



**TDAH et troubles du comportement :
comprendre pour mieux intervenir auprès
des enfants en situation de vulnérabilité**

Durée de la formation : 1h 30



TDAH et troubles du comportement

Document d'accompagnement et de prises de notes

Février 2018

1.3 Experts consultés pour cette formation

Experts consultés pour cette formation

Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec | Pour mieux soigner.

Cliquez sur la photo de chaque intervenante pour consulter leur biographie.



D^{re} Leila Ben Amor,
pédopsychiatre



D^{re} Anne-Marie Bureau,
médecin de famille



Maude Julien
Infirmière

1.4 Introduction

Troubles d'attention et du comportement

VULNÉRABILITÉ

Difficultés d'attention

DIFFICULTÉS PASSAGÈRES

Comportements difficiles,
voire problématiques

TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX

1 CAUSES ET MANIFESTATIONS DES TROUBLES D'ATTENTION ET DU COMPORTEMENT + COMORBIDITÉS

2 ÉTUDE DE CAS ET INTERVENTIONS EN PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ

1.5 E02 - Plan de formation

TDAH et troubles du comportement

Objectifs pédagogiques

- Reconnaître et distinguer les manifestations des troubles d'attention et des troubles du comportement
- Décrire les comorbidités qui peuvent accompagner ces troubles
- Reconnaître les sources biologiques et environnementales de ces troubles chez les enfants en situation de grande vulnérabilité
- Décrire les leviers utilisés en pédiatrie sociale en communauté pour intervenir sur ces enjeux



MODULE 1

- MODULE 01 -

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DES TROUBLES DE COMPORTEMENT ET D'ATTENTION

1.4 Les troubles du comportement



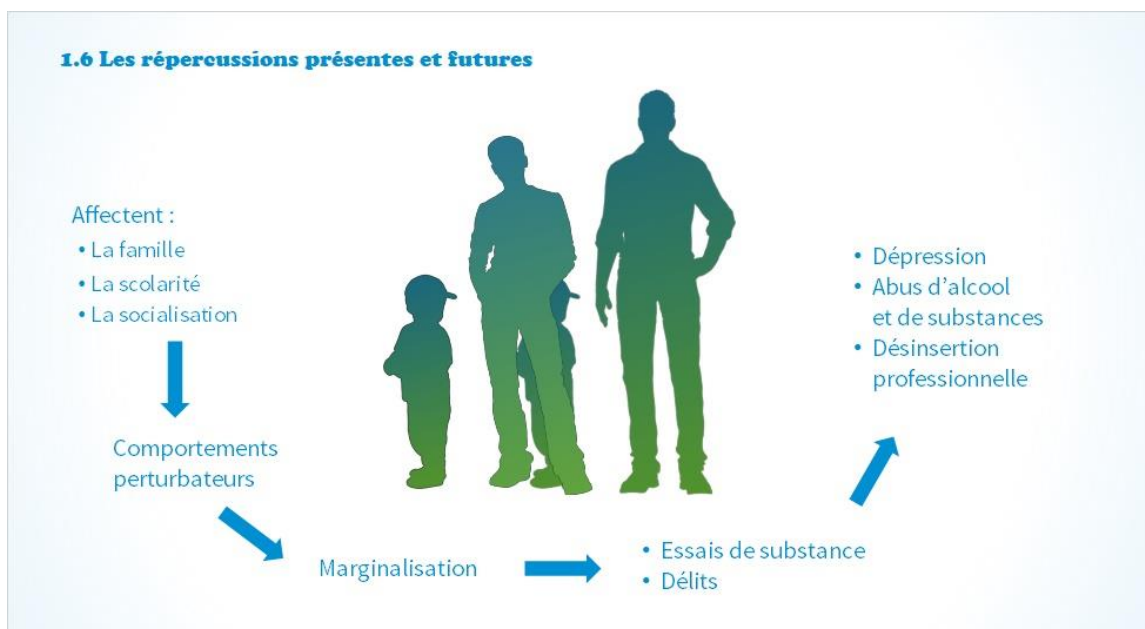
Points clés :

- 1 enfant sur 5 présente des problèmes de comportement
- 1 enfant sur 10 entre 3 et 4 ans présente des problèmes de comportement
- 98% des enfants avec un trouble du comportement ne sont pas traités convenablement
- Cela a un impact sur la réussite scolaire
- Affecte le fonctionnement de l'enfant et ses apprentissages
- La moitié des enfants gardent le diagnostic

1.5 Le TDAH et les troubles du comportement



1.6 Les répercussions présentes et futures



1.7 Les manifestations cliniques des troubles du comportement et d'attention

1.7 Les manifestations cliniques des troubles du comportement et d'attention

Plan de formation

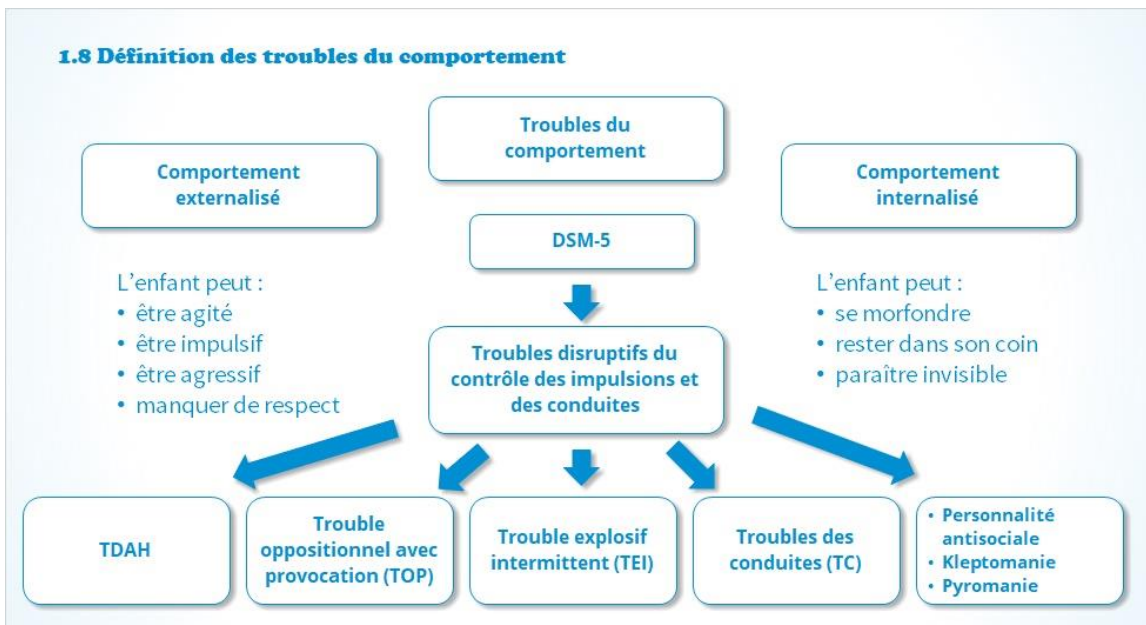
Les manifestations des troubles de comportements externalisés

Les critères de diagnostic des troubles de comportements externalisés

La prévention de ces troubles






1.8 Définition des troubles du comportement



1.9 Les troubles du comportement externalisés

1.9 Les troubles du comportement externalisés

Cliquez sur chaque enfant pour en savoir plus sur le trouble de comportement associé

<p>Dylan</p> 	<p>Eva</p> 	<p>Simon</p> 
<p>Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)</p>	<p>Trouble explosif intermittent (TEI)</p>	<p>Troubles des conduites (TC)</p>

1.9.1 Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP)

1.9.1 Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP)

Définition

- Présente des comportements :
 - négatifs
 - provocateurs
 - hostiles
- Se fâche souvent et rapidement
- Provoque les autres et cherche la bagarre
- Ne renonce pas à ses intentions

1.9.1 Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP)



Les manifestations du TOP

DX

- 4 critères durant les 6 derniers mois
- Comportements inadaptés comparés aux autres enfants du même âge

Cliquez sur chaque manifestation pour découvrir le critère associé

Colère et irritabilité

Querelle et provocation

Comportement vindicteur

Colère et irritabilité

- Se met souvent en colère
- Est susceptible et facilement agacé
- Est souvent fâché et plein de ressentiment

Querelle et provocation

- Conteste les adultes et l'autorité
- S'oppose et refuse de se plier aux demandes et aux règles
- Embête les autres
- Fait porter sur autrui la responsabilité de ses erreurs

Comportement vindicteur

- Se montre souvent méchant et vindicatif

1.9.1 Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP)



1.9.1 Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP)

Le traitement des TOP

Il n'existe pas de traitement pharmacologique pour les troubles oppositionnels.


↓

Il est important de mettre en place des interventions précoces.

↓

À l'adolescence, un TOP non traité peut devenir un trouble des conduites.

1.9.2 Le trouble explosif intermittent (TEI)



1.9.2 Le trouble explosif intermittent (TEI)

Définition

- Difficulté à contrôler :
 - l'impulsivité
 - l'agressivité

→

Non planifiée
- ↓

Motifs mineurs
- Présente des remords après un épisode agressif :
 - regrette et s'excuse
 - sait que son comportement n'est pas adéquat

1.9.2 Le trouble explosif intermittent (TEI)



↑

Les manifestations du TEI

DX

- Impulsion agressive récurrente
- Un ou l'autre des critères suivants

Cliquez sur chaque manifestation pour découvrir le critère associé

Agressivité verbale
ou physique

Crises explosives

Agressivité verbale ou physique

- Agressivité envers des biens, des animaux et des personnes
- Au moins 2 fois par semaine pendant 3 ans
- Pas de dommages ni de blessures d'autrui

Crises explosives

- Trois crises explosives pendant 12 mois
- Caused des dommages matériels ou blessures d'autrui

1.9.3 Le trouble des conduites (TC)



1.9.3 Le trouble des conduites (TC)

Définition

- Conduites répétitives et persistantes
- Ne respecte pas :
 - Les droits des autres personnes
 - Les règles sociales
- N'a pas de remords
- Tire une satisfaction de ses actes
- Pics d'agressivité :
 - vers l'âge de 3-4 ans
 - vers l'adolescence

1.9.3 Le trouble des conduites (TC)



1.9.3 Le trouble des conduites (TC) ↑

Les manifestations du TC

DX

- 3 critères pendant 12 mois
- 1 critère au cours des 6 derniers mois

Cliquez sur chaque manifestation pour découvrir le critère associé

- Agression envers des personnes ou des animaux
- Destructions de biens matériels
- Fraudes ou vols
- Violations graves des règles établies

Agression envers des personnes ou des animaux

- L'enfant brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes
- Commence les bagarres
- A utiliser une arme pouvant blesser sérieusement
- A fait preuve de cruauté physique envers des personnes
- A fait preuve de cruauté physique envers des animaux
- A commis un vol en affrontant la victime

Destructions de biens matériels

L'enfant a délibérément mis le feu à des objets ou des bâtiments ou détruit le bien d'autrui

Fraudes ou vols

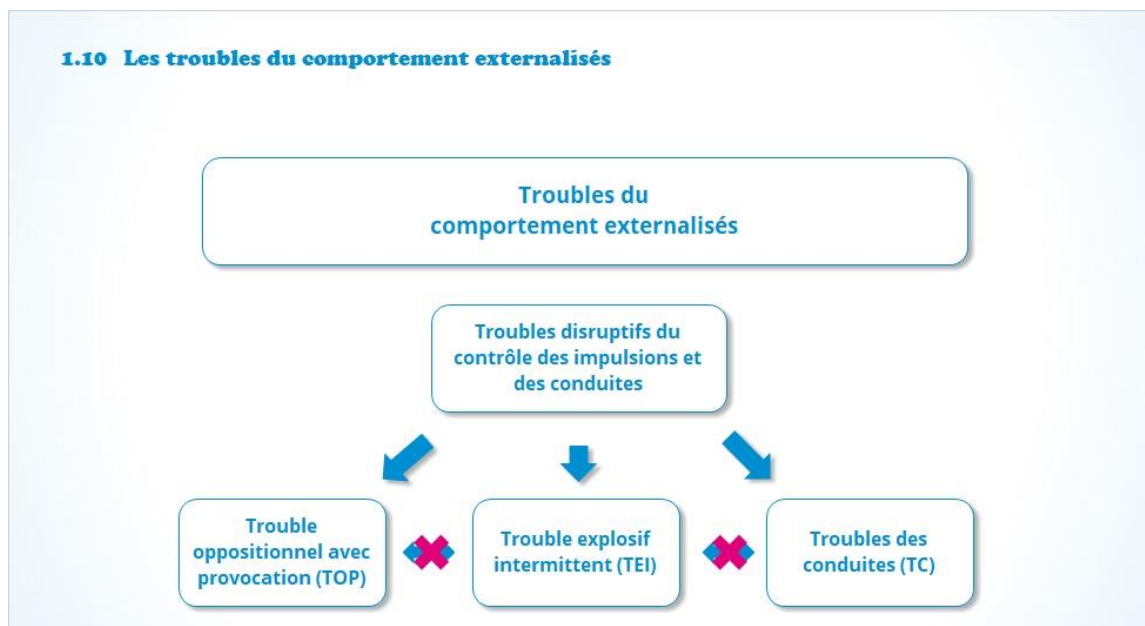
- L'enfant a pénétré par effraction chez autrui
- Ment pour obtenir des faveurs ou des biens, ou encore pour échapper à des obligations
- A commis des vols sans affronter les victimes

Violations graves des règles établies

L'enfant, avant ses 13 ans :

- Reste dehors tard la nuit, en dépit de l'interdiction de ses parents
- A par deux fois fugué et passé la nuit dehors
- A fugué une seule fois, mais durant une longue période
- A fait l'école buissonnière

1.10 Résumé des troubles du comportement externalisés



1.12 Conclusion



1.12 Conclusion

Les troubles du comportement sont l'une des pathologies les plus fréquentes en santé mentale chez les enfants.

Les troubles du comportement ont une incidence majeure sur :

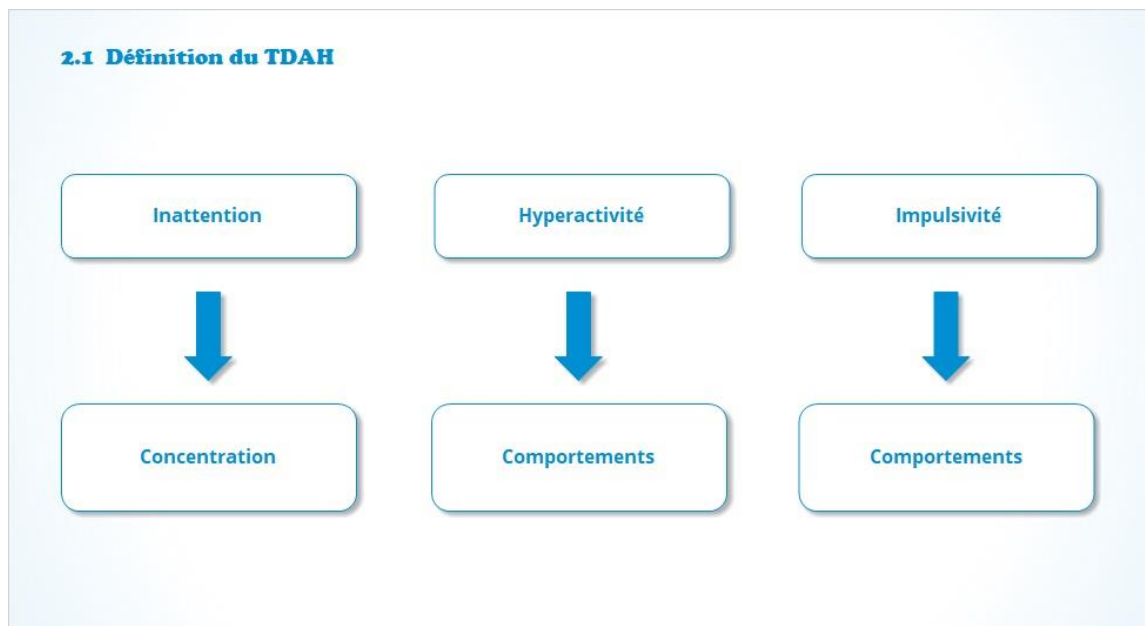
- la famille de l'enfant
- la scolarité de l'enfant
- la socioabilité de l'enfant

Un diagnostic et une intervention précoces peuvent éviter ou limiter les effets et les complications de troubles du comportement

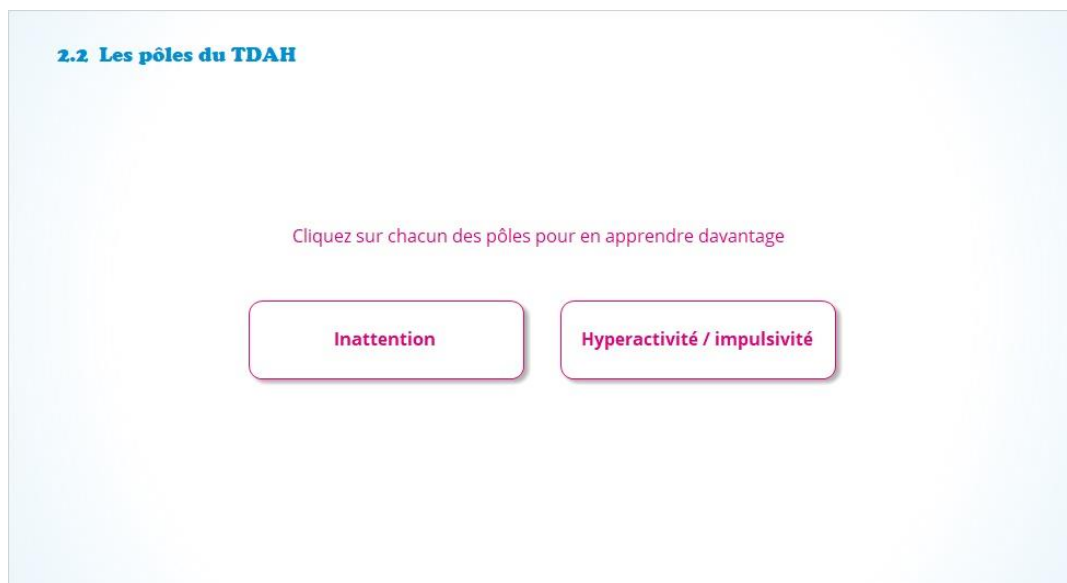
**Revenir
au menu principal**

2.1 Module 2 : Le TDAH avec ou sans hyperactivité

Définition du TDAH



2.2 Les pôles du TDAH



Inattention

L'enfant :

- Ne prête pas attention aux détails ou fait des fautes d'inattention
- Semble souvent ne pas écouter quand on s'adresse à lui personnellement
- A du mal à organiser ses travaux et ses activités
- Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités
- A souvent du mal à soutenir son attention sur des tâches ou des activités
- Ne se conforme pas aux consignes
- Évite, a en aversion, ou est réticent à s'engager dans des tâches qui nécessitent un effort mental soutenu
- Est facilement distrait par des stimuli externes
- A des oublis fréquents dans la vie quotidienne

L'hyperactivité et l'impulsivité

L'enfant :

- Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège
- Quitte souvent son siège dans les situations où il est supposé rester assis
- Court ou grimpe partout
- A souvent du mal à se tenir tranquille
- Est souvent « sur la brèche », agissant comme s'il était monté sur des ressorts
- Souvent, parle trop
- Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- A souvent du mal à attendre son tour
- Interrompt souvent les autres ou s'immisce dans les conversations et les jeux

2.3 Diagnostiquer le TDAH

2.3 Diagnostiquer le TDAH

3 conditions : ! Intervention

- | | | | |
|----------|-------------------------|---|---|
| 1 | Durée des comportements | ➔ | Au moins 6 mois |
| 2 | Comportements | ➔ | Au moins 2 environnements
(exemple : maison et école) |
| 3 | Comportements | ➔ | Interfèrent avec le fonctionnement et le
développement de l'enfant |

2.4 Les impacts du TDAH

2.4 Les impacts du TDAH

Cliquez sur chaque image pour découvrir les impacts que peut avoir le TDAH sur ce moment de la journée d'un enfant.



Avant l'école



À l'école



Après l'école



Au coucher

Avant l'école

L'enfant a des difficultés à se réveiller et se préparer pour aller à l'école. Il entretient des rapports très difficile avec les parents.

À l'école

Il a de moins bonnes notes, manque de concentration, a des comportements perturbateurs et à des difficultés dans les rapports avec les amis.

Après l'école

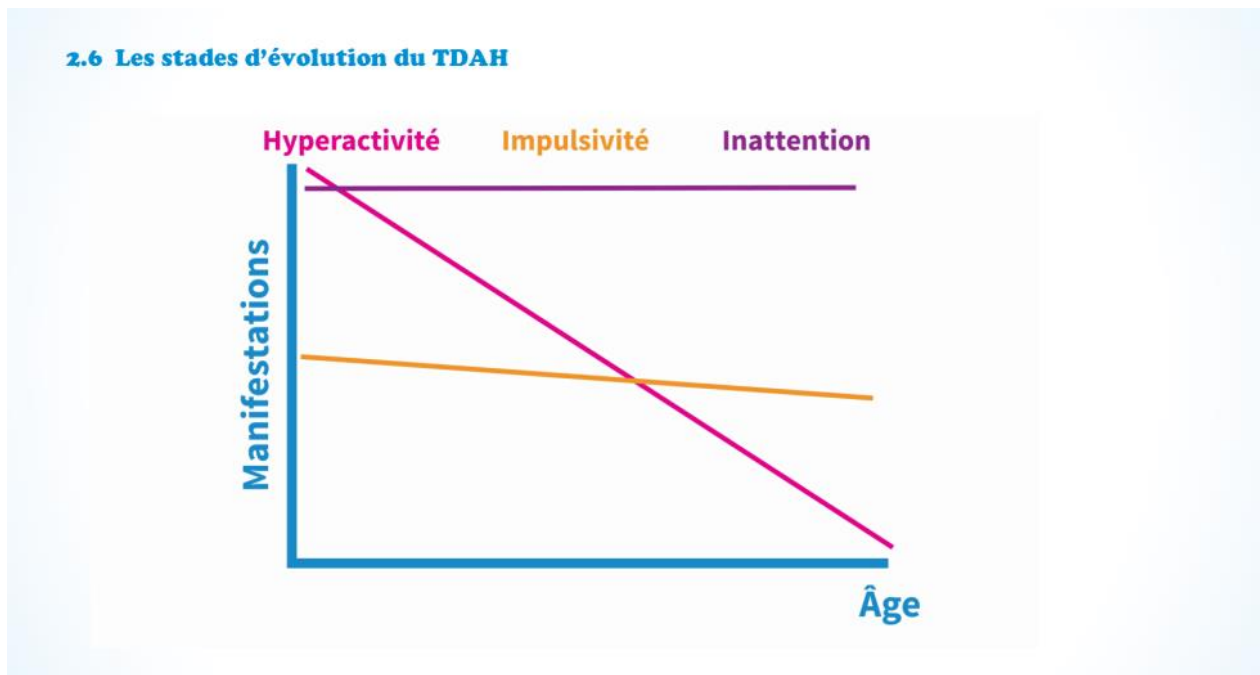
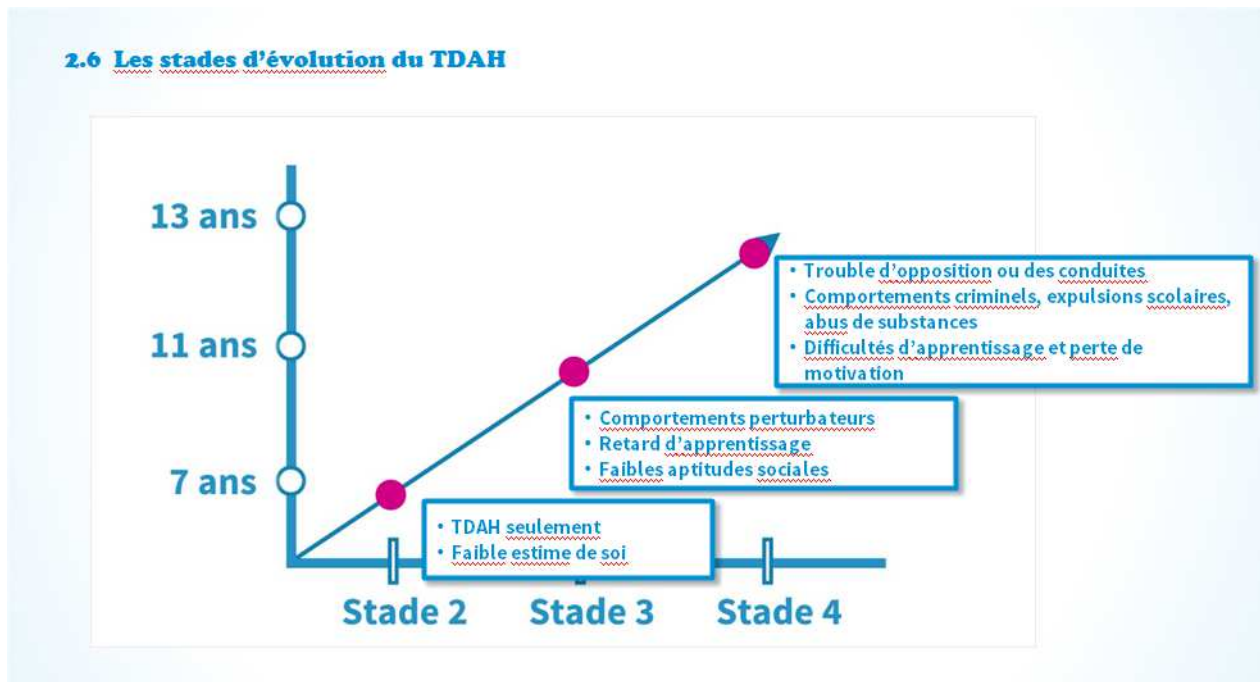
L'enfant a des difficultés dans les devoirs et les activités parascolaires, a un comportement à risque de blessures et a des difficultés à rester assis pendant le souper.

Au coucher

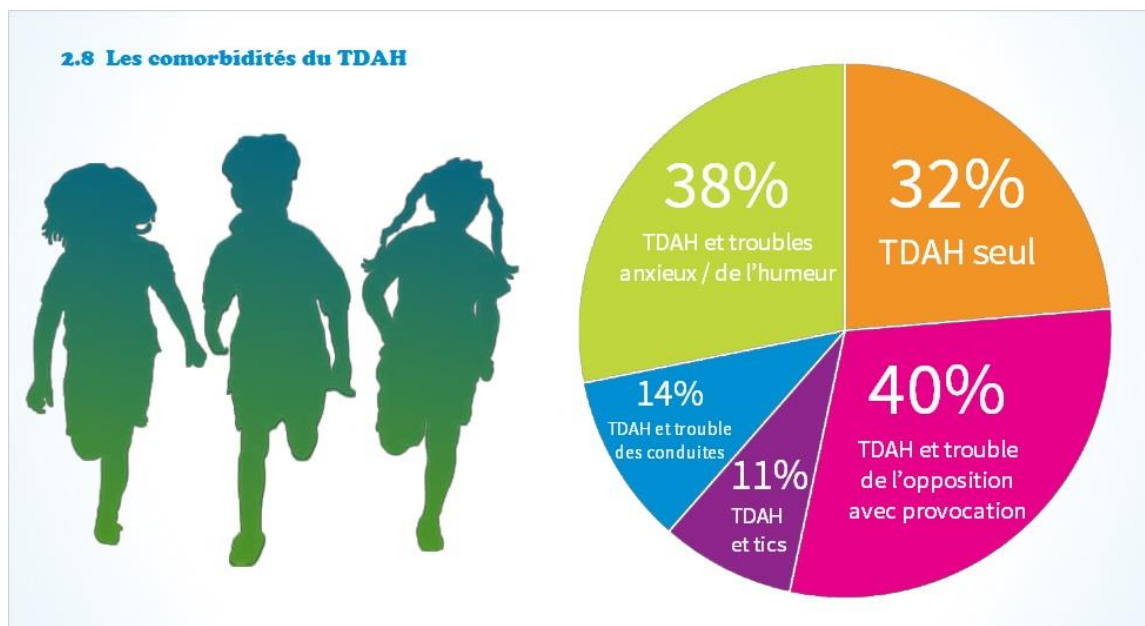
L'enfant a des difficultés à se préparer pour le couche, se calmer et s'endormir.

2.5 Vidéo 01 : Les impacts sur le cerveau

2.6 Les stades d'évolution du TDAH



2.8 Les comorbidités du TDAH



2.9 Les risques associés au TDAH non traité

2.9 Les risques associés au TDAH non traité

Un TDAH non traité augmente les risques de :

- Retards scolaires
- Grossesses à l'adolescence (7-8 fois plus)
- Maladies transmissibles sexuellement
- Abus de substances
- Blessures par accident (9 fois plus de consultations à l'urgence)
- Incarcérations
- Congédiements
- Tentatives de suicide



2.10 Conclusion



2.10 Conclusion

Le TDAH est un des troubles du comportement les plus fréquents.

Impulsivité **Hyperactivité** **Inattention**

↓ ↓ ↓

Impacts tout au long de la journée

Un TDAH non traité a des répercussions :

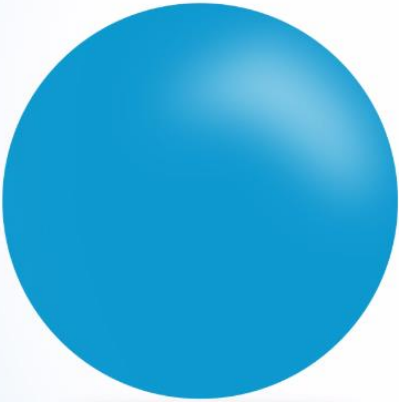
- Comorbidités
- Risques accrus associés (comportements criminels, expulsion scolaire, abus de substances)

[Revenir au menu principal](#)

3.1 Module 03

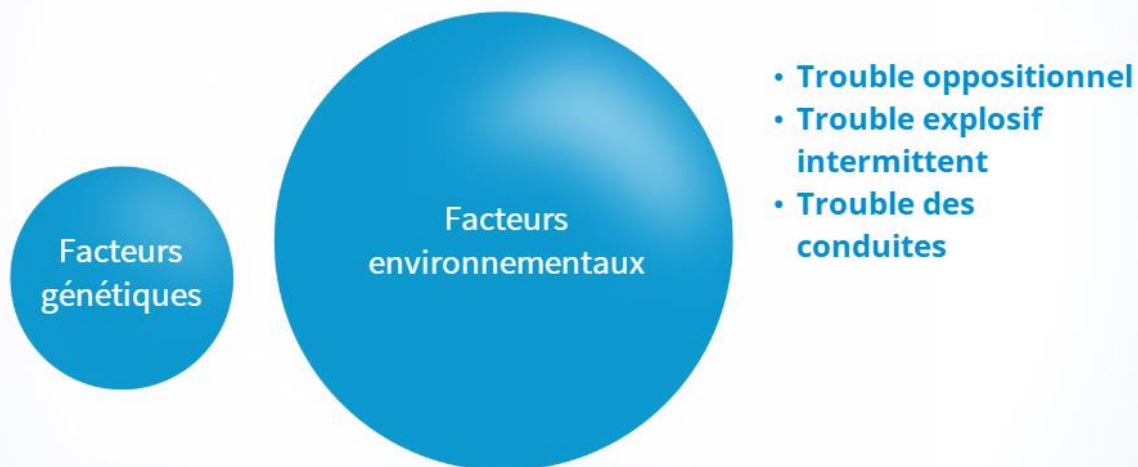
3.1 Les causes et facteurs de risques : Introduction

3.1 Les causes et facteurs de risques : Introduction



- **Facteurs génétiques**
- **Altération du cerveau**
 - Déficience intellectuelle
 - Traumatisme crânien
 - Facteurs neuranatomiques et neurochimiques
- **Facteurs environnementaux**

3.1 Les causes et facteurs de risques : Introduction



3.2 Les facteurs de risques

3.2 Les facteurs de risques

Cliquez sur chaque facteur pour en savoir un peu plus

Les facteurs génétiques

Les facteurs biopsychosociaux

Les facteurs sociaux

Les facteurs familiaux

3.1 Les facteurs génétiques

3.3.1 Les facteurs génétiques

Aucune étude n'a réussi à identifier clairement les gènes du TDAH

Hypothèse **1** → Les neurotransmetteurs ne fonctionnent pas correctement.

Hypothèse **2** → Il existe des différences entre le cerveau des enfants TDAH et ceux qui en sont exempts.

Ces facteurs n'expliquent pas à eux seuls la survenue du TDAH, ce qui confirme l'aspect multifactoriel du TDAH.

3.3 Les facteurs sociaux

3.3.3 Les facteurs sociaux

Niveau socio-économique Zone urbaine Mauvaises conditions de vie

↓ ↓ ↓


Troubles du comportement = Agrégation de facteurs

Par exemple :

Niveau socio-économique bas = ↑ Risque de consommation de drogues et tabagisme

3.2 Les facteurs biopsychosociaux

3.3.2 Les facteurs biopsychosociaux



Complications pré, péri et post-natales

- Tabagisme et consommation d'alcool/drogues
- Accouchement par césarienne
- Anesthésie durant l'accouchement
- Durée du travail
- Asphyxie périnatale
- Faible poids à la naissance
- Naissance prématurée
- Faible score Apgar

3.4 Les facteurs familiaux

3.3.4 Les facteurs familiaux

Poids important dans l'apparition des TC et du TDAH

Famille monoparentale

Dysfonctionnement familial

Historique de troubles psychiatriques



3.4 Les parents et le TDAH

3.4 Les parents et le TDAH

Dx de TDAH chez le parent
qui a un enfant TDAH

=

3 fois plus que dans la population générale

Les enfants sont plus à risque d'avoir un
TDAH persistant et durable




3.5 Vidéo 02 : Les caractéristiques des parents

Vidéo 02 : Deux facteurs de risque liés aux parents




Cliquez sur l'onglet pour démarrer la vidéo

3.6 Conclusion



3.6 Conclusion

Cause  **Effet**

Les troubles du comportement et le TDAH sont le résultat d'une agrégation de facteurs :

- génétiques
- biologiques
- sociaux
- familiaux

Il est possible d'intervenir de façon précoce sur ces comportements.

Cette intervention peut éliminer ou réduire les impacts de TC sur le développement de l'enfant.

[Revenir au menu principal](#)

4.1 Module 4

4.2 Les leviers utilisés en PSC

4.1 Les leviers utilisés en pédiatrie sociale en communauté

Les études de cas

Les troubles du comportement et d'attention sont le résultat d'une agrégation de facteurs génétiques, sociaux et familiaux.


L'approche en pédiatrie sociale en communauté vise à travailler en amont pour intervenir efficacement sur les manifestations.

Cliquez sur le cas de Joaquim pour commencer.

[Le cas de Joaquim](#) [Le cas de William](#)



4.3 Les leviers utilisés en PSC



Joaquim

4.2 Les leviers utilisés en PSC

Introduction

Joaquim, 3 ans 1/2, visite le centre de PSC pour la première fois avec sa mère et une intervenante communautaire. Il est dirigé vers le centre pour des difficultés de comportement.

La famille fréquente un centre communautaire. Joaquim participe à des activités de groupe 4 fois par semaine.

Lire la présentation de l'étude de cas

4.4 Présentation de l'étude de cas

Selon son éducatrice, Joaquim est un enfant sociable, mais il écoute très peu et s'oppose beaucoup. Il n'est cependant pas violent. À la maison, toutefois, il lui arrive de faire mal à sa petite soeur de deux ans. Il bouge tout le temps, ce que nous confirme aussi la maman.

L'éducatrice remet en question la capacité de compréhension de Joaquim. En effet, il ne fait pas de phrases complètes et a des difficultés de prononciation. Il faut noter qu'on lui parle deux langues à la maison, soit l'anglais puisqu'il est né aux États-Unis d'un père américain, et le français parce que sa mère, qui en a la garde, est francophone. Lui-même mélange les deux langues. Lorsqu'on le questionne, il répète la question avant de répondre.

On le trouve parfois lunatique. Joaquim aime fixer les lumières et les roues des petites autos. On ne note pas de rigidités et le contact visuel est normal.

On rapporte enfin unanimement un côté impulsif assez constant chez Joaquim. Son agitation dépasse même celle des enfants les plus agités.

L'histoire médicale de Joaquim est complètement normale. La grossesse et l'accouchement de la mère se sont également bien déroulés. Lors de l'examen, on note que Joaquim s'exprime dans un jargon à lui. Quelques mots sont plus compréhensibles. Il est agité et éparpillé. Il est aussi très verbal, vif, sociable et intelligent.

L'examen est normal, sauf une légère torsion tibiale qui inquiète beaucoup la mère. Son sommeil et son alimentation semblent appropriés et il est complètement continent.

4.9 Le plan d'action



4.8 Le plan d'action

L'approche en pédiatrie sociale en communauté

- 1 Éliminer les hypothèses qui peuvent expliquer les comportements agités.
 - Demande de test d'audition pour vérifier l'ouïe
- 2 Mettre en place des interventions pour développer le langage et l'organisation de Joaquim.

4.10 L'encadrement de Joaquim

4.9 L'encadrement de Joaquim

Un TDAH est peut-être en émergence chez Joaquim.

Mise en place d'interventions appropriées



- Stimulation intensive
- Encadrement suffisant

A la maison et à la garderie


1 Mise en place d'activités de stimulation

2 Mise en place des mêmes routines

↑
Langage

↑
Organisation

4.11 Conclusion du cas de Joaquim



Joaquim

4.10 Conclusion

Le cas de Joaquim :

L'équipe de PSC décide de ne pas donner de médication à Joaquim. Il est jeune et sa mère et son éducatrice arrivent à composer avec ses comportements.

Joaquim dort bien, mange bien et est sociable. On peut valider l'hypothèse du langage et tester d'autres options sans lui nuire.

L'équipe de PSC reverra Joaquim et sa famille dans quatre mois pour un suivi.

4.12 Les études de cas

4.11 Les leviers utilisés en pédiatrie sociale en communauté

Les études de cas

Les troubles du comportement et d'attention sont le résultat d'une agrégation de facteurs génétiques, sociaux et familiaux.

L'approche en pédiatrie sociale en communauté vise à travailler en amont pour intervenir efficacement sur les manifestations.

Cliquez sur le cas de William pour commencer votre approche.

Le cas de Joaquim

Le cas de William



4.13 Le cas de William



4.12 Le cas de William

Introduction

William, 7 ans, est vu en clinique pour une évaluation de TDAH. La médication est envisagée.

Présents lors de la rencontre:

- William et ses parents
- La psychoéducatrice de l'école
- La travailleuse sociale
- L'infirmière
- Le médecin

Lire la présentation de l'étude de cas

4.14 Présentation de l'étude de cas - William

William est un garçon de sept ans en bonne santé générale. Il est né à terme d'une grossesse sans particularités. Il ne prend aucune médication. Les parents ne savent pas si ses vaccins sont à jour. Il a tendance à être constipé depuis son entrée à la garderie.

William a toujours vécu avec ses deux parents et ses quatre frères et soeurs. La famille est en bonne santé. Les deux parents travaillent actuellement de soir depuis six mois. La famille vit dans un appartement 5 1/2. William partage sa chambre avec ses deux frères plus vieux. Ils ne reçoivent pas de services du CLSC.

William a eu un développement sans particularités. À la garderie, il n'a jamais eu de problèmes de comportement. Les parents disent qu'il a tendance à faire beaucoup de crises de colères à la maison depuis quelques mois. Ils trouvent que le meilleur moyen de contrôler ses épisodes est d'éviter de le contrarier, de cette façon, les crises durent moins longtemps. Le soir, à la maison, il se dispute fréquemment avec ses frères et soeurs et utilise souvent la violence physique. Son père a dû le maintenir au sol quelques fois dans les dernières semaines pour protéger les autres. Il lui arrive de regretter ce qu'il a dit ou fait pendant ces crises.

La psychoéducatrice vous dit que William a beaucoup de difficultés à se concentrer en classe. Il se lève fréquemment de sa chaise. Il refuse parfois de faire certaines tâches. Par contre, lorsqu'il commence un travail qui l'intéresse, il peut le terminer en quelques minutes à peine sans trop d'erreurs. Il s'isole de plus en plus dans la cour d'école, car il a tendance à entrer en conflit avec les autres élèves. Il a de la difficulté à respecter les règles de jeux avec les autres. Face à un refus à l'école, il peut faire des crises de

colère impressionnantes pour le personnel. La psychoéducatrice doit souvent intervenir. Il n'a toutefois pas de suivis réguliers avec elle.

William est en échec dans la majorité des matières depuis le début de l'année scolaire. Il ne fait presque jamais ses devoirs.

Il se plaint souvent de maux de ventre à l'école, ce qui inquiète le professeur. Il dit avoir mal au ventre tous les jours. Il n'a jamais mal au ventre la nuit. Il fait des selles un jour sur deux ou un jour sur trois. Ses selles sont dures et font mal lors de la défécation. Il lui est déjà arrivé de bloquer la toilette, c'est pourquoi il se retient d'y aller à l'école. Il n'a pas de sang dans ses selles. Il n'a pas perdu de poids récemment. Il n'y a pas non plus eu de changements d'appétit ni de vomissements.

Son sommeil est normal. Son alimentation est faible en fruits et légumes et il s'hydrate peu. Le reste du questionnaire est sans particularité.

4.15 Présentation de l'étude de cas – William – L'examen physique

William suit sa courbe de croissance. Sa tension artérielle est normale. Ses vêtements ont plusieurs taches et William dégage une odeur nauséabonde. Il a les ongles longs et sales. Ses cheveux sont longs et en bataille.

À l'examen de la bouche, vous remarquez plusieurs caries.

Lorsqu'il se met en sous-vêtements pour l'examen des membres inférieurs, vous remarquez une tache de selles sur sa culotte. Son abdomen est normal. Ses examens neurologiques des membres inférieurs et de sa colonne sont normaux. Son examen est sans autres particularités.

Vous vérifiez son carnet. Il n'a pas reçu de vaccins depuis ceux de 12 mois.

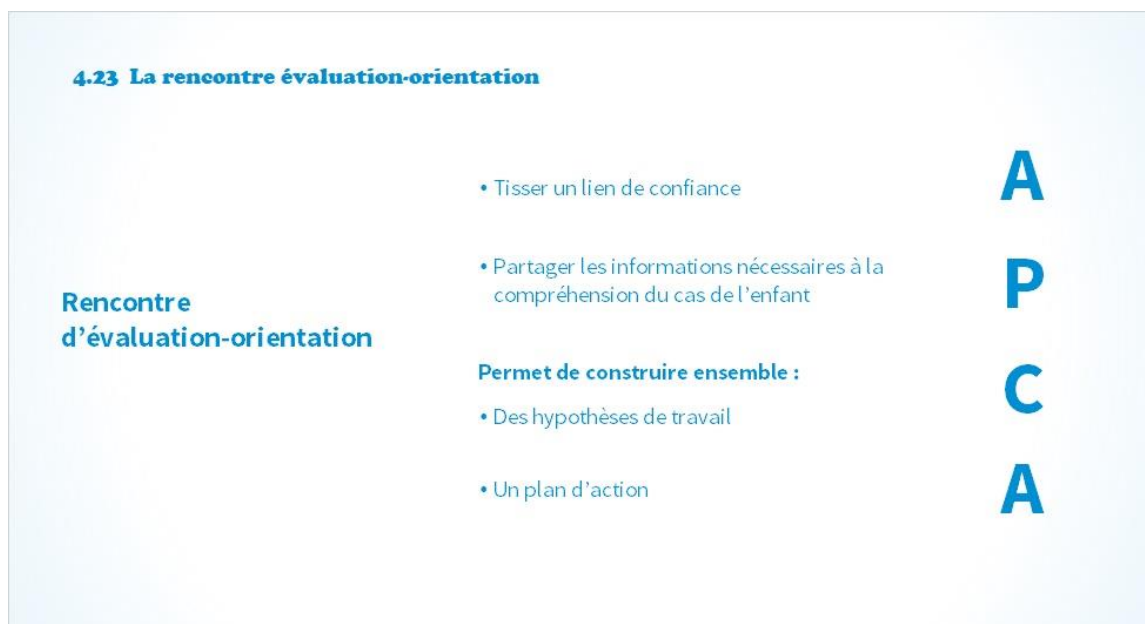
Pendant l'examen physique, les parents discutent avec le travailleur social. Ils confient que les derniers mois ont été éprouvants pour la famille. Le parrain de William est décédé par suicide il y a quelques semaines. William et lui étaient très proches, mais il refuse d'en parler avec sa famille. Les parents sont tristes d'apprendre aujourd'hui que William a autant de difficultés à l'école. Ils mentionnent qu'il n'a jamais eu de difficultés et qu'ils avaient beaucoup d'espoir en sa réussite scolaire. Ils avouent avoir perdu un peu le fil, car ils sont absents les soirs de semaine. Les parents vivent aussi actuellement des difficultés conjugales et ont failli se séparer cette année. Ils ont décidé de rester ensemble, mais les conflits sont encore fréquents entre eux et ils peuvent parfois "se crier dessus".

Lorsque vous revenez à la table avec William, la travailleuse sociale tente d'ouvrir sur le sujet de son oncle avec lui. Il dit qu'il n'a pas envie d'en parler.

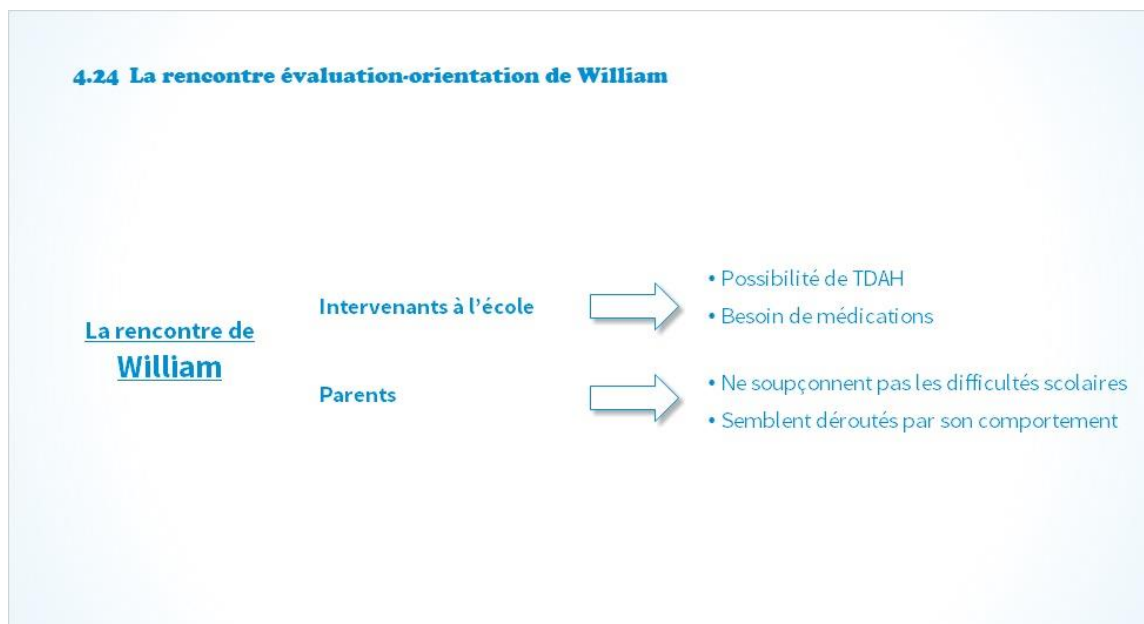
4.23 Le plan d'action



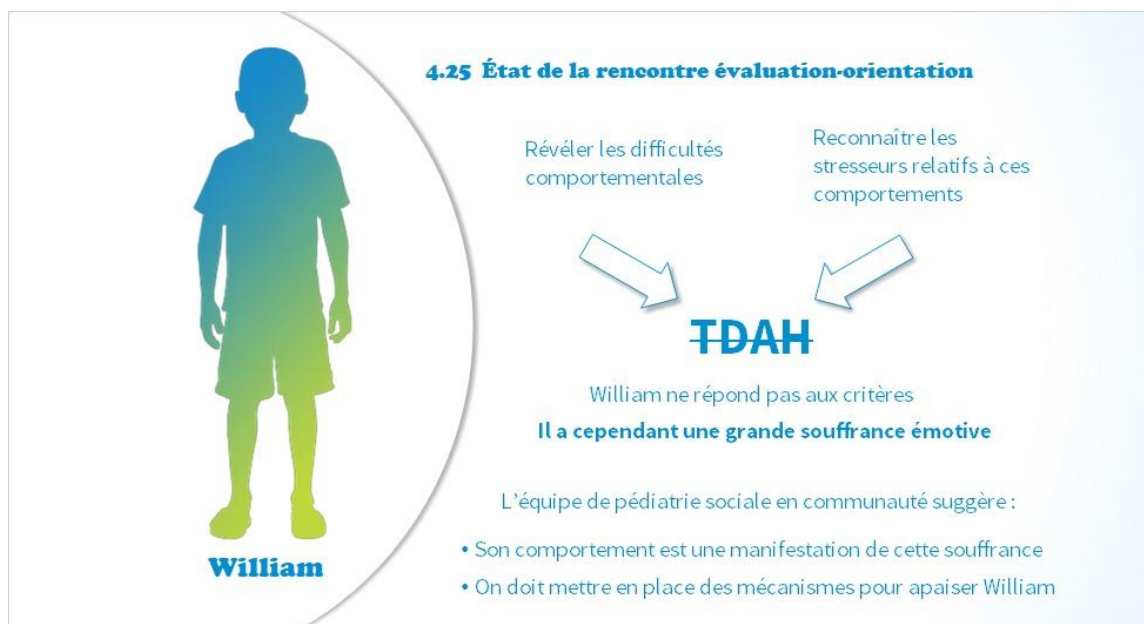
4.24 La rencontre évaluation-orientation



4.25 La rencontre évaluation-orientation



4.26 État de la rencontre évaluation-orientation




4.27 La construction de solutions

4.26 La construction de solutions pour créer des succès et des expériences positives

Intérêt / rêves / talents

<p>1</p>	<p>Proposer une activité qui plaira à William</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'inscrire à une activité sportive ou de loisir • L'inviter au centre de PSC 	<ul style="list-style-type: none"> • Découvrir et apprivoiser William • Tisser un lien de confiance avec lui
<p>2</p>	<p>Rencontre avec les parents</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre la réalité des parents • Saisir ce que les parents souhaitent mettre en place pour William 	<ul style="list-style-type: none"> • Tisser un lien de confiance avec la famille • Permettre à tous d'approfondir leur compréhension de la situation

4.28 Conclusion



William

4.27 Conclusion

Certains enfants peuvent sembler avoir des troubles du comportement ou des TDAH, mais n'adhèrent pas aux critères de diagnostic de ces conditions.

Ces comportements perturbateurs sont souvent le résultat d'un contexte de vie difficile.

Il est nécessaire de :

- Reconnaître les stresseurs dans la vie de l'enfant
- Effectuer une évaluation globale de l'enfant

Le cas de William :

La psychothérapeute de l'école peut mettre en place des interventions qui répondent aux besoins de William.

L'équipe de PSC reverra William et sa famille dans quelques mois pour faire le point et ajuster le plan d'action.