tableau ci-dessous sont présentés les calculs de base du 1^{er} barrage du T2B et l'adaptation effectuée pour cette épreuve.

| | Calcul du 1 ^{er} barrage du T2B | Calcul adapté à cette épreuve |
|--------------|---|--|
| Vitesse | $V1 = \frac{1000 \times 60}{t}$ | $V = \frac{\text{Nbre de signe total} \times 60}{t \text{ en seconde}}$ |
| Inexactitude | $In1 = \frac{Om + A}{125 + A}$ | $In = \frac{Om + A}{\text{Nbre de signe à barrer} + A}$ |
| Rendement | $R1 = \frac{(125 - Om) \times 60 \times 10}{t}$ | $R = \frac{(\text{Nbre de signe à barrer} - Om) \times 60 \times 10}{t}$ |

Tableau n°6 : Calculs des épreuves de barrages

Les résultats obtenus sont représentés dans le graphique ci-dessous. La courbe bleue représente la vitesse (nombre de signe par minute), la courbe bordeaux représente le taux d'erreur et la courbe verte le rendement de Mr G.



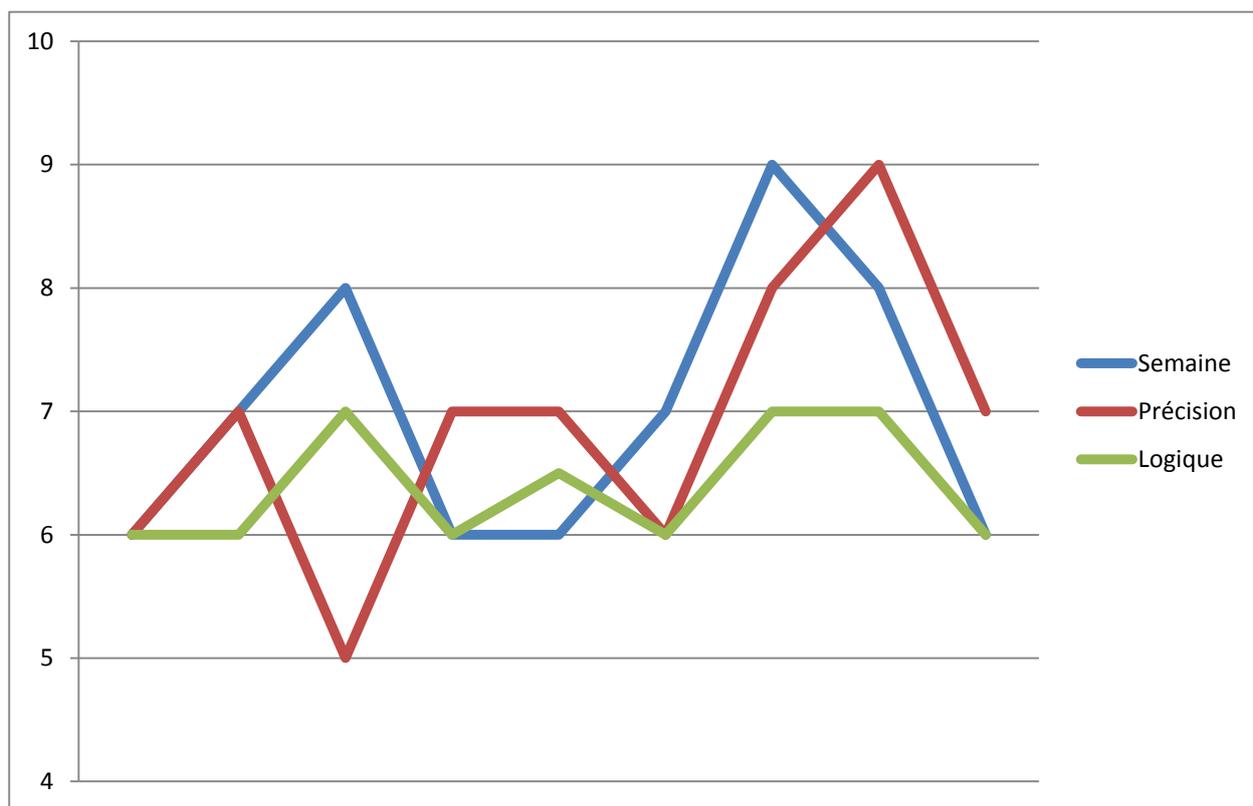
Graphique n°1 : Mise en forme des résultats obtenus pour la passation des épreuves d'attention visuelle.

On peut remarquer une évolution intéressante entre le premier résultat et le dernier. En effet, lors de l'installation de cette méthode, Mr G. a effectué cette activité plutôt rapidement ce qui a entraîné un nombre significatif d'erreurs (9 oublis, 1 erreur). En S7, on observe une précision plus importante (2 oublis). Ces résultats montrent une évolution positive des capacités de Mr G. Ceci est confirmé par les résultats du bilan d'évolution pour l'attention sélective (progrès significatifs).

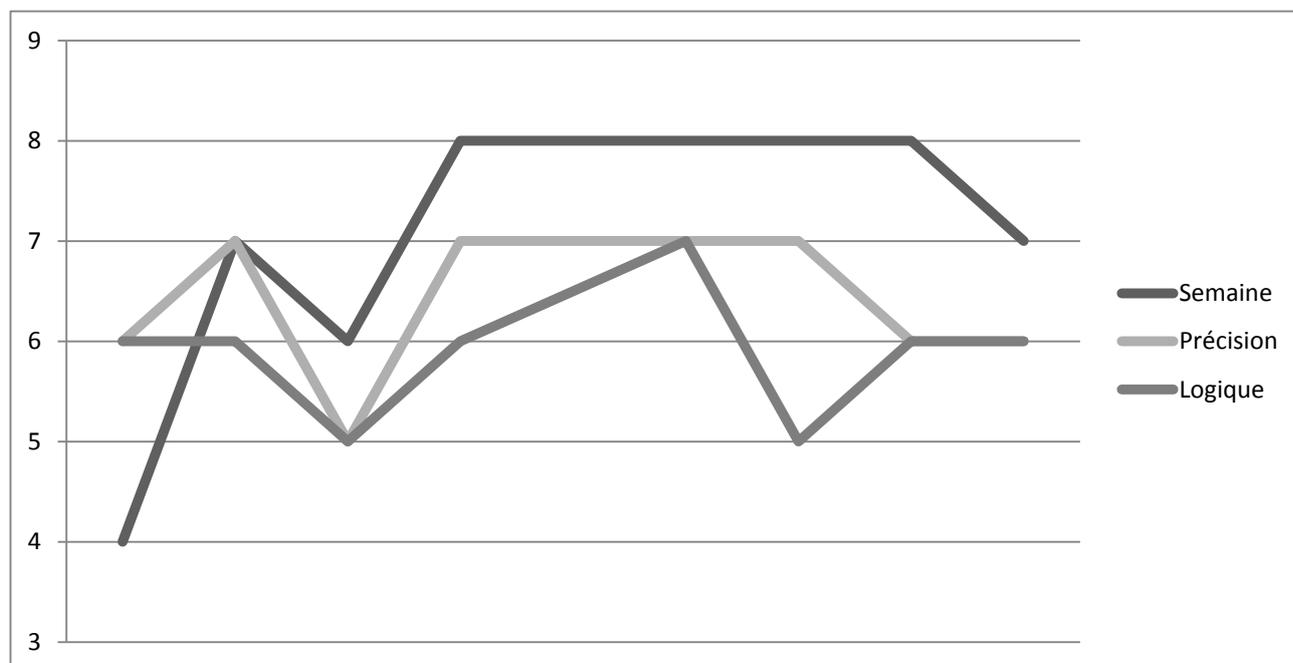
On peut également noter que les résultats ne sont pas homogènes tout au long des présentations. On observe, lors des séances S3 et S6, une inexactitude respective de 5 et 6 erreurs. Ce sont, après la première présentation, les deux taux les plus élevés.

Une explication peut cependant être amenée. Mr G. évoque en S3, son envie de changer de travail et donc sa perte de motivation grandissante pour le poste qu'il occupe. Lors de la séance S6, Mr G. a passé un entretien au cours de la semaine la même semaine, il se montre alors impatient quant au résultat de cet entretien. Mr G. ne sera finalement pas pris dans ce travail, il évoquera le regret qu'il éprouve d'avoir trop délaissé son travail actuel. « C'est difficile de reprendre le retard ».

b. Questionnaire analogique :



Graphique n°2 : Mise en forme des résultats obtenus au questionnaire analogique au niveau professionnel.



Graphique n°3 : Mise en forme des résultats obtenus au questionnaire analogique au niveau personnel.

Le patient ressent le besoin, lors de la présentation du questionnaire, d'expliquer les raisons de sa note. Cela lui a permis en retour, de pouvoir trouver des solutions aux problèmes psychomoteurs qu'il pouvait rencontrer en dehors du cabinet.

Par exemple, au cours d'une séance (S4), Mr G. a évoqué le fait d'avoir des difficultés pour s'y retrouver dans ses papiers au travail. Une stratégie a pu être mise en place avec la collaboration de la thérapeute (pochette de couleur par exemple).

Mr G. évoque également les moments où il a éprouvé des difficultés de concentration ou d'attention. Il arrive à les analyser de façon pertinente et à mettre en place seul des stratégies. Ces discussions restent toujours centrées autour des symptômes psychomoteurs de la pathologie du TDA/H. Il ne s'agit pas ici de faire une thérapie psychologique.

On ne peut pas observer d'amélioration significative de la perception du sujet sur ses capacités à l'aide de ce questionnaire. On peut cependant relever l'impact important des émotions du patient sur sa symptomatologie. Plus Mr G. se sentira dans une humeur appropriée, meilleures seront ses performances. Le patient possède une plus grande variabilité de ce phénomène que chez d'autres. Il le reconnaît lui-même « si cela ne m'intéresse pas, je peux me désintéresser rapidement en le regrettant par la suite ».

c. Croisement des résultats

Lorsque l'on croise les résultats de l'épreuve de barrage et du questionnaire analogique, on peut remarquer une concordance entre l'état émotionnel du sujet sur la perception de ses capacités et ce qu'il réalise lors de l'épreuve.

Lorsque Mr G. a la perception d'avoir passé une bonne semaine autant d'un point de vue générale que sur les deux axes (précision et logique), il effectue un score correct à l'épreuve.

On pourrait alors se poser la question d'une prise en charge psychomotrice sur la gestion de ses émotions. Cela permettrait à Mr G. un contrôle plus important de ses affects. Cependant, cela ne correspond pas aux attentes de Mr G. En effet, le patient recherche des méthodes et des stratégies pouvant répondre à ses attentes en agissant sur ses symptômes directement et non sur leur retentissement psychologique.

On pourrait également s'interroger sur le facteur motivationnel. Lors de la présentation de certaines épreuves de barrages, Mr G se laissait plus distraire et réalisait cette activité en étant moins impliqué. J'ai pu également observer d'autre passation où Mr G. était très concentré à la tâche. Cette observation confirme le fait les émotions de Mr G interfèrent sur ses performances.

V. Mes questionnements :

- ❖ Mr G. correspond-t-il aux critères du DSM-V pour le syndrome du Trouble déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité ?

La difficulté pour moi a été de repérer tous les éléments en faveur d'un TDA/H. En effet, il s'agissait du premier adulte TDA/H que je rencontrais. Le risque a alors été de vouloir le comparer aux comportements des différents enfants TDA/H que j'ai pu observer jusqu'à présent. Or, le comportement d'un adulte TDA/H n'est pas le même que celui d'un enfant. En effet, la symptomatologie évolue avec l'avancée en âge.

Lorsque j'ai rencontré Mr G., j'ai pu observer un jeune homme dans le contrôle de soi. Il était calme, peu agité avec peu de signe de stress ou d'anxiété. J'ai également pu noter que les séances se déroulaient de façon très poussée afin d'entraîner Mr G. à des situations plus complexes que dans la vie quotidienne. Les difficultés que j'ai pu remarquer étaient principalement une perte du cheminement de la pensée et une certaine distractibilité.

Je me suis alors informée sur son dossier et sur les différents bilans effectués. Il correspondait sur le papier au profil d'un TDA/H. Cependant au niveau des observations cliniques, ce constat n'était pas évident.

J'ai alors, à l'aide des critères diagnostic du DSM-V et d'un questionnaire rétrospectif (DIVA 2.0) sur la vie du sujet essayer d'apporter des éléments supplémentaires aux bilans afin d'appuyer ce diagnostic de TDA de type I (inattention prédominante).

Il est impératif que les symptômes soient présents avant l'âge de 12 ans et qu'au moins 6 symptômes soient présents avant l'âge de 17 ans et 5 après pour que l'on puisse parler de TDA/H à l'âge adulte.

| Critères adulte | | Présent chez MR G. dans l'enfance | Présent chez Mr G. à l'âge adulte | |
|----------------------------------|---|---|-----------------------------------|---|
| Inattention | Prête difficilement attention aux détails, fait des erreurs d'inattention | X | X | |
| | A du mal à soutenir son attention | X | X | |
| | Ne semble pas écouter quand on lui parle directement | X | | |
| | Ne se conforme pas aux consignes ou ne termine pas ses tâches (sans opposition) | X | X | |
| | Eprouve des difficultés à planifier et à organiser ses travaux ou ses activités | X | | |
| | Evite certaines tâches ou les fait à contrecœur surtout si elles nécessitent un effort mental soutenu | X | | |
| | Perd des objets | X | X | |
| | Facilement distrait par des stimuli externes ou par ses propres activités | X | X | |
| | Oublis fréquents dans la vie quotidienne | X | X | |
| Hyperactivité-impulsivité | Hyperactivité motrice | Remue souvent les mains et les pieds, bouge sur son siège | X | |
| | | Se lève souvent dans des situations où il doit demeurer assis | X | |
| | | Sensation de fébrilité ou de bougeotte | X | |
| | | A du mal à se tenir tranquille au travail ou dans ses loisirs | | |
| | | Souvent fébrile ou survolté | | X |
| | | Parle trop | X | X |
| | Impulsivité | Répond aux questions avant qu'on ait terminé de les poser | X | X |
| | | Difficulté à attendre son tour | X | |
| | | Interrompt souvent autrui, impose sa présence | X | X |

Tableau n°7 : critères diagnostic du TDA/H à partir du DSM-V

Les critères de l'enfance ont pu être remplis à l'aide du questionnaire qui se base sur le DSM-IV. Mr G, lors des différentes questions, se souvient d'exemple précis pour chaque situation et n'émet pas de doute sur la réponse.

Il remplit les 9 critères inattentifs et 7 critères d'hyperactivité/impulsivité. Malheureusement, je n'ai pas pu avoir le point de vue de son entourage pour confirmer ou infirmer les éléments apportés par Mr G.

Cependant on pourrait se dire que le fait de lui avoir passé ce questionnaire (rempli par le thérapeute) n'est pas tout à fait objectif. Le patient a pu être conditionné à passer un « test » pour aboutir au résultat de confirmation ou non de sa pathologie. En fonction de son intérêt personnel, il a pu ou non mettre en avant certains aspects de sa personnalité au détriment d'autres.

Après avoir été présente pendant un an au cours de ses prises en charge, je pense que l'on peut sans doute avancer le fait que Mr G. a répondu de façon la plus objective possible. Cependant, son manque de confiance en lui peut probablement avoir biaisé sa perception de lui-même enfant.

En effet, d'après ses critères, le syndrome était assez imposant chez ce patient. Au vu du parcours scolaire et professionnel de Mr G on peut en conclure qu'il a très bien réussi à pallier ses difficultés par un travail accru. Mais la question de l'objectivité de ses réponses peut être soulevée.

Selon différentes études, les personnes souffrant de TDA/H ont un parcours scolaire assez chaotique avec peu d'études supérieures. Or, Mr G a effectué un parcours scolaire très correct et sans trop d'embuche. On peut donc émettre l'hypothèse que le trouble ressenti durant son enfance n'était peut-être pas aussi important qu'il le décrit.

Pour l'âge adulte, Mr G rentre dans 6 des critères inattentifs et 4 des critères d'hyperactivité-impulsivité à l'âge adulte.

❖ Perception de l'adulte face à ses propres performances et celles des autres :

Chez les adultes n'ayant pas été pris en charge dans leur enfance, le retentissement psychologique du trouble déficitaire de l'attention est plus important. Hallowell et Ratey (1994) expriment le fait que chez les adultes TDA/H la difficulté de gestion des affects peut

être dû à l'accumulation depuis l'enfance de remarques et de critique envers eux. Ce phénomène a donc entraîné un biais dans la perception de leurs possibilités et de leurs capacités. Ils peuvent alors se sentir plus « limité » que les personnes de leur âge.

Cela peut aboutir à un manque important de confiance en soi. Lorsqu'une personne entend régulièrement des remarques sur ses performances, elle perd confiance en ses capacités et donc en elle-même. Se versant est travaillé par les psychologues ou les psychiatres.

Le psychomotricien intervient également dans l'augmentation de la confiance en soi et de l'estime de soi. En effet, en travaillant sur les capacités déficitaires du sujet et en lui donnant les clefs nécessaires, le sujet va s'améliorer. C'est à ce moment-là que le sujet doit réussir à prendre suffisamment de recul sur lui-même. Il pourra alors être plus objectif ce qui permettra d'augmenter en partie son estime de soi et la confiance en ses propres capacités.

Au travers de la prise en charge de Mr G, cette hypothèse semble s'être confirmée. En effet, il a indiqué lui-même que le travail effectué en séance lui a permis de se remettre en question par rapport à l'avis qu'il pouvait porter sur lui-même. Il a pu également se confronter à différents adultes également TDA/H au cours d'une réunion organisée par une association. Un déclic a alors été observé d'après la psychomotricienne. A partir du moment où il a pu se rendre compte qu'il était meilleur que ce qu'il pensait, il a pu augmenter sa confiance en lui et son analyse de lui-même.

❖ L'anxiété de performance :

Cette question me semble légitime. Une anxiété de performance peut être la cause d'une diminution du résultat qui aurait pu être obtenu. Cette anxiété peut provoquer une panique ce qui chez certaines personnes peut aboutir à une incapacité à fournir une réponse adaptée à la situation.

Le schéma ci-après illustre les mécanismes de l'anxiété de performance :

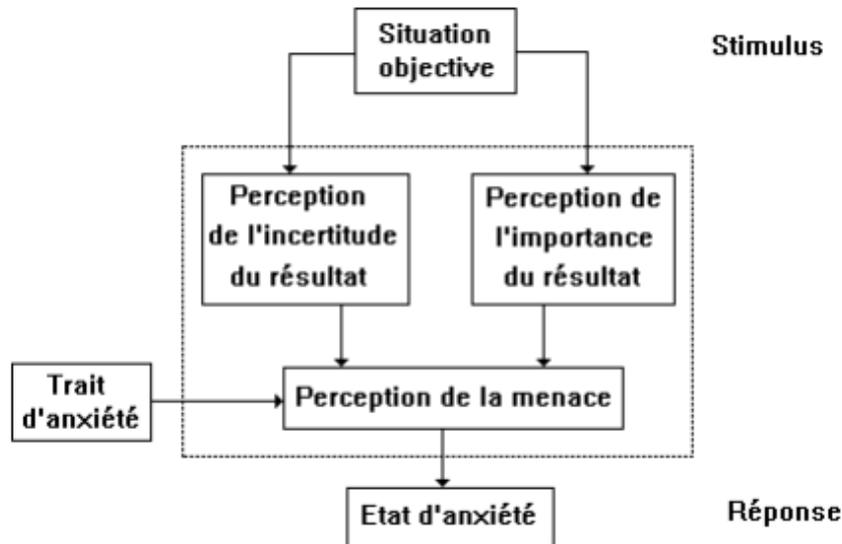


Figure n°4 : théorie de l'anxiété compétitive (d'après Martens, Burton & Vealay, 1990).

L'incertitude perçue est liée à la probabilité subjective de succès. L'importance du résultat est liée à la perception du sujet. La perception de la menace correspond au regard des autres ce qui entraîne le trait d'anxiété aboutissant à l'état d'anxiété liée à la performance.

Chez Mr G, on a pu observer qu'en situation de compétition, il ne recherche pas la victoire à tout prix mais essaye d'appliquer au mieux ses stratégies et méthodes afin de s'améliorer. Il veut aller le plus vite possible tout en étant précis.

Lorsqu'il est face à un échec, il essaye de le surmonter et ne semble pas baisser les bras. Ceci différencie les personnes avec une anxiété de performance de Mr G. Durant la situation de bilan, il a eu besoin de réassurance au niveau de la consigne et des objectifs du test. Une fois qu'il a débuté la passation, il reste concentré jusqu'au bout.

C. Conclusion

La principale critique que je pourrais faire est que je n'ai pu étudier qu'un seul patient TDA. Il s'agit d'une prise en charge en cabinet libéral qui accueille majoritairement des patients enfants ou des adolescents. Je n'ai donc malheureusement pas pu effectuer de comparatif avec un autre patient adulte.

Il serait donc intéressant d'élargir cette analyse de l'intérêt de la prise en charge en psychomotricité chez l'adulte TDA/H sur un panel plus important. Il est difficile sur une étude de cas de généraliser les méthodes de rééducation.

Avec un enfant, la prise en charge est axée sur le travail des différents domaines déficitaires et l'adaptation à son environnement. Avec un adolescent, s'ajoute la question du fonctionnement. Le travail par le corps se fait à chaque séance afin de travailler la motricité, le contrôle moteur, la planification, la mémoire de travail.

Chez un adulte, cette approche est moins évidente. Comme relaté dans ce mémoire, la symptomatologie évolue avec l'avancée en âge : on trouve moins d'hyperactivité et d'impulsivité motrice. Il s'agit alors d'un travail plus orienté sur la métacognition et sur les besoins d'adaptation d'un adulte en société.

Pour acquérir de nouvelles stratégies et méthodes, les adultes doivent dans un premier temps comprendre l'intérêt que cela peut leur apporter. Les séances sont basées sur de la discussion et de l'explication avec une mise en application dans des activités variées.

De plus, si le patient ne voit pas le bénéfice qu'il peut retirer de la prise en charge, cela peut entraîner une baisse de la motivation et de l'implication voir un arrêt du suivi.

Chez Mr G., le diagnostic a d'une part permis une meilleure compréhension et la rééducation d'autre part a permis des progrès très significatifs. Un effet secondaire de cette prise en charge a été l'amélioration de la confiance en lui. En traitant la symptomatologie, nous lui avons permis de se rendre compte de ses capacités et de les améliorer à l'aide d'activités spécifiques.

En effet, l'évolution du patient est importante depuis le début de la prise en charge. Elle lui a permis d'avoir les clefs lui permettant d'être le plus efficace possible dans les domaines

où il éprouvait des difficultés. Même s'il évoque le fait d'avoir toujours besoin de la prise en charge, les progrès effectués en séance n'auraient probablement pas été aussi importants sans celle-ci.

Ce mémoire est orienté sur la question de l'intérêt d'une prise en charge en psychomotricité chez un adulte TDA/H. Au vue des différents résultats obtenus au bilan d'évolution mais également au vue des différents entretiens, on peut en conclure que, pour ce patient, la prise en charge en psychomotricité est pertinente.

D. Discussion

❖ Le TDAH à l'âge adulte, difficulté du diagnostic, devenir des enfants TDAH :

Comme évoqué dans ce mémoire, la pathologie n'est pas encore suffisamment prise en compte à l'âge adulte, beaucoup de personnes n'ont ni diagnostiqué ni traité.

On peut sans peine supposer que de nombreux adultes sont dans cette situation. Différents auteurs ont pu remarquer l'aspect familial de cette pathologie. Lorsqu'un enfant TDA/H est pris en charge dans le cabinet, on peut souvent observer des symptômes fortement présents également chez les parents.

Selon Barkley (1997), l'hérédité joue une place importante dans les facteurs de risques du TDA/H. En effet, 25% des pères et 17 à 25% des mères ont des symptômes de la pathologie. De plus, lorsqu'un enfant est atteint, le risque qu'un autre enfant soit atteint dans la même famille est 13 à 55% plus élevé selon Gross-Tsur et al., (1991).

Les prises en charges du Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité est évolutive en fonction de l'âge du patient. Une rééducation chez l'enfant est basée principalement sur la motricité. Avec l'avancée vers l'âge adulte, cette prise en charge s'oriente majoritairement sur un aspect métacognitif.

Ces différences de prises en charges s'expliquent notamment par l'évolution de la symptomatologie du TDAH. On trouve beaucoup moins de répercussions motrices avec l'avancée en âge.

❖ Prise en charge avec et sans médication :

L'amélioration de la symptomatologie est-elle uniquement dû à la rééducation ?

Il semble important d'aborder cette question. En effet, on peut se s'interroger sur un effet simple du traitement. C'est-à-dire que l'amélioration des symptômes du patient reposerait uniquement sur la prescription. Effectivement, cette médication a permis, dans cette étude de cas, d'augmenter le temps de concentration et d'atténuer la distractibilité rapidement après sa

mise en place. Cependant, le patient a également ressenti que cela ne lui apportait pas tout ce dont il avait besoin pour faire face aux symptômes du TDA de type I.

Il serait alors intéressant d'effectuer un comparatif entre différents groupes :

- Des adultes TDA sous traitement,
- Des adultes TDA sans traitement,
- Des adultes TDA sous traitement et suivant une rééducation psychomotrice régulière,
- Des adultes TDA sans traitement et suivant une rééducation psychomotrice régulière.

La réalisation de cette étude permettrait d'observer l'impact de la médication et de la rééducation seul ainsi que l'impact d'une méthode combinée sur l'évolution du patient.

❖ Place de la psychomotricité dans la prise en charge de l'adulte TDA/H :

Le problème actuellement rencontré se situe dans la légitimité de la place de la psychomotricité dans le traitement de cette pathologie à l'âge adulte. Tout d'abord, la connaissance et la reconnaissance de cette pathologie est encore trop faible chez l'adulte. Cette pathologie peut être considérée comme récente (année 70 chez l'adulte).

De plus, le TDA/H chez l'adulte à l'heure actuelle est pris en charge dans les domaines de la psychologie et de la psychiatrie. Cependant, on peut observer, par le biais de cette étude de cas, les apports bénéfiques d'une prise en charge en psychomotricité sur l'amélioration de la symptomatologie

La rééducatrice connaît les risques, notamment pour la prise en charge des adultes, de ne plus avoir uniquement le rôle de psychomotricienne. Cependant, elle a su poser un cadre clair dès le départ sur ce qu'était la psychomotricité. Les séances sont donc toujours restées centrées autour des déficits psychomoteurs de Mr G et de ses objectifs personnels. Si besoin, la rééducatrice a communiqué et recommandé au patient, différents psychologues afin qu'il puisse faire la démarche lorsqu'il le souhaitera.

La difficulté du psychomotricien est donc de réussir à trouver le juste équilibre entre la prise en charge des symptômes psychomoteurs et la thérapie psychologique. Il est facile pour le patient de déborder rapidement sur ce deuxième aspect. En effet, il est important

d'effectuer des discussions sur les difficultés rencontrées par le patient et les stratégies qu'il met en place pour y faire face. Mais la frontière avec la thérapie psychologique ne doit pas être dépassée. Le rôle du psychomotricien est d'adapter (à l'aide d'une intervention sur le corps et la cognition) au mieux le patient à ce qu'il est susceptible de rencontrer dans son quotidien pour qu'il puisse y faire face.

E. Annexes

Annexe n° 1 : Echelle

Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 (ASRS-V1.1)
Symptoms Checklist
from WHO Composite International Diagnostic Interview

© World Health Organization 2007
All rights reserved. Based on the Composite International Diagnostic Interview © 2001 World Health Organization. All rights reserved. Used with permission. Requests for permission to reproduce or translate—whether for sale or for noncommercial distribution—should be addressed to Professor Ronald Kessler, PhD, Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, (fax: +011 617-432-3588; email: ronkadm@hcp.med.harvard.edu).

Acknowledgements

Translation of this document was performed on behalf of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Advisory Committee by Hervé Caci, MD, PhD, University of Nice Sophia-Antipolis, University Hospital Center, Nice, France, and Franck J. Bayle, MD, Paris-Descartes University, Sainte-Anne Hospital Center, Paris, France.

Adult Self-Report Scale (ASRS-1.1) Symptom Checklist

INSTRUCTIONS

Les questions figurant au verso ont pour but de favoriser le dialogue entre vous et vos patients, et de vous aider à confirmer les éventuels symptômes d'un Trouble d'Hyperactivité avec Déficit de l'Attention (THADA).

Description : La liste des symptômes est un instrument qui reprend les 18 critères du DSM-IV-TR. Parmi ceux-ci, six sont les plus prédictifs du THADA. Ces six items composent l'ASRS v1.1 Screener et se retrouvent dans la partie A de la liste des symptômes. La partie B regroupe les 12 items restants.

Instructions :

Symptômes :

1. Demandez au patient de remplir les parties A et B de la liste des symptômes en cochant la case qui correspond le mieux à la fréquence de chacun des symptômes.
2. Cotation de la partie A. Si au moins quatre croix apparaissent dans la zone ombrée de la partie A, le patient présente des symptômes très évocateur de THADA, ce qui recommande une évaluation plus poussée.
3. Les scores de fréquence de la partie B apportent des éléments additionnels et peuvent donner des indices sur la symptomatologie du patient. Attachez une attention particulière aux croix figurant dans la zone ombrée. La réponse en terme de fréquence est plus sensible pour certaines questions. Aucun score total ou probabilité diagnostic n'est attaché à ces 12 questions. Il a été démontré que les 6 questions de la partie A étaient les plus prédictives du diagnostic et doivent être utilisées comme outil de dépistage.

Gêne :

1. Parcourez la totalité de la liste des symptômes avec votre patient et évaluez le niveau de gêne associé à chaque symptôme.
2. Prenez en compte les situations scolaires/professionnelles, sociales et familiales.
3. La liste des symptômes peut aider à l'évaluation de la gêne occasionnée car la fréquence des symptômes est souvent associée à leur sévérité. Si la fréquence des symptômes est très élevée, vous pourrez demander à votre patient de décrire comment ils impactent sa capacité à travailler, à prendre soin des choses à sa maison, ou à s'entendre avec d'autres personnes comme l'époux/épouse.

Histoire :

1. Évaluez la présence dans l'enfance de ces symptômes ou d'autres similaires. L'ADHD des adultes n'a pas été forcément diagnostiqué dans l'enfance. Cherchez dans l'histoire du patient les problèmes précoces ou persistants liés à l'attention ou au contrôle de soi. Certains symptômes doivent avoir été présents dans l'enfance, mais pas tous nécessairement.
2. Demandez à consulter les bulletins scolaires. Mais souvenez-vous que de nombreux adultes étaient scolarisés alors que le THADA et ses symptômes n'étaient pas familiers. Plus qu'aux notes, accordez de l'importance aux commentaires des enseignants. Si vous ne pouvez pas avoir accès à ces bulletins, posez des questions comme « si j'étais un enseignant, comment est-ce que je décrirais votre attitude en classe ? » et « si je lisais vos bulletins scolaires, qu'est-ce que j'y trouverais ? »

Nom :

Sexe : H / F

Date :/...../20....

Répondez aux questions suivantes en vous auto-évaluant sur chacun des critères à l'aide de l'échelle à droite de la page. Pour répondre aux questions, cochez la case qui décrit le mieux vos sentiments ou vos comportements au cours des six derniers mois. Rendez ensuite le questionnaire entièrement rempli au professionnel de santé qui vous la remis avec lequel vous pourrez en discuter.

| | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Très souvent |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que le plus intéressant a été fait? | <input type="radio"/> |
| 2. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire un travail qui demande une certaine organisation? | <input type="radio"/> |
| 3. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés pour vous souvenir de vos rendez-vous ou de vos engagements? | <input type="radio"/> |
| 4. Avec quelle fréquence avez-vous tendance à éviter ou à remettre à plus tard un travail qui demande beaucoup de réflexion? | <input type="radio"/> |
| 5. Avec quelle fréquence avez-vous la bougeotte ou agitez-vous vos mains ou vos pieds lorsque vous devez rester assis pendant un long moment? | <input type="radio"/> |
| 6. Avec quelle fréquence vous sentez-vous trop actif ou obligé de faire des choses, comme si vous étiez actionné par un moteur? | <input type="radio"/> |
| 7. Avec quelle fréquence faites-vous des erreurs d'étourderie lorsque vous travaillez sur un projet ennuyeux ou difficile? | <input type="radio"/> |
| 8. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à rester attentif lorsque vous faites un travail ennuyeux ou répétitif? | <input type="radio"/> |
| 9. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à vous concentrer sur ce que les gens vous disent, même lorsqu'ils vous parlent directement? | <input type="radio"/> |
| 10. Avec quelle fréquence avez-vous tendance à égarer ou du mal à retrouver des choses à la maison ou au travail? | <input type="radio"/> |
| 11. Avec quelle fréquence êtes-vous distrait par de l'activité ou du bruit autour de vous? | <input type="radio"/> |
| 12. Avec quelle fréquence vous levez-vous pendant des réunions ou d'autres situations dans lesquelles vous êtes censé rester assis? | <input type="radio"/> |
| 13. Avec quelle fréquence avez-vous la bougeotte ou vous sentez-vous agité? | <input type="radio"/> |
| 14. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à vous détendre et à vous relaxer pendant votre temps libre? | <input type="radio"/> |
| 15. Avec quelle fréquence avez-vous remarqué que vous étiez trop bavard lorsque vous étiez en compagnie d'autres personnes? | <input type="radio"/> |
| 16. Avec quelle fréquence vous surprenez-vous terminant les phrases des autres dans une discussion avant qu'ils aient pu le faire eux-mêmes? | <input type="radio"/> |
| 17. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à attendre votre tour dans une file d'attente? | <input type="radio"/> |
| 18. Avec quelle fréquence interrompez-vous les autres lorsqu'ils sont occupés? | <input type="radio"/> |

Valeur du dépistage de l'ADHD pour les adultes

Les données de la recherche suggèrent que l'ADHD peut persister à l'âge adulte avec un retentissement significatif sur les relations aux autres, la carrière voire la sécurité personnelle de vos patients éventuellement atteints. Comme ce trouble est souvent mal compris, la plupart des gens qui en souffrent n'ont pas accès à un traitement approprié et, en conséquence, ne peuvent pas atteindre leur plein potentiel. Le problème vient en partie de la difficulté à porter un diagnostic, plus particulièrement chez l'adulte.

La liste de symptômes Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1) a été développée en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et un groupe de travail sur l'ADHD de l'adulte qui comprend les psychiatres et chercheurs suivants :

- Dr Leonard Adler
Professeur Associé de Psychiatrie et de Neurologie
New York University Medical School (USA)
- Pr Ronald C. Kessler
Département de Santé Publique
Harvard Medical School (USA)
- Dr Thomas Spencer
Professeur Associé de Psychiatrie
Harvard Medical School (USA)

En tant que professionnel de santé, vous pouvez utiliser l'ASRS v1.1 comme un outil pour aider au dépistage de l'ADHD chez des patients adultes. Les informations recueillies par ce dépistage peuvent orienter vers une évaluation plus complète lors d'un entretien clinique. Les questions de l'ASRS v1.1 sont en accord avec les critères du DSM-IV et se focalisent sur les manifestations de l'ADHD chez les adultes. Le contenu du questionnaire reflète aussi l'importance donnée par le DSM-IV aux symptômes, aux retentissements et à l'histoire pour aboutir à un diagnostic correct.

La liste peut être remplie en moins de 5 minutes et peut fournir des informations pertinentes pour le processus diagnostique.

Références :

1. Schweitzer JB et al. *Med Clin North Am.* 2001; 85(3):10-11, 757-777.
2. Barkley RA. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for Diagnosis and Treatment.* 2nd ed. 1998.
3. Biederman J et al. *Am J Psychiatry.* 1993; 150:1792-1798.
4. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision.* Washington, DC, American Psychiatric Association. 2000:85-93.

FRANÇAIS

DIVA 2.0

Entretien diagnostique pour le TDAH
chez l'adulte (DIVA)

Diagnostisch **I**nterview **V**oor **A**DHD bij volwassenen

DIVA
Foundation

*entretien diagnostique
pour le TDAH
chez l'adulte*

J.J.S. Kooij, MD, PhD & M.H. Francken, MSc
2010, DIVA Foundation, Pays-Bas

Instructions pour la cotation de la DIVA

La DIVA est composée de trois parties qui s'appliquent chacune à l'enfance et à l'âge adulte :

- Les critères d'Inattention (A1)
- Les critères d'Hyperactivité-Impulsivité (A2)
- L'Âge de début et Altération du fonctionnement due aux symptômes

Commencez par le premier groupe de critères DSM-IV du TDAH pour le *Déficit Attentionnel (A1)*, puis le second groupe de critères pour l'*Hyperactivité-Impulsivité (A2)*. Renseignez chacun des 18 items successivement en suivant l'approche suivante :

Questionnez d'abord pour l'âge adulte (symptômes présents au cours des six derniers mois ou plus) puis pour le même symptôme lors de l'enfance (symptômes présents entre 5 et 12 ans)⁴⁻⁶. Lisez textuellement chaque question et demandez au patient s'il reconnaît ce problème et de vous donner des exemples. Les patients donnent souvent les mêmes exemples que ceux proposés par la DIVA, qui peuvent alors être cochés présents. S'ils ne reconnaissent pas le problème ou si vous n'êtes pas sûr(e) que la réponse se rapporte bien au critère, alors vous pouvez utiliser les exemples fournis, en les lisant un à un successivement. Pour qu'un problème comportemental ou un symptôme soit coché présent, il faut qu'il survienne de manière plus fréquente ou plus intense que chez des patients du même âge et de même niveau intellectuel, ou être nettement invalidant. Cochez chaque exemple décrit par le patient. S'il donne d'autres exemples correspondant au critère, notez-les sous la rubrique « Autre ». Pour qu'un item soit considéré comme présent, il n'est pas nécessaire que tous les exemples soient cochés mais que l'évaluateur obtienne une image claire de la présence ou de l'absence du critère.

Pour chaque critère, demandez si le conjoint ou le membre de la famille est d'accord ou s'il peut donner d'autres exemples de problèmes liés au critère. En règle générale, le partenaire répondra sur l'âge adulte alors qu'un membre de la famille (habituellement un parent ou un apparenté plus âgé) répondra sur l'enfance. Par son jugement clinique, le clinicien doit déterminer la réponse la plus appropriée. Si les réponses se contredisent, l'habitude est de considérer que le patient est généralement le meilleur informateur⁷.

Les informations données par le partenaire et la famille sont principalement destinées à compléter celles données par le patient afin d'obtenir un compte-rendu précis du comportement dans l'enfance et à l'âge adulte. Les

informations données par les tiers sont particulièrement utiles pour l'enfance car de nombreux patients ont des difficultés à se rappeler rétrospectivement leur propre comportement. De nombreuses personnes se rappellent correctement de leur comportement vers 10-12 ans, mais ont plus de mal pour les années de classes primaires.

Pour chaque critère, le clinicien doit décider de la présence ou de l'absence aux deux âges de la vie, en prenant en considération les informations de toutes les parties impliquées. Si des informations collatérales ne peuvent pas être obtenues, le diagnostic sera basé uniquement sur les souvenirs du patient. S'ils sont consultables, les livrets scolaires peuvent donner une idée des symptômes notés en classe dans l'enfance et peuvent être utilisés à l'appui du diagnostic. Les symptômes sont considérés comme cliniquement significatifs s'ils surviennent de manière plus intense et/ou plus fréquente que chez les enfants du même âge or s'ils ont gêné le sujet.

Âge de début et Altération du fonctionnement due aux symptômes

La troisième section sur *L'Âge de début et l'Altération du fonctionnement due aux symptômes* est une partie essentielle des critères de diagnostic. Cherchez à savoir si le patient a présenté les symptômes et, dans l'affirmative, s'ils étaient présents avant l'âge de 7 ans. Si les symptômes sont apparus plus tardivement, notez l'âge de début. À l'aide des exemples, demandez dans quelles différentes situations on note un impact des symptômes, d'abord à l'âge adulte puis dans l'enfance. Cochez les exemples que le patient reconnaît et notez si le retentissement apparaît dans deux domaines de fonctionnement au moins. Pour que le trouble soit présent, il doit avoir un retentissement dans au moins deux domaines, tels que le travail et l'enseignement, les relations aux autres et la vie familiale, les contacts sociaux, le temps libre et les loisirs, la confiance en soi et l'image de soi, et être au moins modérément gênant.

Résumé des symptômes et Formulaire de cotation

Indiquez dans le Résumé des symptômes de *Déficit Attentionnel (A)* et d'*Hyperactivité-Impulsivité (HI)* quels critères sont présents aux deux âges de la vie, et additionnez le nombre de critères d'inattention, d'une part, et d'hyperactivité/impulsivité, d'autre part.

Enfin, indiquez dans le Formulaire de cotation si six critères au moins sont présents dans chacun des domaines symptomatiques de déficit attentionnel (A) et d'hyperactivité-impulsivité (HI). Pour chaque domaine,

indiquez s'il existe des preuves d'une présence des symptômes tout au long de la vie, si les symptômes ont un retentissement, si le retentissement survient dans deux situations au moins, et si les symptômes pourraient mieux être expliqués par un autre trouble psychiatrique. Indiquez dans quelle mesure les informations collatérales, et éventuellement les livrets scolaires, appuient le diagnostic. Terminez en concluant si le diagnostic de TDAH peut être retenu et de quel sous-type il s'agit, sans oublier les codes du DSM-IV correspondants.

Explications à donner au patient avant l'entretien

Au cours de l'entretien, je vous poserai des questions sur la présence de symptômes du TDAH que vous avez présentés dans votre enfance et actuellement. Les questions sont basées sur les critères officiels du TDAH dans le DSM-IV. Pour chaque critère, je vous demanderai si vous reconnaissez le problème. Pour vous aider au cours de l'entretien, je vous donnerai quelques exemples pour chaque symptôme du TDAH qui décrivent les difficultés rencontrées par les enfants et les adultes. Avant toute chose, je vous poserai les questions et ensuite à votre partenaire ou à votre famille (si elle est présente). Votre partenaire vous connaît probablement bien en tant qu'adulte et je lui poserai les questions sur la période de votre vie durant laquelle il/elle vous a connu. Votre famille aura une meilleure idée de votre comportement pendant l'enfance; ces deux âges de la vie doivent être examinés pour établir le diagnostic de TDAH.

Références

1. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: Texte révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson, Paris, 2003.
2. Diagnostic Interview for ADHD in Adults 2.0 (DIVA 2.0), in: Kooij, JJS. Adult ADHD. Diagnostic assessment and treatment. Springer, 2012.
3. Kooij JJS, Francken MH: Diagnostisch Interview Voor ADHD (DIVA) bij volwassenen. Téléchargeable en ligne à l'adresse www.kenniscentrumadhd.bijvolwassenen.nl, 2007 et publié en Anglais dans la référence 2.
4. Applegate B, Lahey BB, Hart EL, Biederman J, Hynd GW, Barkley RA, Ollendick T, Frick PJ, Greenhill L, McBurnett K, Newcorn JH, Kerdyk L, Garfinkel B, Waldman I, Shaffer D: Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(9):1211-21.
5. Barkley RA, Biederman J: Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(9):1204-10.
6. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Mick E, Murray K, Petty C, Adamson JJ, Monuteaux MC: Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? *Am J Psychiatry* 2006;163(10):1720-9.
7. Kooij JJS, Boonstra AM, Willemsen-Swinkels SHN, Bekker EM, De Noord I, Buitelaar JL: Reliability, validity, and utility of instruments for self-report and informant report regarding symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in adult patients. *J Atten Disorders* 2008; 11(4):445-458.

Reproduit avec la permission du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: Texte Révisé (4ème édition). Copyright Elsevier Masson, Paris, 2003.

Nom du patient

Date de naissance

Sexe M / F

Date de l'entretien

Nom du chercheur

Numéro du patient

Section 1: Symptômes de déficit attentionnel (DSM-IV critère A1)

Instructions: Les symptômes à l'âge adulte doivent être présents depuis au moins six mois. Les symptômes dans l'enfance se rapportent à la période entre 5-12 ans. Pour qu'un symptôme soit attribué au TDAH, il doit être d'allure chronique et ne doit pas être épisodique.

A1

Avez-vous souvent du mal à prêter attention aux détails, ou faites-vous souvent des erreurs d'étourderie dans votre travail ou dans d'autres activités? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Fait des erreurs d'étourderie
- Travaille lentement pour éviter les erreurs
- Ne lit pas les instructions avec soin
- Du mal à travailler de façon minutieuse
- Besoin de trop de temps pour mener à leur terme des tâches complexes
- Facilement empêtré par les détails
- Travaille trop rapidement et commet ainsi des erreurs
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

Exemples pendant l'enfance:

- Erreurs d'étourderie lors du travail scolaire
- Erreurs parce qu'il ne lisait pas les questions correctement
- Ne répondait pas à des questions parce qu'il ne les lisait pas correctement
- Ne répondait pas aux questions posées au verso d'un examen
- Les autres faisaient remarquer que le travail n'était pas soigné
- Ne vérifiait pas ses réponses dans les devoirs scolaires
- Besoin de trop de temps pour mener à leur terme des tâches minutieuses ou comportant de nombreux détails
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

A2

Trouvez-vous souvent difficile de soutenir votre attention sur une tâche? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Incapable de maintenir son attention sur des tâches pendant longtemps*
- Facilement distrait par ses propres pensées ou associations d'idées
- Difficile de suivre un film jusqu'à la fin, ou de lire un livre*
- Rapidement ennuyé par les choses*
- Pose des questions sur des sujets déjà discutés
- Autre:

*A moins que le patient trouve le sujet particulièrement intéressant (par exemple, ordinateur ou hobby)

Symptôme présent: Oui / Non

Exemples pendant l'enfance:

- Du mal à maintenir l'attention lors du travail scolaire
- Du mal à maintenir l'attention sur un jeu*
- Facilement distrait
- Du mal à se concentrer*
- Besoin d'un environnement structuré pour ne pas être distrait
- Rapidement ennuyé dans des activités*
- Autre:

*A moins que le patient trouve le sujet particulièrement intéressant (par exemple, ordinateur ou hobby)

Symptôme présent: Oui / Non

A3

Donnez-vous souvent l'impression de ne pas écouter lorsqu'on vous parle directement? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Rêveur ou préoccupé
- Du mal à se concentrer pendant une conversation
- Après-coup, ne se rappelle pas du sujet d'une conversation
- Change souvent de sujet dans une conversation
- D'autres personnes vous disent que vos pensées sont ailleurs
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

Exemples pendant l'enfance:

- Ne sait plus ce que les parents/enseignants ont dit
- Rêveur ou préoccupé
- N'écoute qu'avec un contact visuel ou lorsque le ton est élevé
- Doit souvent être interpellé
- Les questions doivent être répétées
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

A4

Avez-vous souvent du mal à vous conformer aux consignes et à mener à terme vos tâches domestiques ou vos obligations professionnelles? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Fait plusieurs tâches en même temps sans les terminer
- Du mal à finir les tâches une fois que la nouveauté a diminué
- Besoin de fixer un délai pour terminer les tâches
- Du mal à terminer les tâches administratives
- Du mal à suivre les instructions dans un manuel
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non**Exemples pendant l'enfance:**

- Du mal à suivre les instructions
- En difficulté lorsque les tâches comprennent plusieurs étapes successives
- Ne termine pas les choses
- Ne termine pas les devoirs ou ne les rend pas
- Besoin d'un environnement structuré pour pouvoir terminer les tâches
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non**A5**

Trouvez-vous souvent difficile d'organiser les tâches ou les activités? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Du mal à planifier les activités de la vie quotidienne
- La maison ou l'espace de travail est en désordre
- Planifie trop de tâches ou planification inefficace
- Prévoit régulièrement de faire plusieurs choses au même moment
- Arrive en retard
- Incapable d'utiliser un agenda ou un journal de manière efficace
- Rigide par nécessité de coller au programme
- Faible conscience du temps
- Établit des listes sans les utiliser
- Besoin qu'un tiers structure les choses
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non**Exemples pendant l'enfance:**

- Du mal à être prêt à temps
- Chambre ou bureau en désordre
- Du mal à jouer seul
- Du mal à planifier des tâches ou ses devoirs
- Fait les choses de manière confuse
- Arrive en retard
- Faible conscience du temps
- Du mal à s'occuper seul
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

A6

Évitez-vous souvent (ou avez-vous en aversion, ou faites-vous à contrecœur) les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Fait en premier les choses les plus faciles ou les plus agréables
- Remet à plus tard les tâches ennuyeuses ou difficiles
- Remet à plus tard les choses jusqu'à dépasser les délais
- Évite les tâches monotones, comme les tâches administratives
- N'aime pas lire à cause de l'effort mental
- Évite des tâches qui demandent beaucoup de concentration
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non**Exemples pendant l'enfance:**

- Évite des devoirs ou aversion pour les devoirs
- Lit peu de livres ou n'aime pas lire à cause de l'effort mental
- Évite des tâches qui demandent beaucoup de concentration
- Déteste les sujets scolaires qui demandent beaucoup de concentration
- Remet à plus tard les tâches ennuyeuses ou difficiles
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non**A7**

Perdez-vous souvent les objets nécessaires à votre travail ou vos activités? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Égare portefeuille, clés, ou agenda
- Oublie des choses en quittant un lieu
- Perd des papiers pour son travail
- Perd beaucoup de temps à chercher des choses
- Panique si des gens ont changé des choses de place
- Range les choses au mauvais endroit
- Perd des notes, listes ou numéros de téléphone
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non**Exemples pendant l'enfance:**

- Perd l'agenda, les stylos, les affaires de gymnastique ou d'autres choses
- Égare des jouets, habits ou devoirs scolaires
- Perd beaucoup de temps à chercher des choses
- Panique si des gens ont changé des choses de place
- Les parents et/ou les enseignants font remarquer qu'il a perdu des choses
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

A8

Vous laissez-vous facilement distraire par des stimuli externes? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Du mal à ignorer des stimuli externes
- Du mal à reprendre les choses après avoir été distrait
- Facilement distrait par des bruits ou des événements
- Facilement distrait par une conversation entre d'autres personnes
- Du mal à filtrer et/ou sélectionner des informations
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non**Exemples pendant l'enfance:**

- En classe, il regarde souvent dehors
- Facilement distrait par des bruits ou des événements
- Du mal à reprendre les choses après avoir été distrait
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non**A9**

Avez-vous des oublis fréquents dans la vie quotidienne? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Oublie des rendez-vous ou des obligations
- Oublie les clés, l'agenda, etc.
- A besoin de rappels fréquents concernant les rendez-vous
- Retourne sur ses pas pour prendre des choses oubliées
- Utilise des programmes rigides pour être sûr de ne rien oublier
- Ne tient pas à jour son agenda et/ou oublie de consulter son agenda
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non**Exemples pendant l'enfance:**

- Oublie des rendez-vous ou des consignes
- On doit souvent lui rappeler les choses
- S'arrête en chemin parce qu'il a oublié ce qu'il devait faire
- Oublie d'apporter des affaires scolaires
- Oublie des choses à l'école ou chez des amis
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non**Supplément au critère A****A l'âge adulte:**

Parmi les symptômes attentionnels précédents, en avez-vous présenté davantage ou plus fréquemment que les autres adultes? Oui / Non

Enfance:

Parmi les symptômes attentionnels précédents, en avez-vous présenté davantage ou plus fréquemment que les enfants de votre âge? Oui / Non

Section 2: Symptômes d'hyperactivité-impulsivité (DSM-IV critère A2)

Instructions: Les symptômes à l'âge adulte doivent être présents depuis au moins six mois. Les symptômes dans l'enfance se rapportent à la période entre 5-12 ans. Pour qu'un symptôme soit attribué au TDAH, il doit être d'allure chronique et ne doit pas être épisodique.

H/I 1

Remuez-vous souvent les mains ou les pieds, ou vous tortillez-vous souvent sur votre siège?
Comment était-ce dans votre enfance?

Exemples à l'âge adulte:

- Du mal à rester assis immobile
- Remue les jambes
- Tape avec un stylo ou joue avec un objet
- Tortille les cheveux ou ronge les ongles
- Capable de contrôler l'agitation mais cela vous stresse
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

Exemples pendant l'enfance:

- Les parents disent souvent des choses comme « tiens toi tranquille »
- Remue les jambes
- Tape avec un stylo ou joue avec un objet
- Tortille les cheveux ou ronge les ongles
- Incapable de rester assis de façon relaxée
- Capable de contrôler l'agitation mais cela vous stressait
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

H/I 2

Vous levez-vous souvent dans des situations où vous êtes supposé rester assis? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Évite les réunions, les conférences, les cérémonies religieuses, etc.
- Préfère marcher plutôt que rester assis
- Ne reste jamais longtemps assis tranquille, bouge sans cesse
- Stressé par l'obligation de rester assis
- Trouve une excuse pour pouvoir marcher
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

Exemples pendant l'enfance:

- Se lève souvent pendant les repas ou en classe
- Trouve très difficile de rester assis en classe ou pendant les repas
- On lui dit souvent de rester assis
- Trouve une excuse pour pouvoir marcher
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

H/I 3

Vous sentez-vous souvent agité? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Se sent agité ou nerveux à l'intérieur
- Ressent constamment le sentiment d'avoir quelque chose à faire
- Trouve difficile de se relaxer
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

Exemples pendant l'enfance:

- Court toujours
- Grimpe sur les meubles ou saute sur les fauteuils
- Monte aux arbres
- Se sent agité à l'intérieur
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

H/I 4

Trouvez-vous souvent difficile de profiter d'un moment de détente? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Parle lorsque cela n'est pas approprié
- Se met rapidement en avant en public
- Bruyant dans tout type de situations
- Du mal à faire des activités tranquillement
- Du mal à parler doucement
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

Exemples pendant l'enfance:

- Fait du bruit en jouant ou en classe
- Incapable de regarder la TV ou un film tranquillement
- On lui demande souvent de se calmer ou d'être plus tranquille
- Se met rapidement en avant en public
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

H/I 5

Êtes-vous souvent « sur la brèche » ou comme si vous étiez « dirigé par un moteur »? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Toujours occupé à faire quelque chose
- Déborde d'énergie, toujours en mouvement
- Franchit ses propres limites
- Lâche difficilement prise, excessivement insistant
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

Exemples pendant l'enfance:

- Constamment occupé
- Remarqué par son activité en classe ou à la maison
- Déborde d'énergie
- Toujours sur la brèche, monté sur ressorts
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

H/I 6

Parlez-vous souvent trop? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Parle tellement que les gens trouvent cela fatigant
- Connu pour parler de manière incessante
- Trouve difficile d'arrêter de parler
- Tendance à trop parler
- Ne laisse pas l'occasion aux autres d'intervenir dans une conversation
- Besoin de beaucoup de mots pour dire quelque chose
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

Exemples pendant l'enfance:

- Connu comme une « boîte à paroles »
- Les enfants ou les enseignants demandent souvent le silence
- Les fiches scolaires mentionnent souvent des bavardages
- Puni pour avoir trop parlé
- Gêne le travail scolaire des autres en parlant trop
- Ne laisse pas les autres parler dans une conversation
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

H/I 7

Laissez-vous souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Dit ce qu'il pense
- Dit les choses sans réfléchir
- Donne des réponses avant que les gens aient fini de parler
- Finit les phrases des autres
- Manque de tact
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

Exemples pendant l'enfance:

- Dit les choses sans réfléchir
- Veut être le premier à répondre aux questions en classe
- Donne la première réponse qui lui vient à l'esprit
- Interrompt les autres avant que les phrases soient finies
- Blesse verbalement (manque de tact)
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

H/I 8

Trouvez-vous souvent difficile d'attendre votre tour? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Difficulté à attendre dans une file, veut doubler dans une file d'attente
- Du mal à attendre patiemment dans la circulation ou les embouteillages
- Du mal à attendre son tour dans les conversations
- Impatient
- Rapidement commence ou met terme à des relations ou des emplois par impatience
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

Exemples pendant l'enfance:

- Du mal à attendre son tour dans les sports ou les jeux
- Du mal à attendre son tour en classe
- Toujours le premier à parler ou agir
- Rapidement impatient
- Traverse la route sans regarder
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

H/I 9

Interrompez-vous souvent les autres ou imposez-vous votre présence? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- Rapide à interférer avec les autres
- Interrompt les autres
- Dérange sans qu'on lui ait rien demandé
- Les autres font remarquer qu'il est intrusif
- Du mal à respecter les limites des autres
- A une opinion sur tout et la donne immédiatement
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

Exemples pendant l'enfance:

- S'immisce dans les jeux des autres
- Interrompt les conversations des autres
- Réagit sur tout
- Incapable d'attendre
- Autre:

Symptôme présent: Oui / Non

Supplément au critère A

A l'âge adulte:

Parmi les symptômes d'hyperactivité/impulsivité précédents, en avez-vous présenté davantage ou plus fréquemment que les autres adultes? Oui / Non

Enfance:

Parmi les symptômes d'hyperactivité/impulsivité précédents, en avez-vous présenté davantage ou plus fréquemment que les enfants de votre âge? Oui / Non

Section 3: Altération du fonctionnement due aux symptômes (DSM-IV critères B, C et D)

Critère B

Avez-vous toujours eu ces symptômes de déficit attentionnel et/ou d'hyperactivité/impulsivité?

- Oui (quelques symptômes étaient présents avant l'âge de 7 ans)
- Non

Si vous avez répondu « Non », les symptômes ont débuté à l'âge de ans

Critère C

Dans quels domaines ces symptômes vous causent-ils ou vous ont-ils causé des problèmes?

A l'âge adulte

Travail/éducation

- N'a pas atteint le niveau d'étude pour le travail voulu
- Travaille en deçà du niveau d'étude
- Rapidement fatigué d'un lieu de travail
- Succession de plusieurs emplois à court terme
- Difficulté avec le travail administratif/la planification
- N'obtient pas de promotions
- Sous-performant au travail
- A quitté un emploi ou a été renvoyé après une dispute
- Arrêts de travail ou invalidité liés aux symptômes
- Retentissement limité par compensation par un fort niveau intellectuel
- Retentissement limité par compensation par la structure externe
- Autre:

Relations et/ou famille

- Rapidement fatigué par les relations
- Débute/termine impulsivement les relations
- Compensation nécessaire des symptômes par le conjoint
- Problèmes relationnels, nombreuses disputes, manque d'intimité
- Divorce à cause des symptômes
- Problèmes sexuels à cause des symptômes
- Problèmes avec l'éducation à cause des symptômes
- Difficultés ménagères et/ou administratives
- Problèmes financiers ou jeux d'argent
- N'ose pas commencer une relation
- Autre:

Dans l'enfance

Éducation

- Niveau d'études inférieur à celui prédit par le QI
- Redoublement à cause de problèmes de concentration
- Études inachevées/Renvoi d'un établissement scolaire
- Plus d'années pour terminer les études que nécessaire
- A obtenu un niveau d'étude conforme au QI mais avec beaucoup de difficultés
- Difficulté à faire les devoirs
- Éducation spéciale à cause des symptômes
- Commentaires des enseignants sur le comportement ou la concentration
- Retentissement limité par compensation par un fort niveau intellectuel
- Retentissement limité par compensation par la structure externe
- Autre:

Famille

- Disputes fréquentes avec frères et sœurs
- Punitives ou corrections fréquentes
- Peu de contacts avec la famille à cause des conflits
- A nécessité le soutien des parents pour une période plus longue que la normale
- Autre:

A l'âge adulte (continue)

Contacts sociaux

- Rapidement fatigué par les contacts sociaux
- Difficulté à maintenir des contacts sociaux
- Conflits résultant de problèmes de communication
- Difficulté à initier des contacts sociaux
- Faible auto-affirmation de soi conséquence des expériences négatives
- Inattention (par exemple, oubli d'envoyer une carte, d'être empathique, d'appeler au téléphone, etc.)
- Autre:

Temps libre/Hobby

- Incapable de se relaxer complètement pendant le temps libre
- Obligé de pratiquer beaucoup de sport pour se relaxer
- Blessures à la suite d'une pratique excessive du sport
- Incapable de terminer un livre ou de regarder un film jusqu'au bout
- Fatigué parce qu'affairé en permanence
- Rapidement lassé par les hobbies
- Accidents ou suspension de permis de conduire suite à un comportement dangereux
- Recherche de sensations et/ou prise trop fréquente de risques
- Problèmes avec la police/la justice
- Hyperphagie
- Autre:

Confiance en soi/Image de soi

- Doute de lui-même suite aux remarques négatives des autres
- Image de soi négative à cause des échecs du passé
- Peur de l'échec en commençant de nouvelles choses
- Réaction excessive aux critiques
- Perfectionnisme
- Affecté par les symptômes du TDAH
- Autre:

Dans l'enfance (continue)

Contacts sociaux

- Difficulté à maintenir des contacts sociaux
- Conflits résultant de problèmes de communication
- Difficulté à initier des contacts sociaux
- Faible auto-affirmation de soi conséquence des expériences négatives
- Peu d'amis
- Taquiné par les autres
- Exclu du groupe ou n'est pas invité à participer aux activités du groupe
- Joue les petits durs
- Autre:

Temps libre/Hobby

- Incapable de se relaxer correctement pendant le temps libre
- Obligé de pratiquer beaucoup de sport pour se relaxer
- Blessures à la suite d'une pratique excessive du sport
- Incapable de terminer un livre ou de regarder un film jusqu'au bout
- Fatigué parce qu'affairé en permanence
- Rapidement lassé par les hobbies
- Recherche de sensations et/ou prise trop fréquente de risques
- Problèmes avec la police/la justice
- Nombre augmenté d'accidents
- Autre:

Confiance en soi/Image de soi

- Doute de lui-même suite aux remarques négatives des autres
- Image de soi négative à cause des échecs du passé
- Peur de l'échec avant de démarrer de nouvelles choses
- Réaction excessive aux critiques
- Perfectionnisme
- Autre:

Age adulte: Preuve d'une altération du fonctionnement dans ≥ 2 domaines?

Oui / Non

Enfance: Preuve d'une altération du fonctionnement dans ≥ 2 domaines?

Oui / Non

Fin de l'entretien. Passez s'il-vous-plaît au résumé.

Détails supplémentaires:

Résumé des symptômes A et H/I

Indiquez les critères cotés dans les Sections 1 et 2, et calculez les sommes

| Critère DSM-IV TR | Symptôme | Présent à l'âge adulte | Présent dans l'enfance |
|--|---|--------------------------|--------------------------|
| A1a | A1. 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 | | |
| A1b | A2. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux | | |
| A1c | A3. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement | | |
| A1d | A4. 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) | | |
| A1e | A5. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités | | |
| A1f | A6. 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) | | |
| A1g | A7. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (par exemple, jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils) | | |
| A1h | A8. Souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes | | |
| A1i | A9. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne | | |
| Nombre total de critères de Déficit Attentionnel | | <input type="text"/> / 9 | <input type="text"/> / 9 |
| A2a | H/I 1. Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège | | |
| A2b | H/I 2. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis | | |
| A2c | H/I 3. 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) | | |
| A2d | H/I 4. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir | | |
| A2e | H/I 5. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » | | |
| A2f | H/I 6. Parle souvent trop | | |
| A2g | H/I 7. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée | | |
| A2h | H/I 8. A souvent du mal à attendre son tour | | |
| A2i | H/I 9. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par exemple, fait irruption dans les conversations ou les jeux) | | |
| Nombre total de critères d'Hyperactivité et d'Impulsivité | | <input type="text"/> / 9 | <input type="text"/> / 9 |

Formulaire de cotation

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| DSM-IV critère A | <p>Enfance Le nombre de symptômes du critère A est-il ≥ 6? Le nombre de symptômes du critère H/I est-il ≥ 6?</p> <p>Age adulte* Le nombre de symptômes du critère A est-il ≥ 6? Le nombre de symptômes du critère H/I est-il ≥ 6?</p> | <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non |
| DSM-IV critère B | Y a-t-il des indications en faveur de la persistance sur la vie entière d'un ensemble de symptômes et d'une altération du fonctionnement? | <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non |
| DSM-IV critères C et D | Présence de symptômes et d'une altération du fonctionnement dans au moins deux types différents d'environnement Enfance Age adulte | <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non |
| DSM-IV critère E | Les symptômes ne peuvent pas être (mieux) expliqués par la présence d'un autre diagnostic de trouble psychiatrique | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, par <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| | <p>Le diagnostic est-il conforté par des informations collatérales?</p> <p>Parent(s)/frère/sœur/autre, par exemple <input style="width: 100px;" type="text"/> **</p> <p>Partenaire/ami proche/autre, par exemple <input style="width: 100px;" type="text"/> **</p> <p>Livrets scolaires</p> <p>0 = aucun/faible support 1 = quelque support 2 = support net</p> | <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Détails: <input style="width: 150px; height: 40px;" type="text"/> |
| | Diagnostic TDAH*** | <input type="checkbox"/> Non Oui, sous-type <input type="checkbox"/> 314.01 Type combiné <input type="checkbox"/> 314.00 Type inattentif prédominant <input type="checkbox"/> 314.01 Type hyperactif/impulsif prédominant |

* Certaines recherches ont suggéré qu'à l'âge adulte, quatre critères au moins de déficit attentionnel et/ou d'hyperactivité-impulsivité seraient suffisants pour porter le diagnostic de TDAH. Kooij et al.: Internal and external validity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine* 2005; 35(6):817-827. Barkley RA: Age dependent decline in ADHD: True recovery or statistical illusion? *The ADHD Report* 1997; 5:1-5.

** Indiquez la personne qui a fourni l'information collatérale.

*** Si les sous-types établis sont différents dans l'enfance et à l'âge adulte, le sous-type à l'âge adulte prévaut pour le diagnostic.

DIVA 2.0

FRANÇAIS

DIVA
Foundation

*entretien diagnostique
pour le TDAH
chez l'adulte*

F. Bibliographie

Aagaard L., Hansen EH. (2011). The occurrence of adverse drug reactions reported for ADHD medications in the pediatric population : a qualitative review of empirical studies. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 7, 729-744

Adler L.A. (2004). « clinical presentations of adults patients with ADHD », *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (suppl 3), 8-11.

Albaret J.M., Marquet-Doléac J., Soppelsa R. (2010). Evaluation neuropsychologique et psychomotrice des troubles attentionnels de l'enfant. In O. Revol & V. Brun (Eds.), *Trouble Déficit de l'attention avec ou sans Hyperactivité* (pp.12-22). Paris: Masson.

Arria AM, Caldeira K.M., O'Grady KE et al. (2008). Nonmedical use of prescription stimulants among college students : associations with ADHD and polydrug use. *Pharmacotherapy*. 28(2) : 156-69.

Bange F., Mouren M.C. (2009). *Comprendre et soigner l'hyperactivité chez l'adulte*, ed Dunod.

Bange F. (2014). *Aide-mémoire des TDA/H*. ed Dunod

Biederman J., Manuteaux M.C., Nick E., Spencer T., Wilens T.E. et al. (2006). « Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder : a controlled 10-year follow-up study », *Psychological Medicine*, 36(2) : 167-179.

Blondeau, C., Rénéric, J. P., Martin-Guehl, C., & Bouvard, M. (2009, April). Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité à l'âge adulte: concept, tableau clinique, stratégies diagnostiques et thérapeutiques. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 167, No. 3, pp. 234-242). Elsevier Masson.

Brown T.E. (1996). *Brown Attention Deficit Disorder Scales*, San Antonio, The Psychological Corporation.

Chagneau, J., & Soppelsa, R. (2010). Protocole de rééducation d'enfants porteurs d'un TDA/H par une technique de résolution de problème. *Entretiens de Psychomotricité 2010*, 19-31.

Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. (1999). Adult ADHD Rating Scale, Technical Manual, New York, Multi-Head Systems.

Delignières, D. (1993). Anxiété et performance. *Cognition et performance*, 235-254.

Dodson W.W. (2005). « Pharmacotherapy of adult ADHD », *Journal of Clinical Psychology*, 61(5) : 589-606.

Faranoe S.V., Spencer T., Aleardi M. (2004). « Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder », *Journal of clinical Psychopharmacology*, 24, 24-29.

Gross-Tsur V, Shalev RS, Amir N. Attention-deficit disorder: Association with familial-genetic factors. *Pediatric Neurology*.1991;7:258–261.

Hallowell E.M., Ratey J.J. (1994). *Driven to Distraction : Recognizing ans Coping with Attention Deficit Disorder from Childhood through Adulthood*, New York, Pantheon.

Koesters M., Becker T., Kilian R., Fegert J.M., Weinmann S. (2008). « Limits of meta-analysis : methylphenidate in the trearent if adult attention-deficit hyperactivity disorder », *Journal of Psychopharmacology*, Jun 18.

Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch*. 8^e éd. Leipzig 1915.

Lackshchewitz H. Hüther G., Kröner-Herwig B. (2008). « Physiological and psychological stress responses in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) », *Psychoneuroendocrinology*, 33(5) : 612-24.

Marquet-Doléac J., Soppelsa R., Albaret J.M. (2005). « La rééducation du Trouble Déficit de l'Attention/hyperactivité : approche psychomotrice » *Neuropsychology news*, 4, 94-101.

Marquet-Doléac J., Soppelsa R., Albaret J.M. (2010). TDA/H: des modèles théoriques actuels à la prise en charge, l'approche psychomotrice. In O. Revol & V. Brun (Eds.), *Trouble Déficit de l'attention avec ou sans Hyperactivité* (pp.65-75). Paris: Masson

Minde K., Eakin L., Hechtman L. (2003). « The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44,637-646.

Philippe J., Paul-Boncour G. (1905). *Les Anomalies mentales chez les écoliers, étude médico-pédagogique*, Paris, Alcan.

Rosler M., Fischer R., Ammer R., Ose C., Retz W. et al. (2009). « A randomised, placebo-controlled, 24-week, study of low-dose extended release methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(2) : 120-129.

Rostain A.L., Ramsay J.R. (2006). « A combined treatment approach for adults with ADHD – results of an open study of 43 patients », *Journal of Attention Disorders*, 10(2) : 150-9.

Ryback Y.E., McNeely H.E., Mackenzie B.E., Jain U.R., Levitan R.D. (2007). « Seasonality and circadian preference in adult attention deficit/hyperactivity disorder », *American Journal of psychiatry*, 157 (3), 466-468.

Safren S.A., Otto M.W., Sprich S., Winett C.L., Wilens T.E., et al. (2005). « Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms », *Behaviour Research And Therapy*, 43(7) : 831-42.

Solento M.V., Marks D.J., Mitchell K.J., Wasserstein J., Kofman M.D. (2008). « Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD », *Journal of Attention Disorders*, 11(6) : 728-36.

Tucha L., Tucha O., Laufkötter R., Walitza S., Klein H.E., et al. (2008). « Neuropsychological assessment of attention in adults with different subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder », *Journal of Neural Transmission*, 115(2) : 269-78.

Vincent A. (2014). *Mon cerveau a encore besoin de lunettes*, collection psychologie.

Virta M., Vedenpaa A., Gronroos N., Chydenius E., Partinen M. (2008). « Adults With ADHD Benefit from Cognitive Behaviorally Oriented Group Rehabilitation », *Journal of Attention Disorders*, 12(3) : 218-26.

Weiss G., Hechtman L., Perlman T., Hoptkins J., Wener A. (1979). « hyperactives as young adults : a controlled prospective ten-year follow-up of 75 children », *Archive of General Psychiatry*, 36, 675-681.

Weiss G., Hechtman L., Milroy T. (1985). « Psychiatric status of hyperactive as adults : a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 211-220.

Wender P.H. (1995). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. New York, Oxford University Press.

Wender P.H., Ward M.F., Reimherr F.W. (2000). « ADHD in adults », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 543.

Wilens T.E., McDermott S.P., Biederman J., Abrantes A., Hahees A., Spencer T.J. (1999). « Cognitive therapy in the treatment of adults with ADHD : a systematic chart review of 26 cases », *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 13, 215-227.

Ce mémoire a été supervisé par Mr Albaret Jean-Michel.

Résumé :

La psychomotricité a-t-elle sa place dans la prise en charge du Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) chez l'adulte ? Une revue de littérature est effectuée dans ce mémoire. Il regroupe un ensemble de connaissance actuelle sur le syndrome et le traitement de cette pathologie chez l'adulte. On abordera également une réflexion sur l'efficacité, chez un patient sous traitement médicamenteux, d'une prise en charge de la symptomatologie en psychomotricité. Ce mémoire décrit la rééducation réalisée avec le patient. Un lien est fait entre l'évolution subjective (entretien) et objective (tests standardisés) du patient.

Mots clefs : trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité chez l'adulte, méthylphénidate, systèmes attentionnels.

Summary :

Psychomotor she has a place in the treatment of Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity (ADHD) in adults ? A literature review was performed combining current knowledge about the syndrome and treatment of this pathology in adults. It will also address a reflection on efficiency, (with patient on medication), a support syndrome symptomatology as in personal and professional life. This paper describes the rehabilitation carried out with the patient. A link is made between the subjective (talks) and objective (standardized tests) of the patient.

Key words : ADHD, méthylphénidate, mental image, autocontrol, attention deficit hyperactivity disorder, attentional system.