



Université Abderrahmane Mira - Bejaia

*Faculté des Sciences humaines et
sociales
Département de psychologie et
d'orthophonie*

*Option : pathologies du langage et de la
communication*

*Mémoire
En Vue de L'obtention du diplôme de fin de cycle*

Thème

**Les manifestations symptomatiques du trouble déficitaire de
l'attention avec ou sans hyperactivité
chez les enfants ayant un trouble du spectre autistique**

Réalisé par :

- *Benmeziane Chanez*
- *Bennacer Wissam*

Encadré par : Mme Bouzid Baa Saliha

Promotion

2022-2023

Remerciement

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à « DIEU » le tout puissant.

Et à l'aide de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je remercie en premier lieu Mes chères parents pour leurs soutient, leurs encouragements, leurs bienveillances, et leurs douaa, car sans eux je ne serai pas arrivé là.

Je remercie également mes frères et sœurs: Nadji, Samy, Céline, et Yasmine pour leurs encouragements et soutient.

Je remercie mes amis, Wissam pour sa bonne compagnie et sa complicité, et une autre personne qui m'est très cher et qui a toujours était là pour moi.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué au succès de mon stage et qui m'ont aidée lors de la rédaction de ce mémoire. En commençant par notre encadreur Madame Bouzid Baa Saliha pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je remercie tous les membres de l'Association d'Aide aux Enfants Autistes « D'un monde à l'autre », sans exception, ils ont été d'une grande aide dans leurs accompagnements, leurs conseils et leurs efforts lors de notre stage

À tous ces intervenants, je présente mes remerciements, mon respect et ma gratitude.

Chanez

Remerciements

Avant tout, nous tenons à remercier le Bon Dieu le tout puissant de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'aboutir à l'accomplissement de notre travail.

Un remerciement adressé à Mme Baa Bouzid Saliha pour le temps précieux qu'elle nous a consacré pour son orientation, encadrement et sa disponibilité durant tout le parcours de notre recherche.

On remercie le directeur de l'association De Béjaïa d'un monde à l'autre.

On remercie également les personnels techniques de notre bibliothèque pour leurs disponibilités.

Et à la fin on tient à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Wissam

DEDICACE

*Tout d'abord, je tiens à remercier DIEU De m'avoir donné la force et le courage de
mener à bien ce modeste travail.*

Je tiens à dédier cet humble travail à :

À ma tendre mère MALIKA et mon très cher père SMAIL

À mes sœurs : Céline et Yasmine

À mes frères : Nadji et Samy

À mon fiancé : Salah

À ma binôme : Wissam

À toute ma famille

À tous les étudiants de la promotion 2022/2023

A tous ceux qui, par un mot, m'ont donné la force de continuer

Tous ceux qui m'aiment et que j'aime

Chanez

DEDICACE

Avec un cœur plein de joie, de bonheur, d'amour et de fierté que je dédie ce modeste travail, à mes très chers parents qui sont la source de mon existence et qui m'ont accompagné durant tous mon parcours et je leurs dit Merci énormément pour leur soutien, encouragement et tous ce que vous m'avez offert.

A mes chère sœurs Nadira, Samia, Kahina, Siham, Anyes et Imane.

A mes nièces Zidane et Limai, mes deux princesses Alice et Aline.

A ma binôme Chanez

A mon fiancé Messaoud

Et à tous ceux et celles que J'aime et que j'ai oubliés de citer.

Wissam

La liste des Tableaux

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N°1 : Tableau de cotation du test SNAP-IV.

Tableau N°2 : Tableau récapitulatif des caractéristiques du groupe d'étude.

Tableau N°3 : La grille d'observation du 1^{er} cas

Tableau N°4 : Tableau des résultats du test SNAP-IV avec la maman du 1^{er} cas.

Tableau N°5 : Tableau des résultats du test SNAP-IV avec le psychologue du 1^{er} cas.

Tableau N°4 : La grille d'observation du 2^{-ème} cas.

Tableau N°5 : Tableau des résultats du test SNAP-IV avec le papa du 2eme cas.

Tableau N°6 : Tableau des résultats du test SNAP-IV avec le psychologue du 2eme cas.

Tableau N°7 : La grille d'observation du 3^{-ème} cas.

Tableau N°8 : Tableau des résultats du test SNAP-IV avec le papa du 3eme cas.

Tableau N°9 : Tableau des résultats du test SNAP-IV avec l'orthophoniste du 3eme cas.

Tableau N°10 : La grille d'observation du 4eme cas.

Tableau N°11 : Tableau des résultats du test SNAP-IV avec la maman du 4eme cas.

Tableau N°12 : Tableau des résultats du test SNAP-IV avec l'orthophoniste du 4eme cas.

La liste des Tableaux

La liste des abréviations

APA: Association Américaine de Psychiatrie.

ADHA: attention déficit hyperactivity disorder

ADEA: Association D'aide aux Enfants Autistes

CASD (Checklist for Autism Spectrum

Disorder)

CIM: Classification Internationale des Maladies

CRA: Clinical Research Associate

CFTMED: Classification Française des Troubles Manteaux de l'Enfant et de l'Adolescent

DSM: Manuel Diagnostique et Statistique des troubles

DSM-IV-TR: Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux selon la Quatrième édition

EEG: Électroencéphalographie

HAS: Haute Autorité de Santé

HI: Humanitarian Intervention

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PBS (PediatricBehaviorScale

PNS: Polymorphisme Nucléotidiques Simples

TAC: Trouble d'acquisition de la coordination.

TDAH: Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TCC: Thérapie Comportemental et Cognitive

TOP: Trouble de L'opposition avec Provocation

TC: Trouble des Conduites

TCA: Trouble du Comportement Alimentaire

TEACCH: (Treatment and Éducation of Autistic and Related Communication Handicapped Children) ou Traitement et Éducation des Enfants Handicapés de Communication

TED: Troubles Envahissants du Développement

TOC: Trouble Obsessionnel Compulsif

TSA: Trouble de Spectre Autistique

VNC : Variantes du nombre de copies

Sommaire

Introduction

Introduction :

Introduction :

La recherche autour du Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) est en progression constante depuis plusieurs années. Initialement centrée sur la triade caractéristique du trouble (inattention, hyperactivité, impulsivité), Ces difficultés, connues pour être déficientes chez les enfants atteints de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), sont ainsi devenues l'un des objectifs d'étude majeurs dans le TDAH au cours de la dernière décennie, en raison de la constatation clinique fréquente de difficultés pour ces enfants atteints d'un TSA. L'avènement du DSM 5, qui classe désormais cette pathologie parmi les troubles neurodéveloppementaux et permet le co-diagnostic avec un trouble déficit de l'attention, confirme le rapprochement depuis longtemps discuté au sein de la communauté scientifique entre ces deux pathologies. L'objectivation de ces difficultés sociales et leur caractérisation chez les enfants souffrant d'un TDAH restent cependant à préciser.

L'objectif de notre travail est de faire le point entre la comorbidité de ces deux trouble TSA et TDAH puis mettre en évidence les manifestations symptomatiques de ce de ce dernier chez les enfants ayant un TSA afin d'enrichir nos connaissances et permettre l'ouverture à la réflexion sur l'existence de l'inattention, de l'hyperactivité et de l'impulsivité chez les TSA.

Notre travail se devise en trois parties qui sont :

La première partie qui est consacrée à la théorie et qui se devise en 3 chapitres :

Le premier chapitre présente le cadre général de la problématique ou nous avons défini le concept d'autisme, puis nous avons présenté notre problématique ainsi que l'hypothèse de notre recherche ainsi que les études antérieures sur cette thématique.

Le deuxième chapitre est réservé au trouble du spectre autistique. Dans ce chapitre, nous avons commencé par un aperçu sur l'histoire du trouble, ses classifications puis nous nous sommes revenues sur la définition du TSA, sa sémiologie, ses caractéristiques diagnostique, les troubles associés, les signes d'alerte, le diagnostic et au final la prise en charge.

Le troisième chapitre est consacré au trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Nous avons commencé ce chapitre par un aperçu historique sur le TDAH, puis les définissons, ensuite nous avons présenté sa sémiologie et ses manifestations, puis nous avons présenté les critères diagnostique et les signes d'alerte, puis les causes, le retentissement que ce trouble à sur

Introduction :

l'enfant, le développement de l'enfant TDAH, et le TDAH chez l'adolescent et chez l'adulte, les troubles associés aussi , puis nous avons abordé le point essentiel de notre recherche qui est la comorbidité entre le TDAH et le TSA. Nous avons terminé cette partie avec le diagnostic et la prise en charge du trouble.

La deuxième partie qui est la partie méthodologique.

Le chapitre quatre est réservé à la méthodologie de la recherche. Dans ce chapitre qui est consacré à la méthodologie de notre travail, nous avons commencé par la pré-enquête qui est un élément primordial pour l'élaboration de notre recherche, puis la méthode utilisée, ensuite la présentation du lieu de stage et le groupe d'études, les outils d'investigations ;

Le cinquième chapitre est réservé à la présentation, l'analyse des résultats obtenus dans notre recherche et la discussion de l'hypothèse. Au final nous terminons notre mémoire par une conclusion qui présente une synthèse des résultats obtenus et qui ouvre de nouvelles perspectives de recherche.

Les raisons du choix du thème :

Les raisons pour lesquels ont c'est intéressé à ce thème sont :

- Les difficultés que les parents rencontrent chez leurs enfants TSA qui représentent de l'hyper activité, de l'impulsivité et de l'inattention.
- Les difficultés chez l'enfant avec TSA ayant un TDAH
- Les manifestations de deux trouble neurodéveloppementaux associé.
- L'actualité des recherches basés sur ses troubles associés.

Les objectifs de la recherche :

L'intérêt de notre recherche c'est basé sur l'association entre le trouble du spectre de l'autisme et le trouble déficitaire de l'attention. Nos objectifs se manifestent par :

- Une meilleure connaissance sur la comorbidité entre ces deux trouble (TSA+TDAH).
- Déterminer les difficultés que rencontre ces enfants autistes ayant un TDAH associé.
- Déterminer les manifestations des caractéristiques TDAH chez un enfant TSA.

Chapitre I : Le Cadre général de la problématique

Chapitre I : Le Cadre général de la problématique

Problématique :

Selon le Dictionnaire d'Orthophonie : l'autisme est considéré comme un trouble neurodéveloppemental affectant de façon sévère le développement, et en particulier la communication et le comportement de la personne, ayant une prévalence (selon les auteurs) de 2 à 5 cas pour 10000 enfants et qui affecte quatre fois plus de garçon que de fille. (Brin henry et all.,2008, P 32)

Les enfants autistes souffrent de problèmes langagiers qui se manifestent par un faible stockage lexical et une limitation à comprendre le langage parlé, des difficultés à exprimer leurs sentiments et émotions, un déficit de la communication sociale (langage et communication non verbale) associé à des intérêts restreint, répétitifs et stéréotypés. L'autisme apparait précocement au cours de la petite enfance et persiste à l'âge adulte. Les personnes touchées semblent souvent isolées, repliées dans leur monde intérieur ce qui les éloignent du monde réel et défavorise chez elles la capacité à établir des interactions sociales même avec les personnes de leur âge.

L'autisme a été décrit pour la première fois en 1943 par le psychiatre américain Léo Kanner comme un syndrome caractérisé par la précocité de sa survenue, une symptomatologie associant un isolement, une incapacité à se mettre en relation avec autrui, des troubles du langage, des comportements répétitifs et des activités limitées en spontanéité et en variété.

Depuis plusieurs décennies, diverses conceptions de ce trouble ont été exposées qui ont amené à des débats et parfois des polémiques quant à ses origines étiologiques pour arriver aujourd'hui à une version partagée par l'ensemble de la communauté médicale et scientifique internationale de trouble neurodéveloppemental classé dans la nosographie internationale comme Troubles Envahissant Du Développement. L'autisme se caractérise, sur le plan inter individuel, par l'extrême hétérogénéité de la symptomologie en termes de sévérité, de la présence ou non d'un déficit cognitif associé, et d'un accès au langage. (Lelord, Sauvage, 1990, p 119)

En 2013 la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux » Le DSM-5 a apporté une nouvelle appellation à ce trouble : « trouble du spectre de l'autisme ». Ce dernier Fait partie de l'ensemble des troubles

Chapitre I : Le Cadre général de la problématique

neurodéveloppementaux décrit dans le DSM-V. Ce trouble englobe quatre diagnostics précédents du DSM-IV : le trouble autistique (autisme), le syndrome d'Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance et le trouble envahissant du développement non spécifié. Selon le DSM-5, il s'agit d'un trouble habituellement présent dans la petite enfance, mais qui peut apparaître de façon plus évidente au moment de l'entrée à l'école. Ce trouble est caractérisé par un déficit persistant de la communication et des interactions sociales observés dans les contextes variés. - déficit de la réciprocité sociale ou émotionnel, un déficit des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales. (Crocq,M. Guelfi,JD. Pull, B. Pull, M,2015, P.55,56)

Ainsi, Selon l'OMS « Organisation Mondiale de la Santé » le TSA est un trouble envahissant du développement (TED), caractérisé par un développement anormal ou déficient, manifesté avant l'âge de trois ans, avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales réciproques, communication, comportements au caractère restreint et répétitif.

Les TSA sont associés à plusieurs troubles du développement neurologique, psychiatriques. En effet, 70 % des enfants autistes présentent au moins une affection psychiatrique concomitante et 41 % en présentent deux ou plus, les plus courantes étant l'anxiété sociale, le TDAH et le trouble oppositionnel avec provocation. Les adultes présentent également des taux élevés de comorbidité, les plus fréquents étant les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et le TDAH

(<file:///C:/Users/Micro/Downloads/Guide+TSA+et+DAH.pdf>).

Les enfants qui en souffrent rencontrent plus de difficultés quand le TDAH est associé. Ce dernier est souvent mal compris, le manque d'application pour les tâches étant souvent interprété comme de la paresse, un refus des responsabilités ou un comportement d'opposition. Les relations familiales sont souvent tendues, d'autant plus que les variations dans la symptomatologie font croire aux parents que la mauvaise conduite est délibérée.

La symptomatologie a tendance à s'aggraver dans les situations qui demandent un effort intellectuel soutenu ou celles qui manquent d'attrait et de nouveauté. Le TDAH est considéré comme un syndrome psychomoteur dont l'ensemble des symptômes s'insère dans un trépied symptomologie caractérisé par des troubles

Chapitre I : Le Cadre général de la problématique

perceptivo-moteur, des signes neurologiques doux et des troubles affectifs, psychologique et /ou psychopathologiques (Corraze,2010)

Selon Barkley, le TDA est d'abord un trouble du développement des capacités d'inhibition du comportement, ce désordre vient interférer avec le développement des capacités d'autorégulation qui sont associées en neuropsychologie aux fonctions exécutives.

La cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) indique que le TSA et le TDAH ne sont pas des affections mutuellement exclusives, mais qu'elles coexistent souvent chez la même personne. Le traitement du TSA est axé sur les déficits de la socialisation et des compétences relationnelles, les comportements répétitifs et stéréotypés et les intérêts restreints, qui en sont des caractéristiques fondamentales. Cependant, des données probantes plus récentes et croissantes sur la comorbidité avec des troubles neurodéveloppementaux qui se manifestent pendant l'enfance, comme le TDAH, et qui ont des retombées particulières sur le fonctionnement et le pronostic des enfants et des adolescents ayant un TSA, ont élargi la portée du traitement. La comorbidité entre le TSA et le TDAH est élevée. Plus de 50 % des personnes qui ont un TSA répondent aux critères du TDAH, et jusqu'à 50 % des enfants ayant un TDAH ont des traits de TSA. (file:///C:/Users/Micro/Downloads/Guide+TSA+et+TDAH.pdf).

Une des principales problématiques liées au trouble déficitaire de l'attention chez les enfants autistes est la difficulté à se concentrer sur les tâches à long terme, ce qui peut entraver leur capacité à accomplir des tâches quotidiennes et à apprendre de nouvelles compétences. De plus, leur comportement impulsif peut causer des problèmes sociaux et comportementaux, ce qui peut rendre difficile leur intégration dans les groupes d'âge et les communautés.

Le TDA/H chez les enfants autistes est un problème complexe qui peut avoir des conséquences importantes sur leur développement et leur qualité de vie. En effet, ces enfants présentent souvent « des crises de colère, de l'agression, des troubles du sommeil, des tics, la Dysrégulation émotionnelle ainsi que de la dépression ». D'après Hechtman (1992, P 553).« Malgré une intelligence normale, les enfants hyperactifs ont souvent un rendement scolaire médiocre. L'activité inappropriée, souvent même disruptive, la capacité d'attention très faible, le style cognitif impulsif

Chapitre I : Le Cadre général de la problématique

de ces enfants, leur mauvaise organisation et leur intolérance à la frustration contribuent non seulement à des difficultés au plan académique mais entraînent des problèmes interpersonnels significatifs avec leur famille, leurs pairs et les enseignants. Il n'est donc pas surprenant de retrouver une pauvre estime de soi chez ces enfants ».

Comme le TDAH et le TSA sont tous deux des troubles neurodéveloppementaux complexes, une évaluation complète doit comprendre des informations générales (y compris les antécédents développementaux, cliniques et familiaux, et un examen de l'état mental actuel), des échelles d'évaluation, un entretien de diagnostic clinique (comprenant une évaluation détaillée des symptômes et des exemples de handicap et, si nécessaire, une évaluation des risques), des données d'observation et une évaluation des capacités intellectuelles. L'ensemble des informations obtenues grâce à cette approche guidera la décision diagnostique. Aucun élément d'évaluation ou outil ne doit être concluant pour prendre une décision diagnostique. Le taux élevé de cooccurrence entre le TDAH et les TSA signifie que les deux affections doivent être prises en compte lorsque l'une d'entre elles est présente ; les TSA peuvent conférer un risque plus élevé de coexistence du TDAH lorsque la prévalence des doubles diagnostics semble être un peu plus élevée. En effet, les jeunes enfants présentant un diagnostic initial de TSA devraient être suivis en permanence tout au long de leur développement pour détecter un TDAH, d'autant plus que l'âge moyen du diagnostic pour les deux affections est différent. (<file:///C:/Users/Micro/Downloads/Guide+TSA+et+TDAH.pdf>).

Depuis les premiers travaux sur l'autisme jusqu'à maintenant, il y'a une évolution importante que ce soit au niveau de la description du trouble, de sa classification ou de sa prise en charge. En effet on est passé d'une classification de départ qui considérait le TSA comme étant une psychose-infantile, à une nouvelle classification le considérant parmi les troubles neurodéveloppementaux pour lesquels les causes peuvent être poly-étiologiques. Néanmoins, les recherches ont permis de mettre l'accent sur certains aspects notamment l'association entre plusieurs troubles, selon le DSM-5 récemment révisé qui insiste sur le fait que ces troubles neurodéveloppementaux n'apparaissent pas seuls mais peuvent être associés à d'autres troubles, on peut citer : TSA, déficit intellectuel, le trouble déficitaire de l'attention, le trouble spécifique des apprentissages, les Tocs, les troubles DYS. Parmi les études qui ont démontré que les

Chapitre I : Le Cadre général de la problématique

deux troubles TSA et TDAH peuvent être associés, nous pouvons présenter quelques études pertinentes, notamment celle de :

1) L'étude de Van Der Meer et al (2012) :

L'équipe de van der Meer et al. Réalise en 2012 une étude comparant symptomatologie TDAH et TSA dans une population de 644 enfants âgés de 5 à 17 ans. Les groupes d'enfants sont divisés comme suit : groupe avec symptomatologie TDAH sans symptôme TSA mais inversement l'absence de groupe TSA sans éléments de TDAH, ainsi qu'un fonctionnement cognitif plus altéré des enfants avec TSA + TDAH que le groupe des enfants avec TDAH seul.

Cette constatation laisse émerger l'idée que certains sujets présenteraient des symptômes limités à ceux du TDAH, alors que certains sujets présenteraient quant à eux un trouble de type TSA avec symptômes de TDAH, lié à des altérations plus importantes des deux composantes attentionnelle et sociale.

2) L'Etude Florine Dellapiazza, Lee Audras-Torrent, Cécile Michelon, AmariaBaghdadli (2010) :

L'objectif est de chercher à comparer les difficultés sociales, les troubles internalisés (anxiété, dépression) et externalisés (opposition, déficit attentionnel) parmi quatre groupes d'enfants : TSA + TDAH, TSA isolé, TDAH isolé, et développement typique (TD) examiner leur association avec la symptomatologie TSA et / ou TDAH. Méthode : Cette étude a inclus 186 enfants âgés de 6 à 12 ans : TSA isolé (n = 98), TSA + TDAH (n = 29), TDAH isolé (n = 28) et TD (n = 31).

Résultats : Les résultats ont montré que les enfants des groupes TSA + TDAH et TSA isolé présentaient davantage de difficultés d'ordre social comparativement au groupe ayant un TDAH isolé. De plus, le groupe TDAH isolé présentait plus de difficultés attentionnelles que ceux du groupe TSA isolé. Les troubles internalisés et externalisés étaient plus fréquents dans tous les groupes présentant un trouble du neuro-développement comparativement au groupe présentant un développement typique. De plus, les problèmes de comportement externalisés étaient liés à la sévérité du TDAH dans les groupes TSA + TDAH et TDAH isolé, tandis que les troubles internalisés étaient davantage liés à la sévérité du TSA.

Chapitre I : Le Cadre général de la problématique

3) L'étude de Mayes et ses collaboratrices (2011)

En 2011 Mayes et ses collaboratrices ont cherché à connaître le degré de chevauchement et de distinction qui existe entre les symptômes associés à l'autisme et ceux qui sont associés au TDA/H. En effet, ces deux groupes de personnes présentent de nombreux traits similaires tels que de l'hyperactivité, des difficultés attentionnelles, des problèmes comportementaux ainsi que des difficultés sur le plan social.

Afin que leur étude soit la plus objective possible, les auteurs ont utilisé des outils standardisés, la CASD (Checklist for Autism Spectrum Disorder) et la PBS (Pediatric Behavior Scale), avec un échantillon comprenant 1005 enfants âgés de 2 à 16 ans. Le groupe des enfants avec autisme comprend des enfants avec un autisme de haut niveau ($QI \geq 80$, $N=324$) et d'autres avec un autisme de bas niveau ($QI < 80$, $N=523$), tandis que le groupe des TDA/H comprend un groupe d'enfants ayant un TDA/H mixte (TDA/H-M, $QI \geq 80$, $N=112$) et un autre avec un diagnostic de TDA/H avec inattention prédominante (TDAH-I, $QI \geq 80$, $N=46$).

Cette étude cherche à comparer les symptômes du trouble autistique avec ceux du TDA/H tout en différenciant les différents sous-types associés à ces deux pathologies. Par rapport à la présence de symptômes TDA/H dans la population autistique, on remarque que les résultats obtenus à la PBS (évaluation de symptômes en faveur du TDA/H) sont les mêmes pour les autistes (haut et bas niveaux) et les TDA/H-M. Les enfants avec un TDA/H-I ont un score de dégradation moins élevé que les groupes précédents. Les auteurs confirment donc que les symptômes TDA/H sont largement retrouvés chez des enfants portant le diagnostic d'autisme et ce, quel que soit leur niveau intellectuel.

4) L'étude d'Ames et White (2010) :

Ames et White ont cherché à examiner les cognitions sociales et le dysfonctionnement exécutif chez des enfants TSA présentant des symptômes TDA/H (préalablement évalués de manière standardisée). Pour cela, ils ont demandé aux parents de 55 enfants TSA (9 enfants avec autisme, 30 avec un syndrome d'Asperger, 16 avec un TED, tous avec un niveau intellectuel normal) de participer à un entretien semi-structuré (3Di) afin de collecter des informations sur les comportements problématiques présents chez leurs enfants. Ils ont ensuite cherché à mesurer le déficit de contrôle de l'impulsivité grâce à un test standard. Grâce à ces nombreuses évaluations, les auteurs notent que

Chapitre I : Le Cadre général de la problématique

87% des parents relèvent au moins un des pôles du TDA/H chez leur enfant, l'association la plus relevée étant celle de l'impulsivité associée à de l'hyperactivité

5) L'étude de Gadow 2006 :

En 2006, Gadow et ses collaborateurs mènent une étude afin de savoir à quels sous types du TDA/H (Inattention prédominante, Impulsivité et Hyperactivité prédominantes, Mixte) correspondent les symptômes TDA/H retrouvés dans le cadre des Troubles du Spectre Autistique. Les différents résultats obtenus dans les populations TSA seront comparés à ceux retrouvés dans la population non-TSA. Dans cette étude, les auteurs utilisent les critères diagnostics du DSM-IV, ainsi que deux questionnaires remplis par les parents et les instituteurs : l'ECI (Early Childhood Inventory) pour les enfants de 3 à 5 ans et le CSI-4 (Child Symptom Inventory) pour ceux de 6 à 12 ans. Cette étude regroupe 182 enfants de 3 à 5 ans, portant un diagnostic de TSA (135 contrôles) et 301 enfants TSA de 6 à 12 ans (191 contrôles). Les données épidémiologiques sont respectées dans les deux groupes d'âge.

Cette étude montre donc que l'on retrouve, dans une population d'enfants avec un TSA, un réel syndrome TDA/H. De même, les différents sous-types de ce syndrome sont retrouvés dans les mêmes proportions que dans la population non TSA, avec de plus grandes difficultés pour les enfants qui présentent un TDA/H-Mixte (tant concernant les manifestations autistiques que la fréquence des comorbidités).

Les résultats des études précédentes nous ont confrontés dans le choix de notre thématique et nous ont permis de formuler notre hypothèse de recherche.

D'où notre question : Est-ce que les enfants TSA présentent-il les manifestations symptomatiques du TDAH ?

L'hypothèse :

Le trouble du spectre autistique (TSA) et le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) sont deux conditions fréquemment associées (TSA + TDAH), cela nous a permis la réflexion sur l'existence des manifestations symptomatiques du TDAH (inattention, hyperactivité et impulsivité) chez les TSA.

Chapitre II :
Le trouble du spectre autistique

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

Préambule :

Le Trouble du spectre autistique est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des difficultés dans les relations sociales et la communication ainsi que des patrons de comportement rigides. Les individus touchés présentent également des anomalies dans leurs processus de perception et d'attention et leur développement moteur. D'abord défini de façon étroite comme un trouble impliquant un manque de contact affectif avec les autres, un souci de préservation de la routine, une fascination envers les objets et des déficiences dans la communication langagière, le TSA est maintenant reconnu comme un syndrome complexe dont la sévérité et les manifestations varient énormément. Cette reconnaissance récente a mené à une redéfinition du TSA, qui réfère maintenant à un spectre de troubles.

On estime qu'environ un individu sur 400 présente l'ensemble des symptômes du TSA « Pur » alors qu'un individu sur 100 présente un trouble du spectre autistique. Dans ce premier chapitre nous allons aborder ce trouble « Trouble du Spectre Autistique » et tenter de l'éclaircir et de le mettre en évidence tout en commençant par son histoire depuis 1943 et son évolution au fil des années et selon plusieurs auteurs et organisations, puis viendra la définition, la sémiologie, les signes, aussi les causes. Pour finir nous allons cerner notre chapitre par le diagnostic du TSA selon le DSM-5 qui est un élément primordial pour l'efficacité de la prise en charge pluridisciplinaire.

1 L'histoire de l'autisme :

Le mot « autisme » vient du grec ancien « auto » qui signifie « soi-même ». De 1943 à nos jours, quelques étapes clés de plus d'un demi-siècle de l'histoire de l'autisme illustrent l'itinéraire des descriptions cliniques de ce syndrome.

La paternité de l'expression « autisme infantile précoce » revient traditionnellement à Léo Kanner, c'est à partir de ses observations, qu'il a présenté les signes caractéristiques des enfants porteurs de cette pathologie. La plupart de ces signes restent encore valables et constituent le tableau d'autisme dans sa forme la plus classique. (Kanner, 1943, P6)

La description initiale de Kanner reposait sur une population de onze enfants et les caractéristiques révélées étaient les suivantes : l'enfant manifeste une incapacité à développer des relations. Il a des difficultés à interagir avec les personnes. On enregistre un retard dans

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

l'acquisition du langage. Certains enfants restent sans langage, d'autres l'acquièrent, mais toujours avec du retard. Lorsqu'il apparaît, le langage est utilisé de manière non sociale. Les enfants autistes ont des difficultés à parler de manière adaptée dans une conversation, même lorsqu'ils développent des structures de langage correctes. Le langage comporte des éléments d'écholalie, l'enfant répétant des mots et des phrases.

L'inversion pronominale est fréquente, l'enfant utilisant le « tu » à la place du « je » par exemple. Les jeux sont répétitifs et stéréotypés : l'activité ludique est pauvre, dénuée de créativité et d'imagination. Elle se limite à des manipulations d'objets sur un mode répétitif. Il existe un désir d'immuabilité : l'enfant autiste manifeste une grande résistance aux changements dans sa vie quotidienne et dans son environnement. La mémoire par ceux est Bonne. L'apparence physique est normale et Kanner en avait fait un argument pour soutenir l'idée que ces enfants avaient une intelligence normale ce qui a par la suite été remis en question. (Chossy,2003, P7)

Plus tard Kanner a réduit ces signes à deux éléments principaux : la recherche d'immuabilité au travers des routines répétitives et l'isolement extrême avec début des troubles dans les deux premières années. La réduction à ces deux signes principaux à poser problème car ces critères ne retiennent qu'une forme très particulière d'autisme et ne permettent pas de faire le diagnostic pour toutes les autres formes appartenant pourtant au spectre autistique. (Chossy,2003, P8)

Si Kanner et Asperger ont choisi le terme « autistique » pour caractériser leurs patients, c'est en référence à « l'autisme », terme préalablement introduit en psychiatrie adulte par Bleuler dès 1911, pour décrire un des symptômes majeurs de la schizophrénie consistant en la perte de contact avec la réalité, le rétrécissement des relations avec l'environnement, et conduisant les personnes schizophrènes à s'exclure de toute vie sociale par mécanisme de repli sur soi ; d'où le terme « autisme » dérivé du grec autos qui signifie « soi-même » . (Calor et Bruno, 2003, P9)

Selon Calor et Bruno, (2003 : 11) le terme « autisme » est utilisé récemment pour désigner un trouble du développement altérant essentiellement les interactions sociales et la communication, contraignant la personne à un retrait du monde social, faute de moyens adaptés pour pouvoir communiquer de façon adéquate. Parler « d'autisme » est pour nous plus

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

approprié que parler « d'autisme infantile », « d'autisme infantile précoce » ou encore « D'autisme de l'enfant ».

2 Evolution de la classification du TSA:

Depuis la première définition de l'autisme par Kanner en 1943 et jusqu'à nos jours, les spécialistes n'ont eu de cesse d'affiner et d'améliorer leurs critères de diagnostic afin d'établir une classification consensuelle qui puisse être utilisée par toute la communauté scientifique et médicale. Trois échelles internationales de classification sont alors utilisées (Contejean et Doyen, 2012)

-La CIM 10 : La Classification Internationale des Maladies, diffusée par l'OMS (organisation mondiale de la santé), Parle de TED (troubles envahissant, du développement). Il s'agit d'un guide diagnostic fiable. Selon cette classification, l'autisme est considéré comme un handicap et non une maladie (World HealthOrganization, 2004). Sa 11eme version est en cours d'élaboration (CIM-11), une première version de la CIM-11 a été publiée et commentée au mois d'octobre 2016 et la version finale devait être publiée en 2018.

-Le DSM : Aujourd'hui, le guide diagnostic le plus utilisé en psychiatrie est le DSM, qui en est à sa 5ème édition. Il est le résultat du travail de l'APA (American Psychiatric Association) dont l'expertise fait autorité à un niveau international.

Auparavant, le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) définissait l'autisme et ses troubles associés comme des « troubles envahissants du développement » (TED) qui Comportaient cinq sous-types de l'autisme à savoir : Les troubles autistiques, le

syndrome d'asperger, le trouble désintégratif de l'enfance, le trouble envahissant du

Développement non spécifiés (TED-non spécifié) ainsi que le syndrome de Rett. Par la suite, la catégorie diagnostique de TED a été abandonnée avec la publication du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) et remplacée par la catégorie générale « Troubles du Spectre Autistique » (TSA) contenant l'ensemble des sous-types précédemment classifiés au sein des TED (à l'exception du syndrome de Rett) et enfin selon DSM-5, les TSA sont classés dans la catégorie des troubles neurodéveloppementaux.

-La CFTMEA : La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent élaborée dans les années 80 en France, est une classification fondée sur des

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

théories psychanalytiques (Martin-Guehl, 2003). La CFTMEA classait l'autisme dans les psychoses précoces mais elle s'est rapprochée de la CIM-10 et du DSM-IV afin d'améliorer la compatibilité par rapport à la CIM-10, et a adopté les troubles envahissants du développement en synonyme des psychoses précoces de l'ancienne classification et elle a introduit le syndrome d'asperger et les troubles désintégratifs de l'enfance (Contejean et Doyen, 2012).

3 Définition du TSA :

Le TSA appartient aux troubles envahissant du développement selon les classifications internationales (American Psychiatric Association 1994). La prévalence de ces troubles est estimée à 20 pour 10 000 selon une méta-analyse conduite par Williams, Higgins et Brayne (2006).

Cela signifie que la façon dont le cerveau est connecté (les particularités des connexions neuronales) a des répercussions sur le développement. En effet, il existe une panoplie d'études qui démontrent des évidences anatomiques dans le cerveau des personnes autistes.

Ces anomalies altéreraient l'architecture du cerveau. Plusieurs spécialistes dont Rémy L'Estienne sont convaincus que l'autisme serait dû à «une insuffisance ou à une anomalie de l'élagage des synapses de neurones pendant la vie embryonnaire, ainsi qu'à la réorganisation des connexions neuronales à la fin de l'adolescence». Les études en neurosciences indiquent donc que le cerveau autistique est sûr connecté dans certaines zones locales et sous-connecté dans des zones plus distantes, ce qui provoquerait des problèmes de synchronisation entre ces zones. « L'équilibre » général du cerveau poserait donc problèmes. Et s'il y a un déséquilibre, certaines étapes du développement habituel ne peuvent être franchies. (B. Harrisson,, L. St-Charles, K. Thuy, 2017, P15)

Les chercheurs et cliniciens spécialistes s'accordent pour considérer que l'autisme recouvre une large gamme de conditions différentes qui forment un continuum, souvent désigné par l'expression troubles du spectre autistique. La diversité interindividuelle est particulièrement importante en ce qui concerne les performances intellectuelles. (Franck, N. et al,2014, p220).

Selon le Dictionnaire de Psychologie : l'autisme est considéré comme un repliement excessif sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

imaginative grec. Le terme « autiste » vient du grec « auto » qui signifie « soi-même ». (Sillany, N.1999, P31)

Dans le Dictionnaire d'Orthophonie : L'autisme est un trouble neurodéveloppemental affectant de façon sévère le développement, et en particulier la communication et le comportement de la personne, ayant une prévalence (selon les auteurs) de 2 à 5 cas pour 10000 enfants qui affecte quatre fois plus de garçons que de filles. (Brun, Henry. Et all,2008, P32).

Landem a défini le syndrome d'autisme infantile comme étant un trouble global et précoce du développement, apparaissant avant l'âge de 3ans, caractérisé par un fonctionnement déviant et/ ou retardé dans chacun des trois domaines suivants :

- Perturbation en quantitative et qualitative des interactions sociales ;
- Perturbation au niveau de la communication verbale ;
- Comportement restreint, répétitifs, ritualisés, stéréotypés

De plus les autistes présentent souvent des peurs, des troubles de sommeil ou de l'alimentation, des crises de colères et des comportement agressifs. (Roger,B. 2003, P94)

4 La Sémiologie de l'autisme :

L'autisme infantile a été décrit pour la première fois par Kanner L. (1943). Le trouble fondamental touche la socialisation et la communication, l'enfant est incapable d'établir une relation ordinaire avec les gens et les différentes situations depuis le début de sa vie. On note également des particularités langagières, des comportements répétitifs et des intérêts bizarres avec un refus aux changements.

Léo Kanner a utilisé à plusieurs reprises les verbes actifs pour traduire l'action par laquelle l'enfant autiste écarte, exclut, ignore ce qui le dérange dans son besoin d'immuabilité. (Hochmann, 2010, p16).

Les perturbations dans la triade autistique sont installées et observables même s'ils sont d'intensité variable d'un enfant à l'autre. On note des altérations qualitatives des interactions sociales ; l'altération qualitative de la communication ; le caractère restreint, répétitif et stéréotypé des intérêts et des comportements.

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

Il est important de se rappeler que les principaux problèmes dans l'autisme sont reliés aux aptitudes qu'un enfant non autiste doit maîtriser avant l'âge de 18-24 mois. Une connaissance approfondie du développement précoce de l'enfant typique est donc un prérequis pour mieux comprendre l'autisme. Car il est facile d'interpréter les expressions d'un enfant non autiste, mais il faut une connaissance spécifique et de l'expérience pour comprendre un enfant autiste, et cette connaissance est relative à un enfant particulier. Deux enfants autistes n'expriment pas leurs sentiments de la même manière. Nous parlons donc d'un problème de communication qui est partagé par l'adulte et l'enfant (Beyer et Gammeltofi, 1999, p7-8).

Les personnes autistes ont des troubles du développement social caractérisé par un isolement, un mauvais contact oculaire, l'absence du jeu symbolique et fonctionnel, l'absence de partage d'intérêt et de plaisir. Les sujets autistes montrent une indifférence apparente, un manque d'empathie, une méconnaissance des codes émotionnels assortie d'une expression émotionnelle parfois inadéquate (rire ou pleurs inappropriés) (Amiet, 2007, p228). Bron Cohen explique cette difficulté par un déficit de la théorie de l'esprit. Il s'agit d'une incapacité à attribuer des états mentaux à autrui et de prédire les comportements d'un agent sur la base de ces états, c'est une compétence fondamentale d'un point de vue social (Unapei, 2013, p46).

Selon Golse (2012), c'est pour cette raison que l'autiste prend les actes et les dires des autres pour agent comptant, ce qui explique que la personne avec autisme est imperméable à l'humour (Samacher, 2005, p307). L'intersubjectivité est la capacité d'éprouver que l'autre peut avoir des visions et des pensées différentes des siennes. Et pour un enfant autiste, l'accès à l'intersubjectivité est difficile ce qui désigne un meilleur indice pour le dépistage précoce de l'autisme (Muratori, 2012).

Le fonctionnement de la communication verbale et non verbale est touché, cela se manifeste par une mimique gestuelle pauvre, un manque d'attention conjointe, l'absence d'une réponse lorsqu'on l'appelle par son prénom, l'incapacité de pointage. La majorité des autistes ont un langage absent, étrange ou réduit, et des compétences socio-communicatives exprimées de façons particulières et/ou avec difficultés (Unapei, 2013, p44). On observe également des écholalies, les autistes ne peuvent pas prendre le tour de parole et construire une conversation d'une manière réciproque avec les autres. On peut observer aussi des troubles sensoriels notamment sur le plan auditif qui peuvent se manifester par une hyper ou une hypo sensibilité

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

aux bruits. Par exemple un autiste ne supporte pas les bruits continus et aigus, tel celui des ventilateurs de salle de bain ou des sèche-cheveux (Grandin, 1996).

On rencontre également des réactions particulières aux stimulations visuelles comme par exemple la fascination pour certaines lumières ou formes, ou encore au toucher, aux odeurs et à la douleur aussi. Amiet (2007) a décrit les activités et les centres d'intérêts des autistes comme restreints, pauvres, marqués par une recherche d'immuabilité et par l'absence d'imagination. Il se manifeste par une ritualisation de différents aspects de la vie quotidienne, par des activités stéréotypées particulières telles que des stéréotypies gestuelles, verbales, sonores, des préoccupations persistantes pour certaines choses, voire par des automutilations. Mais chez certains de ces enfants on note des talents considérables dans la manipulation des objets (Sigman, 2001).

Un autiste peut être fasciné par une facette d'un objet sans apprécier le côté fonctionnel de l'objet, il s'intéresse à la roue de sa petite voiture sans jouer avec ce jouet. Par ailleurs, un refus de changement de son environnement quotidien peut provoquer des crises de colère et d'angoisse. La personne autiste répète des actes simples du corps comme par exemple la torsion des mains et des doigts, battement des mains ou le balancement (Boulekras, 2011, p19). Ils présentent un manque de spontanéité et un déficit de créativité qui caractérise le jeu spontané (Herrera et al, 2008). Dès son enfance, ses activités restent souvent de type sensoriel, en utilisant les objets d'une manière inhabituelle, l'autiste peut renifler les jouets ou les mettre à la bouche. Sur le plan cognitif, l'enfant autiste met en perspective un traitement différent des informations et des stratégies spécifiques pour explorer le monde. Il a souvent une pensée concrète, visuelle et contextuelle (Unapei, 2013, p45). Cet ensemble de signes constitue un syndrome qui peut se présenter soit « pur » et c'est le syndrome de l'autisme décrit par Kanner en 1943, soit « impur » et ce sont les syndromes autistiques évoluant en interaction avec d'autres pathologies (génétiques, neurologiques, etc.).

5 Les caractéristiques diagnostique du TSA :

Selon le DSM-5 Les caractéristiques essentielles du TSA sont :

- Des déficits persistants de la communication sociale réciproque et des interactions sociales.
- Le mode restreint et répétitif des comportements, des intérêts et des activités.

Ces symptômes sont présents depuis la petite enfance et limitent ou retentissent sur le fonctionnement de la vie quotidienne.

Les caractéristiques diagnostiques principales se manifestent au cours du développement, elles varient de façon importante selon le degré de sévérité de celui-ci, le niveau de développement et l'âge chronologique, d'où le terme de spectre.

Les déficits de communication et d'interaction sociale sont envahissants et durables. Les déficits verbaux et non verbaux de la communication sociale ont des manifestations variées, qui dépendent de l'âge du sujet, de son niveau intellectuel et de ses capacités langagières mais également d'autres facteurs comme les traitements antérieurs et les aides actuelles. Un grand nombre de sujets ont des déficits du langage, allant de l'absence complète de langage à des retards de langage, des difficultés de compréhension du langage oral, une écholalie, un langage guidé ou excessivement littéral. Même si les compétences langagières formelles sont intactes (p. ex. vocabulaire, grammaire), l'utilisation du langage en termes de communication sociale réciproque est altérée dans le TSA. Des déficits dans la réciprocité socio-émotionnelle (p. ex. la capacité à entrer en contact avec les autres et à partager avec eux pensées et sentiments) sont clairement mis en évidence chez les jeunes enfants atteints de ce trouble. Ils montrent peu ou une absence d'initiation des interactions sociales, ne partagent pas leurs émotions, n'imitent pas ou peu les comportements d'autrui.

Le langage existant est souvent unilatéral et manque de réciprocité sociale ; il est plus souvent utilisé pour nommer ou demander, plutôt que pour commenter, partager des sentiments ou converser. **(Crocq, M, J.D. Guelfi, 2015, P59,60)**

Les déficits de la communication non verbale dans les interactions sociales se manifestent par un contact visuel, des gestes, des expressions faciales, une attitude corporelle, une intonation de la voix absents, réduits ou atypiques (par rapport aux normes culturelles).

Une caractéristique précoce du TSA est le déficit de l'attention conjointe qui se manifeste par le fait de ne pas pointer du doigt et de ne pas montrer ou d'apporter des objets pour

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

partager son intérêt avec autrui. Il se caractérise aussi par le fait de ne pas regarder ce qu'une autre personne pointe du doigt et de ne pas suivre la direction du regard d'autrui. Les sujets ayant un TSA peuvent apprendre un certain nombre de gestes fonctionnels mais leur répertoire de gestes est plus limité que celui des autres et ils n'utilisent que rarement de façon spontanée des gestes expressifs au cours de la communication. (M. Crocq, JD. Guelfi, 2015, P60)

Les déficits des capacités à développer, maintenir et comprendre les relations sociales doivent être analysés au regard des normes pour l'âge, le sexe et le milieu culturel. L'absence d'intérêt pour les relations sociales ou leur caractère restreint ou atypique, se manifestant par le rejet d'autrui, par une passivité ou des comportements d'approche sociale inadéquats, peuvent sembler agressifs ou perturbateurs. Ces difficultés sont particulièrement évidentes chez les jeunes enfants chez lesquels elles se manifestent par une absence de jeux sociaux partagés ou imaginatifs (p. ex. jeux de faire semblant flexibles et appropriés à l'âge) ; plus tard, il s'agit souvent d'une insistance pour jouer selon des règles très intangibles. Les sujets plus âgés peuvent être en difficulté pour comprendre quel comportement est considéré comme adéquat dans une situation mais pas dans une autre (p. ex. avoir une attitude familière au cours d'un entretien professionnel) ou pour saisir les différentes façons dont le langage peut être utilisé pour communiquer (p. ex. ironie, mensonges pieux). Il peut y avoir une préférence apparente pour les activités solitaires ou pour l'interaction avec des personnes plus jeunes ou plus âgées.

Le désir d'établir des relations amicales sans que le sujet n'ait une idée complète ou réaliste de ce qu'une amitié suppose (p. ex. les relations sont unilatérales ou reposent sur le partage de centres d'intérêts spéciaux). (M. Crocq, JD. Guelfi, 2015, P60)

Le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts et des activités qui varie selon l'âge, les capacités, les interventions et aides reçues et en cours. Les comportements stéréotypés ou répétitifs comprennent les stéréotypies motrices simples (p. ex. secouer les mains ou les doigts), l'utilisation répétitive des objets (par exemple faire tourner des pièces de monnaie, aligner les jouets), le discours répétitif (p. ex. écholalie, répétition immédiate ou différée de mots entendus, utilisation de « toi » pour parler de soi, utilisation stéréotypée de mots, de phrases ou de modes prosodiques). L'adhésion excessive aux routines et la restriction des modes de comportement entrant peuvent se manifester par une résistance au

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

changement (p. ex. détresse occasionnée par des changements mineurs comme la modification d'un emballage, d'un aliment favori, insistance pour l'adhésion aux règles, rigidité de la pensée) ou des modes de comportement verbal ou non verbal ritualisés (p. ex. questionnements répétitifs, déambulations autour d'un périmètre).

Une hyper ou hypo réactivité sensorielle qui se manifeste par des réponses extrêmes à certains sons ou textures, par des comportements de flairage ou de toucher excessif des objets, par la fascination pour des lumières ou des objets qui tournent et parfois, par une indifférence apparente à la douleur, la chaleur ou le froid. (M. Crocq, JD. Guelfi, 2015, P61)

6 Les Signes d'alerte (clinique) du TSA :

L. KANNER, note dans son article plusieurs signes cliniques particulière à cette forme de psychose qui est l'autisme :

- Un début précoce des troubles avant la fin des deux premières années de la vie.
- Un isolement extrême : l'attitude de l'enfant est marquée par une profonde indifférence.
- Une grande immuabilité.
- Des stéréotypies gestuelles, certains gestes apparaissent étranges et répétitifs, comme agiter un mouchoir continuellement devant les yeux, déambulé sur la pointe des pieds, tournoyé sur soi-même.

Des troubles du langage ou l'enfant est soit totalement mutique, soit il émet des sons sans signification, soit il répète les mots sans valeur communicative (l'écholalie est une répétition en écho des mots ou des phrases des autres). Il note aussi l'incapacité d'utiliser les noms propres, l'utilisation des néologismes. (R.Devillard, 1984, P6,7)

6.1 Dans la petite enfance :

- Babillage restreint, atypique ou absent à 12 mois
- Gestuelle restreinte, atypique ou absente à 12 mois (p. ex. : pointer du doigt, saluer de la main)
- Absence de réaction à l'appel de son nom à 12 mois
- Aucun mot à 16 mois
- Absence d'association spontanée ou association restreinte, atypique de deux mots à 24 mois (cela n'inclut pas l'écholalie ou les répétitions)
- Perte ou régression de la capacité langagière ou sociale. (I. Arès, L.Motton et all, 2012, P14)

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

6.2 Chez l'enfant d'âge préscolaire et scolaire :

- Anomalie du langage, mutisme, écholalie persistante ;
- Utilisation des pronoms « tu », « il » ou « elle » pour référer à soi ;
- Vocabulaire limité compte tenu de l'âge ou, inversement, particulièrement bien élaboré sur des sujets précis ;
- Particularités expressives (phrases stéréotypées, langage atone) ;
- Communication difficile (calme inapproprié, conversation limitée ou, à l'inverse, très élaborée sur ses centres d'intérêt) ;
- Difficulté à jouer avec les autres enfants ou difficulté à s'intégrer (comportement agressif ou perturbateur) ;
- Réactions atypiques devant l'exposition à différents stimuli ;
- Difficultés dans la relation avec l'adulte (trop intense/distante) ;
- Réactions vives en situation de proximité physique ;
- Difficultés à gérer les changements, les situations imprévisibles ou les moments de transition entre deux activités ;
- Profil inhabituel de compétences ;
- Préférence particulière pour des intérêts ou des activités atypiques (collectionner, faire des calculs, dresser des listes). (I. Arès, L. Mottron et al., 2012, P14)

6.3 Chez l'adolescent :

- Difficultés chroniques se manifestant dans les comportements sociaux et dans l'adaptation aux changements ;
- Manque d'autonomie, « naïveté sociale » ;
- Communication difficile (calme inapproprié, conversation limitée ou, à l'inverse, très élaborée sur ses centres d'intérêt) ;
- Communication non adaptée au contexte social (trop grande familiarité, explications élaborées comme en donnerait un professeur) ;
- Particularités expressives (phrases stéréotypées, langage atone) ;
- Difficulté à se faire des amis de son âge et à maintenir ses relations, relations plus faciles avec les adultes ou les plus jeunes ;
- Rigidité de la pensée et des comportements ; manque d'humour ;
- Préférence particulière pour des intérêts ou des activités atypiques (collectionner, faire des calculs, dresser des listes), (- Absence d'association spontanée ou association

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

restreinte, atypique de deux mots à 24 mois (cela n'inclut pas l'écholalie ou les répétitions);

- Perte ou régression de la capacité langagière ou sociale. (I.Arès,L.Motton et all,2012,P15).

7 Les causes de l'autisme :

Jusqu'à nos jours le plan étiologique de l'autisme reste une énigme, les chercheurs en épidémiologie en génétique et en neurologie se sont permis de mettre en évidence des facteurs de risque « les facteurs endogènes qui sont les facteurs génétiques et les facteurs exogènes ou facteurs environnementaux ».

7.1 Les facteurs génétiques :

Les recherches génétiques ont été suggérées par Kanner lui-même puisqu'en 1954 il pose la question de l'existence d'un trouble constitutionnel ou génétique de l'autisme ayant par conséquent un défaut de relation entre enfant et le monde environnant. Depuis, des études ont partiellement confirmé un déterminisme génétique, notamment grâce aux recherches sur les jumeaux et les familles, et aux données épidémiologiques.

Les premiers arguments prouvant avec une quasi-certitude que des facteurs génétiques étaient en cause dans l'autisme ont été donnés grâce aux études épidémiologiques anglo-saxonnes dans les années 70-80, portant sur des jumeaux monozygotes (vrais jumeaux qui ont en commun la totalité de leur patrimoine génétique) et dizygotes (faux jumeaux, qui n'ont en commun que 50% de leurs patrimoines, comme les frères et les sœurs d'une fratrie).

Ces études ont en effet montré que, pour les vrais jumeaux, lorsque l'un des enfants est atteint d'autisme, l'autre a un risque d'au moins 70% d'être lui aussi atteint d'autisme ou des troubles apparentés.

En revanche, pour les faux jumeaux, lorsque l'un des enfants atteint d'autisme, le risque pour l'autre lui aussi atteint tombe à environ 4%.

De même, les études familiales montrent que dans une famille où il y a un enfant autiste, le risque pour les frères et les sœurs (apparentés au premier degré) d'être aussi atteints d'autisme ou de trouble autistique est d'environ 4%. (Carol, Bruno, 2003, p 59).

Une situation semblable (une résistance atténuée) pourrait exister chez certaines familles, qui ainsi, auraient des enfants autistes. Par conséquent, l'enfant génétiquement vulnérable aurait un cerveau lésé par un virus ou un manque d'oxygène pendant la grossesse, ou tout autre

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

traumatisme, et deviendrait autiste, tandis que ses frères et sœurs, non vulnérables sur le plan génétique, résisteraient à de tels traumatismes.

7.2 Les facteurs biologiques :

Le Dr Bernard Rimland est le premier à avoir introduit l'hypothèse de l'origine organique. Il entreprend en 1974 une recherche avec la participation de 20 chercheurs venus du monde entier, partant de l'idée ; que l'autisme n'est pas unique, c'est un syndrome dont les causes sont multiples. Dans son étude il s'est intéressé à l'aspect anatomique, électro physiologique et biochimique des symptômes autistiques, il fut le premier à avoir introduit dans son étude cinq critères précis de diagnostic :

- L'âge d'apparition précoce des symptômes cliniques ;
- Une inaptitude profonde à communiquer avec autrui
- Un retard du langage, comportements ritualisés ;
- Motricité perturbée et stéréotypés ;

Une étude des agents infectieux des enfants atteints d'autisme et de leurs mères a été effectuée. Elle portait sur le dépistage des anticorps des virus de l'herpès, de la rubéole, de la rougeole et de la toxoplasmose. Des études des voies métaboliques de la sérotonine, du zinc et du cuivre dans le sérum d'autiste ; ainsi qu'une étude des anomalies physiques mineures portant sur le périmètre crânien, implantation des oreilles, malformation des oreilles... furent réalisées auprès d'enfants autistes et témoins. (Rutter,M,Schopler, E., 1991.P20).

7.3 Les facteurs environnementaux :

Ici les facteurs environnementaux sont considérés au sens large, il s'agit de passer en revue les événements de l'environnement prénatal du fœtus de l'environnement postnatal du nourrisson qui a pu contribuer à l'apparition d'un syndrome autistique. Ces facteurs environnementaux certains sont de nature organique, et certains sont de natures psychologiques.

7.3.1 Facteurs anti-conventionnels :

Les études en épidémiologie ont permis de trouver parmi les mères d'enfants autistes, des femmes étant exposées dans le cadre de leurs professions à des agents chimiques toxiques avant la conception de l'enfant. (Carol, Bruno, 2003, p 61).

On trouve également :

- La contamination de la mère par des agents infectieux (virus rubéole ou cytomégalovirus) pendant la grossesse.

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

- La survenue d'hémorragie utérines et de menaces de fausses couches centrées sur le deuxième trimestre de la grossesse.
- La dépression maternelle pendant la grossesse et après la naissance. (Ould Taleb, 2019.p52-53).

7.3.2 Facteurs anténatals :

- La contamination de la mère par des agents infectieux (virus rubéole ou cytomegalovirus) pendant la grossesse ;
- La survenue d'hémorragie utérines et de menace de fausse couche centrée sur le deuxième trimestre de la grossesse ;
- La dépression maternelle pendant la grossesse et après la naissance.

7.3.3 Facteurs prénatals :

- L'état de la souffrance de nouveau-nés ayant entraîné une mise en couveuse ;
- Une prématurité ou une post-maturité.

Ces deux facteurs semblent plus fréquents dans les antécédents d'un enfant autiste.
(Ould Taleb, 2019.p52-53).

7.3.4 Facteurs postnatals :

Une infection postnatale par des virus de l'herpès de la rougeole ou des oreillons semble impliquée dans certains cas d'autisme, d'autre part une carence environnementale majeure sur les plans éducatifs et affectifs que certains enfants subissent. (Ouls Taleb, 2019.p52-53)

8 Les types de l'autisme :

La classification des troubles mentaux du DSM-IV-TR4 comporte cinq troubles envahissants du développement, soit :

- l'autisme (ou trouble autistique).
- le syndrome d'Asperger.
- le trouble envahissant du développement non spécifié.
- le syndrome de Rett.
- le trouble désintégratif de l'enfance

Ces troubles envahissants du développement se présentent sous différentes formes :

8.1 Le trouble désintégratif de l'enfance :

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

Le trouble désintégratif de l'enfance est une maladie qui survient chez les enfants de 3 et 4 ans qui se sont développés normalement jusqu'à l'âge de 2 ans. Pendant plusieurs mois, un enfant atteint de ce trouble se détériorera intellectuellement, socialement et linguistiquement. (Amina, kinane daouadji, 2018-2019, p27-28)

Le trouble désintégratif de l'enfance se développe chez les enfants qui semblaient auparavant parfaitement normaux. Typiquement, la langue, l'intérêt pour l'environnement social, et souvent les aptitudes à la propreté et aux soins personnels sont perdues, et il peut y avoir une perte générale d'intérêt pour l'environnement. Un enfant atteint montre une perte de capacités de communication, une régression dans les comportements non verbaux et une perte significative des compétences acquises précédemment. La condition est très similaire à l'autisme classique. (Amina, kinane daouadji, 2018-2019, p27-28)

8.2 L'autisme infantile :

A ces difficultés de communication s'adjoignant des troubles de la socialisation. L'enfant s'isole, ne prend pas l'initiative d'une demande, ne répond pas aux sollicitations, semble redouter le contact physique le contact physique ou la simple adresse vocale fuit l'échange visuel. Ne cherchant pas spontanément de réconfort lorsqu'il est dans une situation personnelle de détresse, il paraît indifférent à l'expression par un autre d'un malaise quelconque. Il interagit socialement, comme s'il peinait à comprendre ce que son interlocuteur attend de lui et à se représenter les pensées et les sentiments d'autrui. Il est plus à l'aise avec les choses qu'avec les gens. (Hochmann, 2009, p26).

8.3 L'autisme atypique :

L'autisme atypique est une forme particulière des troubles envahissants du développement. La maladie ressemble beaucoup aux symptômes de l'autisme infantile, à savoir des troubles sociaux, de la communication et la manifestation de centres d'intérêt très restreints. Mais il est dit atypique car il ne réplie pas tous les critères cliniques qui permettent d'établir l'autisme infantile, ainsi la maladie se manifeste au-delà de trois ans ou bien l'un des troubles caractéristiques n'est pas considéré comme suffisamment sévère. Cette pathologie se déclare souvent chez des enfants accusant un important retard mental. (Bertrand, 2003, p33).

8.4 Le syndrome de Rett :

Trouble décrit principalement chez les filles. Il se caractérise par une première période de développement apparemment normal, suivie d'une perte partielle ou totale du langage et de

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

la motricité intentionnelle des mains, associés à une cassure du développement de la boîte crânienne. Le début de ce type de trouble se situe entre 7 et 24 mois. Les signes les plus caractéristiques sont la perte de la motricité volontaire des mains. L'apparition de mouvements stéréotypés de torsion des mains, et l'hyperventilation. (2003, p34).

8.5 Syndrome d'asperger :

Trouble de développement dans lequel se retrouvent des anomalies qualitatives des interactions sociales réciproques qui ressemblent à celles qui sont observées dans l'autisme. Les intérêts restreints et les activités réceptives, stéréotypées sont également présents. Par contre, le développement cognitif et le développement du langage sont de bonnes qualités. Une maladresse motrice est souvent associée. (Rogé, 2003, p28). Les personnes atteintes du syndrome d'Asperger ont généralement moins de problèmes de langage que les personnes atteintes de TSA, souvent ils parlent couramment, même si leurs mots peuvent parfois sembler formels ou guindés. Les personnes atteintes du syndrome d'Asperger n'ont généralement pas de troubles d'apprentissage associés aux TSA, ils ont souvent une intelligence moyenne ou supérieure à la moyenne. (kinanedaouadji,A ,2018-2019, p27-28)

9 Les troubles associés chez les un enfant autiste :

L'autisme est fréquemment associé à d'autres troubles, mentaux ou physiques, dont l'identification est importante. Ces troubles associés constituent un facteur qui va influencer l'évolution et la prise en charge.

9.1 Le retard mental :

Un retard mental (quotidien intellectuelle inférieure à 70) est associé à l'autisme dans 70 à 80% des cas.

Plus le QI est élevé, plus le pronostic et le potentiel évolutif sont favorables ; mais même si le QI est bas, l'enfant est capable de progrès.

Il est quasiment constant de constater que le fonctionnement intellectuel des enfants autistes est dit «hétérogènes » ou «dysharmonique» . Cela signifie que les performances de l'enfant sont très différentes d'un domaine intellectuel à un autre. Par exemple, il est classique de voir un enfant autiste réussir très bien à des épreuves visuo-spatiales (puzzles, cubes...) Et échouer complètement à des épreuves de vocabulaire ou de logique. Cette notion est importante car, au-delà du chiffre global de QI souvent bas, c'est bien l'analyse fine des points forts et des points faibles qui sera utile pour la prise en charge. (E.Clet-Biethe, P.Dujardin, M.Lefèvre, D,Périsse, 2008,P18, 19).

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

9.2 Les déficits sensoriels :

•Un déficit auditif et à rechercher systématiquement. En effet, la surdité (plus ou moins importante) est beaucoup plus fréquente chez les personnes autistes que dans le reste de la population (environ 10 fois plus). C'est difficile vient compliquer considérablement non seulement le diagnostic d'autisme, mais surtout la prise en charge. il existe d'ailleurs, des équipes spécialisées dans la prise en charge des enfants autistes avec surdité.

•Les déficits visuels sont également plus fréquents chez les personnes autistes que dans le reste de la population. L'examen de la vision doit être également systématique. (Clet-Biethe, E, et al, 2008, P 19).

Dans la plupart des cas, le syndrome autistique semble secondaire à l'atteinte sensorielle, elle se greffe sur un handicap de la communication. Ainsi, la correction chirurgicale précoce (avant la troisième année) de certains troubles visuels congénitaux sévères s'accompagne d'un tableau comportemental autistique, permet de faire régresser en tout ou partie ce tableau autistique. (Tardif, 2003, P67-68).

9.3 L'épilepsie :

Environ un tiers des personnes autistes présente aussi une épilepsie. la recherche d'une épilepsie doit donc être systématique. Il existe de très nombreuses plus en moins spectaculaires, plus ou moins faciles à identifier plus ou moins sévères. Par exemple, si les crises généralisées avec perte de connaissance, tremblements, perte d'urines, sont faciles à reconnaître, il existe aussi des crises partielles qui peuvent s'exprimer par des mouvements répétitifs ou des troubles du comportement, sans perte de connaissance.

Dans la majorité des cas, l'épilepsie apparaît soit dans la petite enfance, soit autour de l'adolescence. Mais des crises pouvant survenir à n'importe quel âge de la vie.

L'identification de l'épilepsie est d'autant plus importante qu'elle débouche sur la mise en place de traitement adaptés. (Clet-Biethe, E, et al. 2008, P 19).

9.4 Le trouble de sommeil :

Les personnes autistes ont des difficultés à trouver le sommeil et à le conserver. Cette problématique est au coeur des préoccupations des personnes autistes et de leur famille, pourtant elle a été jusque-là peu étudiée comparativement à d'autres pathologies associées.

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

Selon une étude de Goldman S.E. (et al. Dev. Neuropsychol.), 44 à 86 % des enfants autistes ont des troubles du sommeil contre 10 à 16 % dans la population normale. Les personnes autistes sont sujettes aux insomnies, il leur faut en moyenne 11 minutes de plus que les personnes non autistes pour s'endormir, et beaucoup d'entre-elles se réveillent fréquemment et à plusieurs reprises durant la nuit.

Le sommeil est aussi moins réparateur chez les personnes autistes, elles passent seulement 15 % de leur sommeil au stade des *rapid eye movement* contre 23 % pour les personnes non autistes. Le *rapid eye movement* est un stade du sommeil où interviennent les rêves et qui correspond au sommeil paradoxal.

Le manque de sommeil a des conséquences directes sur les personnes autistes et notamment sur leurs capacités sociales. Les enfants autistes qui souffrent de troubles du sommeil ont plus de comportements stéréotypés et performant moins bien aux tests d'intelligence. Ils ont également plus de difficultés à se concentrer.

Les enfants avec autisme sont davantage concernés par les troubles du sommeil car ils ont des spécificités susceptibles de perturber le sommeil comme des troubles gastro-intestinaux, le trouble déficitaire de l'attention, une anxiété marquée, et chacun de ces troubles peut interrompre le sommeil ou en réduire la qualité. Certains traitements, contre le trouble du déficit de l'attention, contre l'anxiété, ou pour prévenir les comportements défis peuvent aussi causer de l'insomnie.

Les troubles du sommeil chez les personnes autistes seraient également liés à une mutation du gène qui gouverne le cycle éveil/sommeil. Certaines études montrent que les personnes autistes portent une mutation qui affecte le niveau de mélatonine qui est une hormone naturelle qui contrôle le sommeil.

Certaines solutions peuvent être mises en place assez facilement pour les enfants ou les adultes : établir une routine avant le coucher peut permettre de sécuriser ce moment de changement entre deux états (éveillé/endormi, jour/nuit) qui peut être inquiétant pour les personnes autistes et faciliter ainsi l'endormissement. Avoir des horaires d'endormissement et de réveil identiques permet de concrétiser cette routine et de rendre le début et la fin de la journée plus prédictible.

Les troubles du sommeil peuvent aussi être liés au système sensoriel de la personne. Un bilan de profil sensoriel peut être réalisé par un professionnel formé (généralement un ergothérapeute, psychologue, psychomotricien) afin de mettre en oeuvre des solutions adaptées : lumières tamisées ou inexistantes, diminution ou augmentation de la température

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

de la pièce...

En dernier recours, des solutions médicamenteuses peuvent également être envisagées pour accompagner le sommeil. Cela ne peut être abordé qu'avec une analyse des bénéfices/risques pour la personne et avec un médecin spécialisé. Les suppléments de mélatonine peuvent être une bonne option car il y a à ce jour peu d'effets secondaires comparativement aux traitements psychiatriques. (B.Rogé, 2008, Dunod).

9.5 Les troubles de l'alimentation :

Les troubles de l'alimentation peuvent être précoces, dès la petite enfance. Ils peuvent se traduire par une difficulté de succion. Les personnes autistes sont également plus réticentes aux changements de textures : liquide/mouliné/solide. Beaucoup d'enfants et d'adultes autistes sont sélectifs dans leur choix de nourriture ou réticents à tester de nouveaux aliments. Cela se traduit de plusieurs façons :

- privilégier une seule texture : soit liquide, mouliné ou solide
- privilégié un seul type de cuisson : ne manger que des aliments crus ou que des aliments cuits
- privilégié un seul type de goût : ne manger que des aliments sucrés
- être réticent ou refuser de manger des aliments qui ont une forte odeur
- sélectionner les aliments selon leur couleur

Une combinaison de plusieurs de ces éléments est fréquemment rencontrée chez les personnes autistes. Une étude récente de 2017 a analysé les zones d'activation du cerveau lors d'une expérience où les participants ingéraient de l'eau sucrée. Le panel comprenait 17 hommes autistes et 20 personnes non autistes âgés d'environ une vingtaine d'année. L'étude de Riddell a démontré que non seulement les zones du cerveau de la moyenne insula et l'insula antérieure étaient activées (ce qui correspond bien au centre primaire du goût dans le cerveau), mais cette étude a prouvé que d'autres zones sont activées en même temps. Elles correspondent au sulcus temporel, qui permet de traiter les informations sociales et le gyrus fusiform, qui est impliqué dans la détection des visages. Cela n'est pas le cas avec le groupe témoin. Cette étude montre que la sensibilité au goût et les difficultés sociales chez les personnes autistes impliquent les mêmes zones du cerveau.

Certains de ces troubles alimentaires peuvent être expliqués par le besoin de contrôler l'anxiété, c'est pourquoi il arrive que les femmes autistes soient diagnostiquées à tort comme étant anorexiques. Ils s'expliquent également souvent par une modification des perceptions sensorielles qui peuvent rendre le goût, la vision ou les odeurs liées à la

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

nourriture désagréables. (Rogé.B., 2008,p15).

9.6 Les difficultés motrices et de coordination :

Les difficultés motrices et de coordination peuvent prendre plusieurs formes pour les personnes autistes.

Les personnes autistes peuvent avoir des difficultés à synchroniser les mouvements des jambes et des bras, particulièrement lorsque la personne est en train de courir (Guilbert 1989, Hallett et al. 1993). Un retard d'acquisition est observé dans la petite enfance concernant la marche, et certaines activités demandent une guidance plus importante, comme le fait d'apprendre à lacer ses chaussures, s'habiller ou utiliser les couverts.

Les enseignants remarquent souvent des difficultés dans les activités de motricité fine comme l'utilisation des ciseaux ou de l'écriture. Les activités demandant une coordination ainsi que le sens de l'équilibre sont acquises plus difficilement, tel que le vélo ou le skateboard. Très jeunes, les enfants autistes peuvent également avoir du mal à situer leur corps dans l'espace et se cognent dans les objets, les cassent ou renversent souvent leur verre ou assiette. Les professeurs d'éducation physique remarquent souvent que les enfants ont des problèmes de coordination et sont peu performant dans leur capacité à attraper, jeter, ou frapper une balle.

Ces difficultés motrices et de coordination entraînent une maladresse dans les actes quotidiens de la vie qui peut aboutir à une mise à l'écart sociale, soit parce que l'enfant perçoit qu'il est moins bon que ses camarades dans ces domaines et se met à l'écart, soit que ses pairs l'écartent des jeux par manque de performance de sa part.

Les personnes autistes peuvent aussi avoir des mouvements involontaires ou tics qui vont de petits tressaillements à peine perceptibles à des mouvements complexes difficilement gérables en société. Ces comportements corporels sont renforcés dans les moments de stress et peuvent également occasionner du harcèlement : des moqueries, une mise à l'écart ou même de la violence physique. Les difficultés rencontrées lors de l'écriture manuelle. Les lettres sont mal formées et plus grosses qu'il n'est attendu. Les enfants peuvent aussi être plus lent à écrire et donc compléter les devoirs demandés hors du temps impartis. Un des aménagements qui peut être facilement mis en place est de laisser un temps additionnel à l'enfant autiste pour qu'il ne soit pas pénalisé où l'autoriser à écrire sur un clavier d'ordinateur .(Rogé ,B, 2008,P15)

9.7 Les troubles psychiatriques :

Les personnes autistes rencontrent souvent des difficultés émotionnelles comme

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

pathologies associées, notamment les troubles de l'anxiété. La dépression est également très fréquente chez les personnes autistes. Peu d'études épidémiologiques ont été menées sur ce sujet mais on sait que 10 % des personnes diagnostiquées en CRA ont une ou plusieurs pathologies associées d'ordre psychiatrique (Ghaziudin et al. 1992). Dans une étude du même auteur réalisée en 1998 auprès de personnes Asperger, 23 patients sur 36 soit 66 % ont une ou plusieurs pathologies associées.

Une étude de Simonoff et al. Datant de 2008 a montré que sur un groupe de 112 enfants autistes âgés de 10 à 14 ans, 70 % d'entre eux avait une comorbidité et 41 % avaient deux pathologies associées d'ordre psychiatrique (anxiété, dépression, comportement d'opposition, troubles des conduites, trouble de l'attention, tics, trichotillomanie, énurésie, encoprésie). (Rogé,B. 2008,P15).

10 Le fonctionnement d'une personne autiste :

10.1 Le fonctionnement cognitif :

Les causes de l'autisme restent aujourd'hui inconnues, bien que l'on retrouve des facteurs étiologiques au niveau métabolique, chromosomique et neuro-anatomique.

A partir des caractéristiques neuropsychologiques retrouvées chez les personnes avec autisme, les recherches actuelles ont tenté de construire des modèles explicatifs du fonctionnement autistique.

10.1.1 Le traitement de l'information perceptive :

- Les particularités de traitement de l'information chez les personnes avec autisme se retrouvent à différents niveaux et sont en mesure d'expliquer plusieurs fonctionnements atypiques.
- Défaut du traitement spatio-temporel de perception, Gepner (2006) : Les personnes avec autisme éprouvent des difficultés à traiter dans un même temps des informations sensorielles simultanées. Ces particularités perceptives se répercutent ensuite au niveau du couplage sensori-moteur. Pour Gepner, cette lenteur de traitement explique les difficultés de ces personnes pour comprendre et produire en temps réel des actions motrices, des communications verbales et non verbales.
- Défaut de cohérence centrale : modèle de Frith et Happé (in Valeri & Speranza, 2009) : Pour traiter une information de manière cohérente et lui donner une signification, il est nécessaire de l'intégrer dans un contexte plus large (Valéri & Speranza, 2009). Au contraire, les personnes avec autisme ont tendance à mettre en place un traitement atypique qui consiste

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

à privilégier un traitement local, c'est-à-dire morceau par morceau. Les auteurs mettent en lien ces traitements particuliers avec plusieurs caractéristiques comportementales des personnes avec autisme. En effet, elles présentent des difficultés pour traiter l'information de manière globale et pour désengager leur attention. En conséquent, elles explorent les scènes de manière moins efficace et éprouvent des difficultés à en percevoir tous les éléments. Cela entrave la compréhension de leur environnement. D'autre part, les traitements perceptifs particuliers peuvent expliquer l'attrait des personnes avec autisme pour la répétition sous forme de stéréotypie et les réponses anormales à la nouveauté (Gillet, 2013).

10.1.2 Les fonctions exécutives :

- Particularités des fonctions exécutives : Les fonctions exécutives sont « l'ensemble des capacités impliquées dans le maintien des stratégies appropriées à la résolution de problème afin d'atteindre un objectif futur » (Valeri & Speranza, 2009). Sinzig et al. (2008) mettent en évidence des déficits au niveau de la mémoire de travail, de la planification, de la flexibilité cognitive et de l'inhibition chez les personnes avec autisme. Ces déficits sont durables et plus importants chez les personnes avec autisme que chez les personnes avec un retard mental apparié (Plumet, Hugues, Tardif, & Mouren-Siméoni, 1998).

Au niveau neurobiologique, des études expliquent ces dysfonctionnements exécutifs par des anomalies structurelles, de maturation et de fonctionnement du cortex frontal (Salmond et al., 2003 ; Luna et al., 2002 in Valeri & Speranza, 2009)

- Lien entre le dysfonctionnement exécutif et les caractéristiques autistiques :

Le déficit en flexibilité cognitive peut expliquer les rigidités de communication verbale et de conduites sociales. En effet, la personne avec autisme présente une résistance à générer des utilisations spontanées et non littérales des objets et des situations. Ses capacités imaginatives sont amoindries : elle produit moins de nouvelles idées et de comportements. En conséquent, la personne avec autisme est moins apte à s'ajuster aux situations. D'autre part, les résultats déficitaires dans les tâches de théories de l'esprit peuvent s'expliquer par les difficultés d'inhibition de la réponse prédominante (Plumet, Tardif, Hugues, & Mouren-Siméoni, 1998).

- Limites de ce modèle explicatif : Les dysfonctionnements exécutifs ne sont pas spécifiques à l'autisme. En outre, il n'y a pas de corrélation entre l'importance du déficit exécutif et celui des habilités sociales et les troubles autistiques sont présents avant l'apparition des fonctions exécutives (Valeri & Speranza, 2009). Pour Plumet, Tardif, Hugues et Mouren-Siméoni (1998), ce dysfonctionnement « n'est qu'un maillon de la chaîne du développement pathologique »

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

10.1.3 La cognition sociale et la théorie de l'esprit :

Les modèles suivants expliquent les troubles autistiques par un déficit spécifique du traitement des informations sociales.

- Défaut de mentalisation (Baron-Cohen, 1997) : Les personnes avec autisme présentent des difficultés à attribuer des états mentaux aux personnes, ce qui implique un retard dans le développement de la théorie de l'esprit. Au niveau neurobiologique, on retrouve des activations plus faibles des zones impliquées dans la mentalisation (zone frontale, amygdale, préfrontale médiane) chez les personnes avec autisme.
- Déficit spécifique du fonctionnement des neurones miroirs (Rizzolatti & Craighero, 2004, in Valeri & Speranza, 2009) : Les neurones miroirs ont pour caractéristiques de s'activer lorsqu'une personne réalise une action, imagine la réaliser ou bien lorsqu'elle voit une personne réaliser cette action. Des recherches ont mis en évidence des dysfonctionnements de ces groupes de neurones chez les personnes avec TSA. Ces anomalies sous-tendraient les difficultés d'imitation, de compréhension des intentions d'actions et d'empathie repérée chez les personnes avec TSA.

10.2 Le fonctionnement communicatif :

Les aspects communicatifs sont des points clés dans le dépistage et le diagnostic de l'autisme. Nous évoquerons dans cette partie la communication verbale (aspects formels et pragmatiques de communication). Les aspects non verbaux de la communication seront abordés dans la partie concernant le fonctionnement psychomoteur.

10.2.1 Aspects formels du langage :

On note généralement un retard et des particularités dans le développement des aspects formels du langage. En effet, les personnes avec autisme peuvent développer un langage écholalique qui se définit par la répétition littérale et différée de mots et de phrases. Cette écholalie apparaît plus tardivement que dans le développement langagier typique et persiste plus longtemps. On note également des difficultés spécifiques dans l'acquisition et la compréhension de l'inversion pronominale qui nécessite une souplesse mentale. De plus, les personnes avec autisme présentent des anomalies qualitatives de la prosodie. L'intensité, le débit, l'intonation, les pauses et l'accentuation du discours sont mal ajustés et les personnes avec autisme éprouvent des difficultés à interpréter celle de leur interlocuteur (Garrigou, 2013). Selon la HAS (2012), le retard et les particularités langagiers perdurent chez 50% des enfants autistes.

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

10.2.2 Aspects pragmatiques du langage:

La pragmatique de communication correspond à l'usage social du langage. Même les enfants avec autisme présentant un bon niveau langagier présentent ce type d'anomalies. Ils éprouvent notamment des difficultés pour accéder à la compréhension non littérale du langage (la polysémie, les sous-entendus, l'humour, les formes imagées). D'autre part, ils présentent des particularités sur le plan des habiletés conversationnelles. Les enfants avec autisme communiquent davantage dans un but concret que social. Ils accèdent difficilement aux règles de communication, comme le tour de rôle, la continuité du discours, et l'ajustement au partenaire (Garrigou, 2013).

10.3 Le fonctionnement psychomoteur :

Le tableau clinique de l'autisme se caractérise par une hétérogénéité des profils dépendante des interactions entre l'âge, le QI, l'atteinte du langage, la présence de comorbidités. D'autre part, la variabilité des expériences et leur influence sur le développement cognitif accroît cette hétérogénéité (Mottron, 2009). La présence et l'intensité des troubles psychomoteurs que nous citerons ne sont donc pas présents de manière uniforme et systématique chez les personnes avec autisme. On retrouve, chez les personnes avec autisme, une altération significative du fonctionnement moteur, cognitif, affectif et motivationnel. Ces particularités affectent de manière durable la vie en relation avec l'environnement physique et social de la personne (Perrin, Le Menn-Tripi, Maffre, & Barthélémy, 2014) Les troubles psychomoteurs se manifestent dans les conduites d'exploration, d'action et de communication.

10.3.1 Particularités des conduites d'exploration :

Les mouvements d'exploration permettent à l'individu d'extraire des informations de son environnement pour orienter son activité vers la découverte et la maîtrise du monde extérieur. Chez la personne avec autisme, on relève des particularités dans l'ensemble de la chaîne de traitement des informations sensorielles (Laranjeira & Perrin, 2013). On décrit tout d'abord une variabilité des seuils de réactivité aux stimuli sensoriels se traduisant par une hypo ou une hypersensibilité. L'intégration de ces différentes informations se caractérise ensuite, généralement, par un traitement monomodal et séquentiel. Les comportements ainsi générés peuvent, enfin, se traduire par des conduites de recherche de sensations (autostimulations, stéréotypies motrices) ou d'évitement. Ce fonctionnement sensoriel singulier (comme l'hyperacousie) génère un certain nombre de difficultés d'adaptation mais il se traduit également par des pics de compétences dans les tâches de discriminations perceptives visuelles et auditives. Sur le plan attentionnel, ce fonctionnement se traduit par des

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

explorations perceptives visuelles focalisées dites en « tunnel de vision » et une efficacité amoindrie des processus d'alertes (Gillet, 2013).

10.3.2 Particularités des conduites d'action :

Les conduites d'action correspondent à la manière dont l'individu met son corps en action dans l'environnement pour atteindre un but donné. Selon une étude de Green et al. (2009 in Corraze, 2013), on retrouve des troubles moteurs chez 79% des sujets autistes évalués à l'aide du M-ABC (test et questionnaire).

Concernant la motricité manuelle, la latéralisation se fait plus tardivement et est inconstante. Au niveau moteur, les personnes avec autisme sont en difficultés pour ajuster leur force en fonction des prises et manquent de vitesse dans les activités de dextérité manuelle. Les mouvements sont parfois réalisés de manière non-académique et nécessitent un contrôle attentionnel plus important. Les difficultés à ce niveau sont telles que certains auteurs en viennent à parler de dyspraxie gestuelle. En effet, on retrouve des troubles praxiques chez 34% des enfants autistes, ce qui induit des difficultés d'autonomie personnelle. En effet, les conduites vestimentaires, de toilette et d'alimentation requièrent un contrôle gestuel important et précis. Les personnes avec autisme présentent également des particularités sur tous les plans de la motricité globale. On note d'abord des difficultés dans l'ajustement tonique : on retrouve fréquemment une hyperlaxité ligamentaire, des syncinésies et une hypotonie (Perrin, 2013). Ensuite, les particularités sensorielles influencent la posture que présentent les enfants avec autisme. Ils adoptent généralement des positions qui permettent de stimuler certains canaux (marche sur pointe des pieds). Enfin, ces fonctionnements toniques et posturaux particuliers se répercutent sur leurs conduites locomotrices : les enfants avec autisme sont souvent déséquilibrés, manquent de contrôle et d'ajustement, ils se déplacent moins vite et de manière moins fluide (Nobile et al., 2010 ; Esposito et al., 2011 in Perrin, 2013).

D'autre part, les particularités d'intégration sensorielle évoquées précédemment génèrent un contrôle spécifique aux personnes avec autisme. Elles sont plus dépendantes des informations visuelles que la moyenne pour les ajustements en ligne (Molloy et al., 2003, in Perrin, 2013), elles sont donc plus facilement déséquilibrées en l'absence de ces informations. Elles présentent également davantage d'ajustements posturaux anticipés en boucle fermée (Schmitz, 2000, in Perrin, 2013). Ainsi, fréquemment, lors de mouvements de prises, les personnes avec autisme ne préparent pas la position manuelle adéquate en amont mais la réajuste à la fin du mouvement. Enfin, au sujet du fonctionnement cognitif, les personnes avec

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

autisme présentent deux types de particularité qui diminuent la variabilité de leurs conduites d'action. Les défauts d'inhibition motrice et de flexibilité qu'elles présentent entravent leurs capacités de planification cognitive et motrice : elles inhibent moins les réponses prédominantes et génèrent moins de réponses alternatives. Elles sont donc moins aptes à produire une nouvelle séquence d'actions organisées. En outre, on note un défaut de pragmatisme du mouvement chez les personnes avec autisme. En effet, elles semblent guider leurs actions par l'acte en lui-même et non par le but. En conséquence, les personnes avec autisme orientent préférentiellement leur activité vers des mouvements au caractère répétitif et immuable (Laranjeira & Perrin, 2013).

10.3.3 Les conduites de communication :

Les troubles psychomoteurs s'actualisent dans les mouvements de communication non verbaux. Dans les situations d'échange, on note des difficultés dans la régulation de la distance interpersonnelle, du contact oculaire (qui peut être évitant ou fixe) et dans l'utilisation des mimiques (souvent non adressées à l'interlocuteur). De plus, l'intensité de ces dernières est variable, parfois mal ajustée voir incohérente avec la situation. Fréquemment ces enfants éprouvent des difficultés dans la lecture des expressions faciales et de la gestuelle, il est compliqué pour eux d'en tirer des renseignements sur les émotions de leurs interlocuteur (Garrigou, 2013). Ces particularités se manifestent également dans les conduites imitatives qui constituent, au-delà d'une modalité d'apprentissage, un réel mode de communication non verbal. Les compétences des personnes avec autisme se révèlent, dans ce domaine, hétérogènes et fluctuantes selon le type d'imitation considéré. Les études actuelles montrent que les capacités d'imitation spontanée et que la perception d'être imité sont de meilleure qualité que l'imitation sur demande

11 Diagnostic différentiel du TSA :

Le diagnostic différentiel de l'autisme est très difficile. Plusieurs troubles peuvent être isolés de l'autisme ou ils peuvent être également un signe de présence d'autisme. Généralement, ces troubles sont observés avant l'âge de 30 mois. Parmi ces troubles, il y a les déficits sensoriels (surdité, déficits transitoires de la vision), le retard mental, les troubles du langage (aphasies cong nitaless, aphasie acquises), d'après le DSM-5, le trouble du spectre de l'autisme ne doit être retenu que si les critères diagnostiques sont remplis dans leur ensemble.

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

- Le troubles du langage et trouble de la communication sociale (pragmatique). Dans certaines formes de trouble du langage il peut y avoir des problèmes de communication et des difficultés de socialisation secondaires. Cependant, les troubles spécifiques du langage ne sont pas habituellement associés à des anomalies de la communication non verbale ou à modes restreints et répétitifs de comportements, d'intérêts et d'activités. Lorsqu'un sujet a une altération de la communication sociale et des interactions sociales mais n'a pas de comportements ou d'intérêts restreints et répétitifs, les critères de trouble de la communication sociale (pragmatique), plutôt que ceux d'un trouble du spectre de l'autisme, peut être remplis. Le diagnostic de trouble du spectre de l'autisme doit être préféré à celui de trouble de la communication sociale (pragmatique)). (M. Crocq, JD. Guelfi,2015, P65)
- Un handicap intellectuel sans trouble du spectre de l'autisme peut être difficile à distinguer du trouble du spectre de l'autisme chez les très jeunes enfants. Le diagnostic différentiel peut également être malaisé chez les sujets ayant un handicap intellectuel qui n'ont pas développé de langage ou de compétences symboliques car chez ceux-ci les comportements répétitifs peuvent également être fréquents. Un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme se justifie chez un individu ayant un handicap intellectuel lorsque la communication et les interactions sociales sont significativement altérées par rapport au niveau développemental de ses compétences non verbales (p. ex. par rapport à ses habiletés motrices innées, sa capacité à résoudre des problèmes non verbaux). En revanche, le diagnostic de handicap intellectuel est entré justifié lorsqu'il n'y a pas de différence apparente entre le niveau de compétences socio communicatives et les autres compétences intellectuelles.). (M. Crocq, JD. Guelfi,2015, P65)
- Mouvements stéréotypés. Les stéréotypies motrices appartiennent aux caractéristiques diagnostiques du trouble du spectre de l'autisme ; un diagnostic additionnel de mouvements stéréotypés ne se justifie pas si ces mouvements répétitifs sont mieux expliqués par la présence d'un trouble du spectre de l'autisme. Cependant, lorsque les stéréotypies causent des blessures auto-infligées et deviennent une cible thérapeutique, les deux diagnostics peuvent être donnés.). (M. Crocq, JD. Guelfi,2015, P66)
- Déficit de l'attention/hyperactivité. Les anomalies de l'attention (trop focalisée ou facilement distraite) sont fréquentes chez les sujets ayant un trouble du spectre de l'autisme, tout comme l'hyperactivité. Un diagnostic de déficit de l'attention/hyperactivité doit être envisagé lorsque les difficultés attentionnelles ou l'hyperactivité excèdent ce qui est attendu

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

chez des personnes d'âge mental comparable.). (M. Crocq, JD. Guelfi,2015, P66)

- Schizophrénie. La schizophrénie à début précoce se manifeste habituellement après une période de développement normal ou quasi normal. Une phase prodromique a été décrite, au cours de laquelle un retentissement social ainsi que des intérêts et croyances atypiques peuvent survenir ; ces derniers peuvent être confondus avec les déficits sociaux observés dans le trouble du spectre de l'autisme. Les hallucinations et le délire, qui sont caractéristiques de la schizophrénie, ne sont pas des symptômes du trouble du spectre de l'autisme. Cependant, les cliniciens doivent tenir compte du fait que les sujets ayant un trouble du spectre de l'autisme peuvent interpréter au premier degré certaines questions relatives aux caractéristiques principales de la schizophrénie (p. ex. « Entendez-vous des voix lorsqu'il n'y a personne ? » « Oui [à la radio] »). (M. Crocq, JD. Guelfi,2015, P66)

- La surdité est discutée devant le retard de langage et l'absence apparente et réactions à certains stimulations auditives (notamment à la voix). Néanmoins, les enfants sourds ont en général une appétence pour la communication non verbale. En fait surdité et autisme ne peuvent être confondus ; en revanche ils peuvent être associée. Il en est de même avec la cécité qui peut aussi poser des difficultés de diagnostic, notamment chez les plus jeunes.

(Chossy.J.F, 2003, p 100).

- Le retard mental : autisme et retard mental ne sont pas exclusifs l'un de l'autre. Nombre d'enfants autistes ont un retard parfois important ; mais chez les autistes les anomalies du contact et de la communication sont au premier plan ; avec les comportements bizarres et stéréotypé : d'autre part leur fonctionnement intellectuelle est plus hétérogène que celui des enfants retardés du même niveau (retard simple), avec des troubles qui ne concernent pas de façon équivalente les différentes fonctions : mémorisation, catégorisation...

(Chossy.J.F, 2003, p 100).

- Les dépressions et carence affectives ont pu parfois être confondues avec l'autisme en raison de l'apathie, du retrait, du refus de contact. Mais la symptomatologie dépressive du jeune enfant fait généralement suite à un changement repérable dans son environnement et analyse sémiologie montre que les capacités de communication sont préservées.

(Chossy.J.F, 2003, p 100).

12 Le Diagnostic :

Etablir un diagnostic de l'autisme est une tâche complexe qui exige temps et compétences de la part de plusieurs professionnels. Après avoir vu en consultation une demi-douzaine ou une douzaine de cas ne permet pas de faire plus facilement le diagnostic, car tous les cas

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

peuvent être très différents les uns des autres (RITVO.E, LAXER.G,1983, P32)

Le diagnostic doit être supervisé par un médecin spécialiste (psychiatre ou neuropédiatre) et comprend obligatoirement l'élimination de pathologies qui peuvent se manifester d'une manière proche de celle d'un autisme :

- Bilan auditif : pour éliminer une surdité éventuelle ; en effet un enfant malentendant peut manifester des comportements similaires à ceux d'un enfant autiste
- Bilan d'orthophonie : afin d'évaluer le niveau de retard de langage s'il y a lieu
- Bilan psychomoteur : on retrouve fréquemment des troubles du développement moteur dans l'autisme.
 - En complément :
- Examen neurologique : pour détecter une pathologie neurologique ou une épilepsie associée (EEG)
- Enquête génétique : pour dépister certaines affections génétiques connues pouvant entraîner un TED

([Http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/psychiatrie5an05-autisme.pdf](http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/psychiatrie5an05-autisme.pdf))

5 e année médecine – Rotation 3 – 2016/2017 Module de Psychiatrie Autisme.

13 La Prise en charge :

- Il n'y a pas à ce jour de traitement capable de guérir l'autisme, et il est très difficile de ne pas se perdre devant la multiplicité des modes de prises en charge proposées pour répondre aux difficultés des personnes autistes

- Il est couramment recommandé que la prise en charge des personnes autistes repose sur trois grands volets dont la part relative est à adapter en fonction des caractéristiques de chaque personne et de son évolution (projet personnalisé). Ces trois volets sont les suivants :

- Educatif : avec pour objectif l'autonomie du sujet ;
- Pédagogique : avec pour objectif les apprentissages ;
- Thérapeutique : avec pour objectif la santé mentale et physique du sujet.

- Traitements médicamenteux : l'utilisation de médicaments peut être indiquée. Il faut savoir que les traitements pharmacologiques sont toujours symptomatiques c'est-à-dire qu'ils visent à réduire certains symptômes (comme l'agitation, l'anxiété, des stéréotypies ou rituels envahissants, les troubles du sommeil...), sans traiter la cause de l'autisme. En général ces traitements ne sont pas dénués d'effets secondaires. Chez l'enfant, très peu ont reçu

Chapitre II : Le trouble du spectre autistique.

l'Autorisation de Mise sur le Marché. Par contre, en permettant de soulager un symptôme gênant ou d'apaiser une période de crise, ils peuvent avoir un impact indirect sur les apprentissages, la communication ou la socialisation.

<http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/psychiatrie5an05-autisme.pdf>. 5
année médecine – Rotation 3 – 2016/2017 Module de Psychiatrie « Autisme ».

Synthèse :

En guise de conclusion de ce chapitre, on peut retenir que le TSA est considéré comme un trouble neurodéveloppemental qui dure toute la vie, Certes un développement peut être observé si l'enfant est en constante stimulation et que son environnement lui permet de se développer, dans le cas contraire une détérioration de ses capacités sera observable et par conséquent les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne s'aggravent. Le TSA nécessite une large investigation pour sa complexité, il reste toujours un trouble méconnu par rapport aux causes, ce qui motive les cliniciens et scientifiques à faire plus de recherches et études sur ce sujet. La prise en charge de ce trouble nécessite une intervention multidisciplinaire pour un accompagnement de qualité et une adaptation au moins partielle pour ce type de trouble.

**Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans
hyperactivité**

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Préambule :

Les personnes souffrant d'un TDAH ont des difficultés d'attention et/ou d'impulsivité et d'hyperactivité qui affectent différentes sphères de leur vie (sociale, scolaire et professionnelle). Ce trouble se présente plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte mais il persiste à l'âge adulte chez la moitié des enfants qui en sont atteints. On estime à environ 4% la prévalence de ce trouble chez la population adulte. Le TDAH n'est pas plus fréquent chez les garçons que chez les filles mais il se manifeste différemment en général, les garçons présentent davantage d'hyperactivité et d'impulsivité tandis que les filles démontrent plus d'inattention.

Dans ce chapitre, nous allons aborder « le trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité », où on a commencé par éclaircir ce trouble depuis son apparition avec une brève histoire, puis nous passerons aux définitions et aux signes référés au DSM, puis nous finirons notre chapitre par le point primordial qui est la comorbidité entre le TDAH et le TSA et la prise en charge la mieux adaptée pour ces deux troubles neurodéveloppementaux.

1 Historique du TDA/H :

Le signe « TDA/H : trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité » est d'usage récent : il s'agit en fait de la traduction de l'anglais ADHA (attention deficit hyperactivity disorder) apparu officiellement dans la quatrième édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) de 1994.

Pourtant les enfants qui présentent les symptômes de TDA/H sont décrits dans la littérature médicale depuis le XIX siècle : la description et la terminologie ont évolué avec une meilleure compréhension du trouble au niveau neuropsychologique : l'accent est maintenant mis sur la composante attentionnelle, au détriment de l'hyperactivité motrice qui ne constitue plus le fondement du diagnostic.

Historiquement, c'est Hoffmann en Allemagne (1845) et Bourneville en France (1897) qui ont décrit les premiers les cas d'instabilité psychomotrice. Ces travaux se sont ensuite enrichis des travaux de Wallon qui décrit le « Syndrome d'instabilité de l'enfant » et « d'enfant turbulent » en 1925.

A l'issue de la deuxième guerre mondiale, le courant psychanalytique et

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

psychodynamique se développe en France ou l'approche est plutôt affective : il est question de « troubles affectio- caractériels ».

En revanche aux États-Unis, l'approche est plutôt neurologique : les enfants remuants sont regroupés d'un point de vue symptomatique avec les enfants ayant présenté des troubles d'origine neurologique comme les encéphalites, et il est question de lésion cérébrale minimes (Minimal Brain Damage).

Finalement ce concept va être abandonné face à l'absence d'arguments d'ordre neuro-anatomiques, et la catégorie de « réaction hyperkinétique de l'enfance » va éclore avec le DSM en 1968. Avec le DSM III en 1980 la dimension attentionnelle du trouble est mise en avant, et la version actuelle du DSM-V de 2013 apporte un nouvel éclairage en inscrivant le TDA/H dans les « troubles du neurodéveloppement » (au même titre que l'autisme, ou les troubles des apprentissages par exemple). (Nathalie. F, 2020, P20)

2 Définition du TDAH :

Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental d'origine génétique et environnementale qui apparaît pendant l'enfance et qui se caractérise par des symptômes comportementaux envahissants d'hyperactivité, d'inattention et d'impulsivité qui sont présents depuis au moins six mois et qui ont un impact négatif sur le fonctionnement et le développement quotidiens. Le TDAH est très répandu. Des recherches combinant des données provenant de plusieurs sources et analysées par méta-régression ont fait état d'une estimation mondiale de 5,29 à 7,2 % chez les enfants ,2,5 % chez les adultes et entre 2,8 % chez les adultes plus âgés. Les symptômes doivent persister tout au long de la vie, bien que l'équilibre relatif et les manifestations spécifiques des caractéristiques inattentives et hyperactives-impulsives varient d'un individu à l'autre, et peuvent changer au cours du développement, par exemple, les symptômes hyperactifs impulsifs en particulier diminuent généralement avec l'âge.

(<file:///C:/Users/Micro/Downloads/Guide+TSA+et+TDAH.pdf>)

Selon le DSM-IV (APA, 2000), le TDA/H est un trouble neurodéveloppemental consécutif à un dysfonctionnement cérébral à minima. Il touche 3 à 7% des enfants d'âge scolaire avec une prévalence plus importante de garçon (6,4 garçons pour 1 fille). Il se caractérise par des dysfonctionnements comportementaux, cognitifs et émotionnels

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

suivants une évolution chronique et ayant des retentissements scolaires, familiaux et sociaux (Purper,O., et al .2006).

Le trouble d'attention/hyperactivité (TDA/H) est un trouble fréquent d'apparition précoce qui touche 3 à 5 % des enfants d'âge scolaire. Il s'agit d'un syndrome encore trop peu connu pour ce qu'il est réellement. Le TDA/H est un trouble qui se manifeste par une tendance excessive à la distraction et des difficultés de concentration, mais par toujours accompagnées d'hyperactivité ou d'impulsivité exagérée. (Mercier,J., 2009,P38)

Le TDA/H désigne un niveau d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité supérieur à ce qui est normalement observé chez les enfants d'un niveau de développement similaire. Sa prévalence est de 8% à 10% des enfants d'âge scolaire (American Psychiatric Association « APA », 2000-2003). Le trouble touche plus de garçons que les filles (fréquence relative de 3 :1 à 9 :1 selon les études), mais il est aussi plus difficile à diagnostiquer chez les filles (APA, 2000,2003)

Le TDAH se caractérise par la combinaison d'une distractibilité et d'un défaut de contrôle affectant l'ensemble de la sphère cognitive, psycho-comportementale, émotionnelle et relationnelle de l'enfant. Individualisé à la rubrique des troubles perturbateurs du comportement, le TDAH est défini dans la classification américaine DSM-IV-TR comme une entité diagnostique multidimensionnelle, regroupant trois formes cliniques :la forme mixte, associant inattention et hyperactivité/ impulsivité, et les formes avec inattention ou hyperactivité/ impulsivité prédominante. La classification de l'OMS(ICD -10) propose une définition plus restreinte du syndrome, qu'elle dénomme trouble hyperkinétique. (APA,2003, P109)

3 La sémiologie du TDAH :

Dans la description des symptômes ou des manifestations de TDA/H, certains auteurs tels que (Russell A. Barkley (1997) ont tenté de définir la nature du trouble afin de mettre en évidence le lien existant entre tous ces symptômes. Afin d'identifier la présence d'un déficit des fonctions neuropsychologiques dans le TDA/H, il fallait se donner un modèle théorique pour comprendre les processus en cause et leurs interactions. C'est ce que Berkeley a tenté de faire en élaborant une théorie basée sur les données récentes de la neurobiologie et de la neuropsychologie du cerveau.

Selon Berkeley, le TDA est d'abord un trouble du développement des capacités d'inhibition du comportement et non un trouble de l'attention comme le laisse sous-

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

entendre son nom. Ce désordre vient interférer avec le développement des capacités d'autorégulation qui sont associées en neuropsychologie aux fonctions exécutives. (ELMassioui,F., et al, 2016, P53) Le TDAH se définit par " une triade symptomatique". C'est-à-dire qu'il existe trois grands groupes de symptômes qui constituent le trouble : l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité.

L'inattention est au cœur du trouble et en détermine la base neuropsychologique : elle se traduit par la difficulté de l'enfant ou de l'adolescent à rester posé sur une tâche, à engager et maintenir un effort cognitif. Elle peut être variable en fonction des circonstances : ainsi certains enfants peuvent rester très concentrés sur des activités qui leur plaisent, et souffrir de leur TDAH seulement lors d'activités plus coûteuses pour eux (en particulier le travail scolaire) (Franc,N., 2020, P5)

L'impulsivité se définit par un défaut de contrôle et une difficulté à retarder une réponse : elle peut être motrice en particulier chez le jeune enfant comme par exemple le fait d'arracher un objet des mains d'un autre enfant, de prendre des affaires sans demander de permission, de répliquer par la violence physique ; elle est plus souvent cognitive : couper la parole, parler sans lever le doigt ou encore faire des exercices sans avoir pris le temps de lire l'énoncé. (Franc,N., 2020, P5)

L'hyperactivité est facultative et se manifeste par une forme d'instabilité motrice avec un mouvement permanent qui peut être léger (se tortille les mains) ou plus important (courir, sauter) ainsi qu'une difficulté à réguler le degré d'un mouvement (réalisé des gestes amples, prendre des risques physiques, parler fort...) (Franc,N., 2020, P5)

4 Critères diagnostiques selon le DSM-5 :

Selon le DSM-5 est caractérisé par un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité- impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par :

1. Inattention : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles

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

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (p. ex. a du mal à rester concentré pendant les cours magistraux, des conversations ou la lecture de longs textes). c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (p. ex. semble avoir l'esprit ailleurs, même en l'absence d'une source de distraction évidente).

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

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

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

g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex. matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuilles, clés, documents, lunettes, téléphones mobiles).

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

i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p. ex. effectuer les tâches ménagères et faire les courses ; chez les grands adolescents et les adultes, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous). (Crocq, M., Guelfi, DJ., 2015, P67)

2. Hyperactivité et impulsivité : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles.

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

b. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (p. ex. quitte sa place en classe, au bureau ou dans un autre lieu de travail, ou dans d'autres situations où il est censé rester en place).

c. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

(N.B. : Chez les adolescents ou les adultes cela peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice.)

- d. Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- e. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » (p. ex. n'aime pas rester tranquille pendant un temps prolongé ou est alors mal à l'aise, comme au restaurant ou dans une réunion, peut être perçu par les autres comme impatient ou difficile à suivre).
- f. Parle souvent trop.
- g. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (p. ex. termine les phrases des autres, ne peut pas attendre son tour dans une conversation).
- h. A souvent du mal à attendre son tour (p. ex. dans une file d'attente).
- i. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités, peut se mettre à utiliser les affaires des autres sans le demander ou en recevoir la permission ; chez les adolescents ou les adultes, peut être intrusif et envahissant dans les activités des autres). (Crocq, M., Guelfi, DJ.,2015, P67,68).

5 Les signes d'alerte du TDAH :

- Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autre activité.
- A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux.
- Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement.
- Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques.
- A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités.
- Souvent évite, à en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison).
- Perd souvent les objets nécessaires à ses activités (cahier, jouets, crayons, livres...)
- Se laisse facilement distraire par des stimuli externes.
- A des oublies fréquentes dans la vie quotidienne.

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

5.1 Inattention :

Pour la classification internationale du (DSM-V) :

- 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 ; a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux,
- Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement ; souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques,
- A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités souvent évite, à en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison),
- Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (jouets cahiers, crayons, livres, outils),
- Se laisse facilement distraire pas des stimuli externes A des oublis fréquents dans la vie quotidienne;(Franc, N.,2020, P 6)

5.2 Hyperactivité :

- Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège ;
- Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assied ;
- Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié ;
- A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs ;
- Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » ;
- Parle souvent ;(Franc, N.,2020, P 6)

5.3 Impulsivité :

- Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posé ;
- A souvent du mal à attendre son tour ;
- Interrompt souvent les autres ou impose sa présence « fait éruption dans les conversations ou dans les jeux » ;(Franc, N.,2020, P 6-7)

6 Les causes du TDAH :

Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental commun qui altère le fonctionnement

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

et requière une intervention intensive. Beaucoup de recherches sont axées sur l'identification d'interventions fondées scientifiquement pour ce trouble. Les traitements qui sont actuellement fondés sont les interventions comportementales et les traitements pharmacologiques. Le traitement pharmacologique procure la plus grande réduction des symptômes principaux du TDAH (inattention, hyperactivité-impulsivité), alors qu'il est prouvé que lorsque les traitements pharmacologiques et les interventions comportementales sont combinés cela permet une plus grande amélioration des déficiences associées (p. ex., relations parent-enfant, problèmes scolaires, anxiété). Bien que ces traitements soient utiles pour réduire les symptômes centraux du TDAH, ils ne semblent pas remédier aux déficits principaux qui accompagnent ce trouble et leurs bénéfices ne sont souvent ni durables, ni généralisables. Il sera essentiel de développer la recherche translationnelle pour lier les facteurs de risque entre biologiques et environnementaux au développement de stratégies de traitement améliorées. Parmi les futurs domaines clés de recherche sur le sujet, on retrouve l'identification des facteurs spécifiques qui influencent l'évolution du traitement, le développement d'interventions qui produisent des effets généralisables et durables, l'identification de moyens pour cibler les difficultés fonctionnelles que présentent souvent les individus atteints et la vérification des bénéfices potentiels des mesures préventives.

6.1 Facteurs internes :

6.1.1 Facteurs neurologiques :

Il s'agirait d'un mauvais fonctionnement de certaines zones cérébrales.

6.1.2 Facteurs cognitifs :

Les enfants TDA/H sont capables de soutenir leur attention mais sur autre chose. On appelle ça l'attention périphérique. Ils ont une attention plus diffuse ou plus globale. L'enfant a un esprit toujours en mouvement qui cible tout ce qui l'intéresse.

6.1.3 Facteurs de développement :

Le processus de développement est individuel : des personnes différentes évoluent à des rythmes différents. Il peut y avoir des écarts de 2 à 4 ans de maturité entre des enfants qui ont le même âge chronologique. Nous sommes dans une tendance culturelle à forcer le développement qui amène les parents et les éducateurs à avoir des

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

attentes irréalistes vis-à-vis de certains enfants.

6.2 Facteurs externes :

6.2.1 Les facteurs génétiques :

Le poids des facteurs génétiques est important dans le TDAH. Les études portant sur le génome confirment une cause polygénique pour la plupart des cas de TDAH, de nombreux variant génétiques se combinent entre eux et augmentent le risque d'apparition d'un trouble. Le TDAH peut également être lié à des anomalies monogéniques rares ou des anomalies chromosomiques.

6.2.2 Les facteurs environnementaux :

Parmi les facteurs environnementaux pouvant être à l'origine d'un TDAH on retrouve : l'exposition à des toxiques, comme le plomb qui est très bien étayé, mais également les médicaments comme le paracétamol ou le Valproate (traitement utilisé dans l'épilepsie), et encore l'exposition aux phtalates (emballages), les pesticides organophosphorés, et les polluants liés à la circulation automobile comme l'oxyde nitrique. Les carences nutritionnelles sont également corrélées à la présence d'un TDAH tel que la ferritine sérique basse, un niveau modérément plus faible d'acides gras oméga-3, des taux de vitamine D maternels plus faibles. Les événements pendant la grossesse et l'accouchement, comme un faible poids de naissance, la prématurité, la présence d'une hypertension artérielle chez la mère, ou d'une obésité, et également l'hyperthyroïdie ou l'hypothyroïdie chez la mère pendant la grossesse peuvent favoriser la présence d'un TDAH chez l'enfant. L'exposition à des carences affectives, du stress, des infections, de la pauvreté et des traumatismes sont des facteurs qui augmentent le risque de TDAH.

6.2.3 Facteurs socio-culturels :

L'émergence de type consommation rapide particulièrement la télévision constitue un facteur social. Nous vivons dans une culture de l'attention à faible durée (informations à petites doses plutôt que longues et plus réfléchies). On observe également des divergences en fonction des différentes cultures dans la perception du comportement TDAH.

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

6.2.4 Facteurs éducatifs :

L'étiquette TDAH constitue une incursion du médical dans un domaine autrefois purement éducatif. La préoccupation de l'enseignant était de comprendre l'élève en tant qu'apprenant et de faire des choix pour structurer l'environnement de l'enfant.

6.2.5 Facteurs psychoaffectifs :

Chez un enfant, les émotions fortes comme la colère, la frustration, la tristesse et la peur peuvent facilement produire des types de comportements. Un enfant qui a souffert d'un traumatisme émotionnel (divorce, maladie, violence...) peut réprimer sa souffrance et l'extérioriser par de l'hyperactivité, de l'impulsivité, de la distractibilité et de l'agressivité envers les autres. Nous devons observer l'enfant dans sa globalité à la lumière de sa physiologie, de sa personnalité, de ses étapes de développement dans sa globalité. (<https://tdahbe.files.wordpress.com/2019/06/carnet-destinecc81-aux-enseignants-acc80-partager.pdf>),

7 Les retentissements du TDAH sur l'enfant :

Les conséquences du TDA sont nombreuses tant pour l'enfant que pour ses parents. Brakley indique que ce trouble sous-tend des difficultés fonctionnelles dans plusieurs domaines. Ainsi, des perturbations scolaires pouvant inclure des échecs répétés, des conflits avec les pairs, des interactions familiales conflictuelles, des troubles oppositifs et des troubles de conduite sont fréquemment observés. Hechtman Lily (1992) fait une description semblable des conséquences liées aux TDA « malgré une intelligence normale, les enfants hyperactifs ont souvent un rendement scolaire médiocre. L'activité inappropriée, souvent même disruptive, la capacité d'attention très faible, le style cognitif impulsif de ces enfants, leur mauvaise organisation et leur intolérance à la frustration contribuent non seulement à des difficultés au plan académique mais entraînent des problèmes interpersonnels significatifs avec leurs pairs et les enseignants. Il n'est donc pas surprenant de retrouver une pauvre estime de soi chez ces enfants »

Le Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité a un retentissement sur tous les domaines de la vie. Quatre pôles principaux sont implicitement concernés : la vie scolaire, la vie sociale, la vie familiale, l'estime de soi.

Le retentissement du trouble peut être atténué lorsque sont mises en places, aussitôt que possible, des stratégies thérapeutiques et éducatives adaptées

7.1 Sur la vie familiale :

- Les réprimandes et punitions sont nombreuses et toute la famille en souffre ;
- Les rapports avec la fratrie sont souvent houleux ;
- Les parents se sentent impuissants, ils culpabilisent, se remettent en question sans résultat ;
- Les jugements extérieurs sont souvent très pesants ;
- L'enfant a le sentiment d'être mal aimé ;

7.2 Sur la vie scolaire :

- Ils ont souvent du mal à suivre les consignes ;
- Ils ont du mal à investir une tâche demandant un effort de concentration, lenteur d'exécution ;
- Ils font souvent des fautes d'inattention, ne finissent pas toujours leurs travaux ;
- Leur rendement scolaire est insuffisant malgré une intelligence normale ;
- Ils perturbent la classe par des bruits, des mouvements involontaires et des prises de parole inappropriées ;
- Ils perdent ou détériorent leurs affaires de classes, sont peu soignés et désorganisés ;
- Ils font l'objet de remarques négatives et de punitions fréquentes ;

7.3 Sur la vie sociale :

- Ils ont tendance à « s'immiscer » de manière maladroite dans les jeux et conversations de leurs camarades ;
- Ils sont souvent perçus comme agressifs de par leur maladresse et leur empressement ;
- Ils font souvent le pitre pour attirer l'attention mais n'assument pas les rires qu'ils provoquent (forte susceptibilité) ;
- Ils ont peu d'amis durables, sont souvent mis à l'écart des jeux ;
- Ils sont rarement ou jamais invités aux anniversaires ou goûters chez les copains ;
- Leurs réactions impulsives sont souvent mal comprises et les disputes sont fréquentes ;

7.4 Sur l'estime de soi :

- Ils culpabilisent de ne pas réussir à faire ce que l'on attend d'eux ;
- L'image d'eux-mêmes que leur renvoie l'entourage est souvent négative ;
- Ils se dévalorisent, se sentent « nuls », « méchants », « stupides », mal aimés ;
- Ils paraissent souvent défaitistes, démotivés, découragés (Dauvilliers, Y., et al., 2019., P394-395)

8 Le développement psychomoteur de l'enfant :

8.1 L'enfant de 3 à 6 ans :

3ans : l'enfant interrompt fréquemment ses jeux pour parler ou changer d'activité. L'enfant a horreur de l'immobilité imposé. Il a besoin de bouger, il éprouve du plaisir à se dépenser physiquement. Il commence à expérimenter la continuité, d'où les situations de protestation si un adulte l'interrompt dans son activité sous prétexte d'aller se laver.

6ans : Cette instabilité disparaît car les actions de l'enfant deviennent orientées vers un but.

9 Le développement affectif et social de l'enfant :

9.1 L'enfant de 6 à 12 ans :

6ans : l'enfant présente des comportements socialisés : respect des autres, collaboration, préoccupation d'autrui. L'enfant se montre hésitant, indécis, impulsif, étant le centre de l'univers.

7ans : l'enfant devient plus introverti, rêveur et autocritique.

8ans : c'est l'âge de socialisation. L'enfant est plus extraverti, il devient conscient de lui-même. Il est très vivant, voire même euphorique. Il est assoiffé de connaissance. Il devient capable de se mettre à la place de l'autre, d'où il commence à saisir les intentions.

9ans : Il est réaliste et a du bon sens. Il désire s'améliorer. Il cherche à garder ses amis. Il commence à s'identifier au groupe de son âge et à se détacher de sa famille.

10 ans : L'enfant a un profond sens de la justice (il dénonce la tricherie, le mensonge).

Les groupes se forment avec des règles à respecter par tous et l'exclusion apparaît.

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

L'enfant se trouve un idéal (star, etc.). Il a le sens de la solidarité. Il est conscient de sa personne et de son image.

11 ans : Il est plein d'ardeur et d'enthousiasme. Il est rempli d'émotions. Les discussions s'emballent, des cris ou des injures apparaissent.(Wodon.I., 2013,P20-21)

10L'hyperactivité chez l'enfant d'âge préscolaire :

L'agitation est parfois repérable dès les premiers mois de vie : le nourrisson, rampe partout dès qu'il en a les capacités, touche à tout ; il ne peut rester même un bref instant seul sans tomber ; il est hyper réactif à des stimuli externes, enclin à des troubles du sommeil et de l'alimentation. Les enfants hyperactifs d'âge préscolaire sont actuellement de plus en plus fréquemment adressés en consultation spécialisée. Ils sont décrits comme turbulents, opposants, enclins à de fréquentes colères. En raison de leur activité motrice excessive, de leurs difficultés à appréhender le danger et à tenir compte de leurs expériences passées, ils sont particulièrement exposés aux risques d'accidents, d'absorption de toxiques et leur surveillance est difficile. Ainsi, les principales caractéristiques du TDAH peuvent s'observer dès les premières années de vie. Néanmoins, il est difficile, à cet âge, de préciser si les manifestations observées sont les précurseurs du trouble (tempérament « difficile »), le trouble lui-même à son début, ou s'il s'agit de manifestations transitoires chez un enfant ayant un développement normal. Les enfants d'âge préscolaire qui ont le plus de risques de présenter des troubles persistants sont ceux qui ont, outre les caractéristiques de l'hyperactivité, un comportement agressif et négatif. Mais ces variables interagissent avec les facteurs environnementaux, en particulier parentaux ; parmi ceux-ci la détresse maternelle, la relation conflictuelle mère/enfant, la discorde du couple parental, sont connus pour exposer à la persistance des symptômes. Mais rien n'est définitivement établi, et « tout n'est pas joué avant 5 ans ». (Le Heuzey.M.F., 2019 P103).

11L'hyperactivité chez l'adolescent :

La persistance du trouble à l'adolescence est classique avec généralement moins d'hyperactivité motrice mais avec une impulsivité et une inattention interférant avec les résultats scolaires et conduisant à des infractions aux règles familiales, scolaires ou sociales. Les difficultés principales se situent dans les difficultés d'adaptation dans le domaine éducatif et interpersonnel. Les conflits autour du travail à faire à la maison contribuent à détériorer la relation parents/enfant et la mésestime de soi de l'adolescent

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

s'accroît. Les conduites de recherche de sensations et de nouveauté (conduites de risque) sont souvent observées chez l'adolescent hyperactif et rattachées à l'impulsivité. Les difficultés scolaires, le rejet par les pairs, la mauvaise image renvoyée par les parents, les professeurs et les autres adultes conduisent à un affaiblissement de l'estime de soi de l'adolescent hyperactif qui a de plus en plus conscience de plus en plus aiguë de ses difficultés. Cette estime de soi « déficiente » risque de conduire à des troubles psychiatriques tels que syndromes dépressifs, abus de substances, ou choix de vie marginaux. (Le Heuzey.M.F., 2019 P103).

12Le TDAH chez l'adulte :

Le TDAH est un trouble qui n'apparaît pas subitement à l'âge adulte. Il est déjà présent, en grande partie, dans les gènes et se manifeste généralement dans les jeunes années. Si, à ce moment-là, ce phénomène provoque déjà des problèmes, le développement normal de l'enfance à l'âge adulte s'en trouvera perturbé. C'est pourquoi le TDAH est également qualifié de « trouble du développement ».

Le TDAH trouve sa source dans la structure et le fonctionnement du cerveau. Pour cette raison il est, considéré comme un « trouble neurobiologique ». Bien que la nature des troubles associés puisse varier d'une personne à l'autre, un certain nombre de caractéristiques fondamentales sont, toutefois, communes. Elles peuvent être classées en trois grandes catégories de symptômes : problèmes d'inattention, hyperactivité et impulsivité. (Bornes.G., et al,2009, P8)

13Les troubles associés au TDAH :

La présence d'un trouble associé au TDAH est évaluée entre 65 et 89% .Parmi les troubles associés on retrouve notamment la dépression, le trouble bipolaire, les troubles anxieux, le trouble de l'opposition avec provocation (TOP), le trouble des conduites (TC), les troubles du comportement alimentaire (TCA) et les troubles liés à la consommation de substances, parmi les troubles du neurodéveloppementaux on retrouve le trouble du spectre de l'autisme (TSA), le trouble spécifique des apprentissages (lecture, expression écrite, calcul) et le trouble du développement de la coordination. Associé au TDAH on trouve aussi les troubles du sommeil, l'obésité, ...

13.1 Le trouble du spectre de l'autisme :

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Les enfants avec un trouble du spectre de l'autisme présentent fréquemment les symptômes du TDAH, la fréquence du TDAH parmi cette population est évaluée à 42%. Cependant ce chiffre pourrait être plus important puisqu'avant le DSM-5 la présence d'un TSA excluait le diagnostic de TDAH, et on pense probable que de nombreux enfants diagnostiqués avec un TSA n'aient pas été évalués pour un éventuel TDAH et inversement.

13.2 Le trouble de l'opposition avec provocation (TOP) et le trouble des conduites(TC) :

Il a été démontré que 30 à 50% des enfants avec TDAH présentent un TC ou un TOP, il a été identifié que ces troubles étaient plus fréquemment identifiés chez les garçons que chez les filles. Les Troubles des conduites, présent dans 25 à 50% des cas, il se manifeste par un ensemble de conduites répétitives et persistantes au cours desquelles les droits d'autrui et les règles sociales sont menacés. Ces conduites regroupent des agressions physiques ou verbales, des destructions de biens matériels de façon délibérée, des mensonges et du vol ainsi que des violations de règles établies (Bouvard et al., 2002). Les enfants présentant ce type de comorbidité sont plus susceptibles une fois adultes de présenter un trouble de l'abus de substances, un trouble de la personnalité antisociale que ceux qui ont un TDAH seul. Les enfants présentant un TC associé, sont également plus à risque à l'échec scolaire. Certaines études suggèrent que la présence d'un trouble de la régulation de l'humeur serait une explication pour décrire la présence simultanée du TC et d'anxiété ou d'un TDAH.

13.3 Les troubles des Apprentissages :

La fréquence des troubles des apprentissages varie beaucoup d'une étude à l'autre mais se situent le plus souvent entre 25 et 40 % Les enfants ayant un trouble des apprentissages associé à leur TDAH sont plus à risque concernant leurs performances scolaires, le risque l'atteindre un moindre niveau à la fin de leur scolarité OR = 5.93, par rapport à une population de même âge n'ayant ni trouble des apprentissages ni TDAH. Concernant les mathématiques le risque d'atteindre un moindre niveau par rapport à un niveau moyen est OR= 5.44.

Les troubles des apprentissages peuvent toucher le langage oral et notamment la lecture (dyslexie), le langage écrit (dysorthographe), l'acquisition et la coordination (dyspraxie) comme l'apprentissage des mathématiques (dyscalculie). Les enfants avec TDAH semblent affectés par un retard neurodéveloppemental, notamment pour ce qui concerne

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

le développement de la mémoire de travail qui entraîne plus de difficultés pour l'acquisition des mathématiques.

Dans une étude Finlandaise portant sur une cohorte de 9432 enfants âgés de 15/16 ans, les enfants présentant un TDAH avec trouble spécifique des apprentissages étaient significativement plus susceptibles de redoubler que ceux sans trouble spécifique de apprentissages.

Dans une étude portant sur une cohorte d'enfant nés dans le Minnesota entre 1976 et 1982, l'incidence des troubles de l'écriture à 19 ans est significativement plus élevée chez les patients avec TDAH que pour les enfants sans TDAH (garçons : 64,5% vs 16,5% ; filles 57,0% vs 9,4%). Dans cette étude, Yoshimasu estime que les enfants avec TDAH sont 5 fois plus susceptibles de présenter un trouble du langage écrit et de la lecture que les autres enfants (OR 5,02). Les filles avec TDAH étant plus à risque que les garçons de présenter simultanément un trouble du langage écrit et de la lecture. Le risque de présenter un trouble du langage écrit sans trouble de la lecture est sensiblement plus élevé (OR 6,80)

13.4 Les troubles anxieux :

Les troubles anxieux ont une fréquence d'environ 30% parmi la population des TDAH. Les enfants anxieux sont plus sujets à des peurs à l'école, de l'inattention, de mauvaises habiletés sociales et ont une plus grand. Selon le rapport de la HAS (2014), 33% des enfants ayant un TDAH présentent parallèlement un trouble anxieux. L'apparition conjointe des deux troubles va majorer le handicap de l'enfant dans sa vie scolaire et sociale.

L'anxiété n'est pas en soi pathologique, mais peut le devenir si elle devient envahissante et si elle constitue une souffrance significative pour le sujet et la sévérité des symptômes.

13.5 Les troubles dépressifs :

Le rapport de la HAS établit à 25% le nombre de sujets TDAH ayant présenté un ou plusieurs épisodes dépressifs. Les troubles dépressifs apparaissent généralement après les symptômes du TDAH et peuvent être difficiles à diagnostiquer.

Selon Purper Ouakil et al. (2014), la labilité émotionnelle est fréquente chez les enfants TDAH. Elle ne se manifeste pas une irritabilité chronique, des colères fréquentes et une instabilité de l'humeur. On sait que 75% des enfants TDAH présentent une labilité

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

émotionnelle de moyenne à sévère.

13.6 Les troubles du sommeil :

Parmi les patients ayant un TDAH, les études évaluent la comorbidité des troubles du sommeil chez les enfants. Selon le rapport de la HAS qui s'appuie sur une revue de la littérature datant de 2012, les troubles du sommeil sont estimés en moyenne à 30% chez l'enfant souffrant de TDAH. En réalité, les troubles du sommeil et/ou de l'attention sont liés au déficit du même système : le système dopaminergique (Konofal, 2005). Les différentes études décrivent des couchers tardifs, des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes, des réveils matinaux difficiles, une somnolence, des troubles respiratoires au cours du sommeil et une altération de la vigilance.

Les enfants ayant un TDAH, notamment de type inattentif, sont plus somnolent le jour que les personnes n'ayant pas de TDAH.

Hors le sommeil joue un rôle central pour les fonctions cognitives, les apprentissages et la consolidation de la mémoire. Une privation de sommeil, ou un sommeil perturbé peuvent entraîner une aggravation de l'expression des symptômes du TDAH, et de moins bonnes performances cognitives et une plus grande labilité de l'humeur. (Tricaud, K., et al., 2017., P29 -31)

14 La comorbidité entre le TDAH et le TSA :

La présentation des enfants avec TDAH peut parfois déstabiliser l'entourage : dans leurs moments d'inattention ils semblent être dans leur monde, coupés de l'extérieur. Ils sont souvent en difficulté avec leurs amis et leurs crises de colères sont si fortes qu'elles suscitent beaucoup d'anxiété chez les parents : ne serait-ce pas un signe de TSA ?

Les TSA sont associés à plusieurs troubles du développement neurologique, psychiatriques et neurologiques. En effet, 70 % des enfants autistes présentent au moins une affection psychiatrique concomitante et 41 % en présentent deux ou plus, les plus courantes étant l'anxiété sociale, le TDAH et le trouble oppositionnel avec provocation. Les adultes présentent également des taux élevés de comorbidité, les plus fréquents étant les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et le TDAH. Les schémas de comorbidité sont toutefois similaires tout au long du cycle de vie, les individus présentant une série de troubles de l'anxiété et de l'humeur, notamment des crises de panique, un

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

trouble d'anxiété généralisée, un trouble obsessionnel-compulsif et des troubles unipolaires et bipolaires. Par conséquent, comme pour les personnes avec TDAH, la présentation des personnes autistes peut être complexe d'un point de vue clinique et comportemental, mais les résultats pour les personnes autistes sont souvent plus marqués en termes de déficiences fonctionnelles. De nombreux adultes autistes vivent de façon autonome à l'âge adulte, mais décrivent des difficultés dans divers contextes éducatifs et professionnels et ont besoin du soutien (formel ou autre) de leur famille ou de professionnels. Ces deux troubles sont à prédominance masculine. Bien qu'il existe des distinctions spécifiques entre les deux affections, elles sont généralement toutes deux associées à des difficultés sociales, à un dysfonctionnement exécutif et à des retards linguistiques et cognitifs

Selon l'American Psychiatric Association (2000), la prévalence du TDA/H chez les enfants américains est estimée à 37%. Le DSM-IV-TR (APA, 2000) stipule qu'une personne ne peut pas être diagnostiquée avec le TDA/H si les symptômes qu'elle présente survient au cours d'un trouble envahissant du développement. Bien que le DSM-IV-TR semble exclure le double diagnostic de TSA et de TDA/H, dans la pratique clinique, des diagnostics de comorbidité sont souvent posés, en partie parce que l'attention est altérée. (Johnny L.M., et al,2013, P2476)

Contrairement au DSM-IV-TR, la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) indique que le TSA et le TDAH ne sont pas des affections mutuellement exclusives, mais qu'elles coexistent souvent chez la même personne. Le traitement du TSA est axé sur les déficits de la socialisation et des compétences relationnelles, les comportements répétitifs et stéréotypés et les intérêts restreints, qui en sont des caractéristiques fondamentales. Cependant, des données probantes plus récentes et croissantes sur la comorbidité avec des troubles neurodéveloppementaux qui se manifestent pendant l'enfance, comme le TDAH, et qui ont des retombées particulières sur le fonctionnement et le pronostic des enfants et des adolescents ayant un TSA, ont élargi la portée du traitement. La comorbidité entre le TSA et le TDAH est élevée. Plus de 50 % des personnes qui ont un TSA répondent aux critères du TDAH, et jusqu'à 50 % des enfants ayant un TDAH ont des traits de TSA.

En terme de sémiologie et de clinique, plusieurs éléments diagnostiques des TDA/H évoquent ceux des TSA : l'agitation motrice peut ressembler à des stéréotypies ; les particularités de prise de parole et d'attention font appels à des difficultés

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

interactionnelles. Diverses manifestations et conséquences du TDA/H peuvent également être interprétées comme des manifestations spécifiques aux TSA. Par exemple, les difficultés de maintien attentionnel chez les TDA/H ont pour conséquence de diminuer leurs capacités d'attention conjointe qui peuvent être interprété comme un déficit spécifique des interactions sociales (Acquaviva & Stordeur, 2014). Ces recouvrements diagnostics s'expriment dans l'étude de Golstein et al. (2004 in Lanranjeira-Heslot, 2011) qui retrouve que 59% des TSA présentent les critères diagnostics de TDA/H.

La comorbidité est très fréquente dans les deux cas, mais pour les personnes qui en souffrent, elle peut être beaucoup plus marquée. Les recherches menées par Simonoff et ses collègues [30] à partir d'un échantillon communautaire ont montré que lorsque le TSA était comorbide avec le TDAH, le risque de recevoir un autre diagnostic de comorbidité augmentait de 14% (de 70% pour le groupe TSA à 84% pour la co-occurrence du TSA et du TDAH). Une étude menée en prison auprès de 390 détenus masculins atteints de TDAH a révélé que 21,9 % d'entre eux étaient positifs au dépistage des TSA, et que ce groupe présentant un TDAH et un TSA concomitants courait un risque plus élevé de développer des symptômes psychiatriques comorbides que les détenus de l'un ou l'autre groupe seulement [47]. Ainsi, la cooccurrence des deux affections peut augmenter le risque de développer d'autres troubles psychiatriques ; en effet, les états persistants d'anxiété et de dysphorie sont courants dans les TSA (seuls ou avec un TDAH comorbide) et le risque de suicide dans ce groupe est préoccupant [48, 49]. Cependant, de nombreux individus n'évoluent pas vers un niveau de "trouble" émotionnel qui persiste pendant une longue période, mais connaissent au contraire une instabilité de l'humeur, caractérisée par des fluctuations extrêmes de l'humeur qui changent rapidement au cours de la journée. Rommeils et al. (2014 in Leitner, 2014) avancent deux hypothèses : ils supposent que le TDA/H et le TSA sont deux pathologies indépendantes qui s'expriment ensemble avec un troisième facteur ou qu'elles partagent une étiologie commune.

– D'un point de vue neuropsychologique : étude de Van de Meer et al. (2012) Cette étude a pour but d'identifier si les personnes avec TSA ou TDA/H présentent un profil particulier caractéristique de leur trouble ou non. Elle compare les profils neuropsychologiques et la présence de signes cliniques spécifiques.

– D'un point de vue génétique : étude de Reversen et al. (2007 in Acquaviva &

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Stordeur,2014) : Elle compare les profils génétiques de jumeaux présentant des signes de TDA/H et de TSA. Elle retrouve une corrélation génétique entre les symptômes TSA et TDA/H supérieure à 0.50. Cela supporte l'hypothèse d'une étiologie commune à ces pathologies.

– D'un point de vue neurobiologique : Le modèle de Bradshaw (2001 in Garago, 2011) : Plusieurs études identifient des dysfonctionnements du cortex frontostriatal et des variations du volume cérébral chez les personnes avec autisme et chez les individus avec TDA/H. On note cependant que la nature de ces dysfonctionnements n'est pas identique d'une population à l'autre. Par exemple, le volume cérébral des personnes avec autisme semble plus élevé que la moyenne tandis que celui des personnes avec TDA/H est moins important. Le modèle de Bradshaw (2001 in Garago 2011), basé sur ces constats, supporte l'idée d'une étiologie commune entre TSA et TDA/H : il relie les dysfonctionnements du Pas de différences qualitatives entre TSA/TDAH+ et TDAH TSA et TDAH ne se différencie que par un gradient de sévérité Différences qualitatives entre TDAH/TSA+ et TSA/TDAH+ au niveau comportemental (attention) et cognitif (mémoire de travail) TSA et TDA/H se différencie selon le type d'altération et correspondent à des troubles différents.

Même si le TDAH et le TSA possèdent chacun des symptômes fondamentaux distincts, les enfants ayant un TSA peuvent présenter de l'inattention, de l'impulsivité et de l'hyperactivité, et les enfants ayant un TDAH présentent souvent des déficits sociaux évocateurs du TSA.

Les deux affections se manifestent tôt, sont plus fréquentes chez les garçons, ont une forte composante héréditaire et s'associent à d'autres troubles psychiatriques, développementaux et neurologiques. Les jeunes enfants ayant un TSA associé au TDAH reçoivent souvent leur diagnostic de TDAH d'abord. Il est alors fort probable que leur diagnostic de TSA soit considérablement retardé (d'une période moyenne de trois ans) par rapport à ceux qui reçoivent un diagnostic de TSA associé au TDAH ou de TSA seul.

- D'un point de vue génétique : Reversen et al. (2007 in Acquaviva & Stordeur, 2014) : on fait une étude pour comparer les profils génétiques de jumeaux présentant des signes de TDA/H et de TSA. Elle retrouve une corrélation génétique entre les symptômes TSA et TDA/H supérieure à 0.50. Cela supporte l'hypothèse d'une étiologie commune à ces pathologies.

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Le TSA partage des facteurs génétiques avec le TDAH (8,9). De rares variantes du nombre de copies (VNC) (qui touchent moins de 1 % de la population), des délétions et des duplications chromosomiques qui ont une ampleur de l'effet plus importante sont fréquentes chez les enfants ayant un TDAH ; il y a un recoupement important entre ces altérations et les anomalies génétiques observées dans les cas de TSA et de HI (8,12-14). Le syndrome de l'X fragile, la sclérose tubéreuse, la délétion 22q11 et le syndrome de Williams sont tous des syndromes génétiques combinant des caractéristiques cliniques du TSA associé au TDAH.

Les loci du TSA associé au TDAH ont été localisés sur les chromosomes 12, 16 et 18. Seize polymorphismes nucléotidiques simples (PNS) associés au TSA sont ressortis d'études sur le TDAH, et 25 PNS semblent liés au TDAH d'après des études sur le TSA. Ces études laissent croire à des caractéristiques héréditaires communes au TSA et au TDAH. Les recherches traitant du rôle de la génétique sur le TSA évoluent rapidement ; des associations et des causes génétiques sont souvent signalées. Il est important de suivre les publications scientifiques dans ce domaine pour bien planifier les traitements. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6199635/> (Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 3 : l'évaluation et le traitement en cas d'association au trouble du spectre de l'autisme, au handicap intellectuel ou à la prématurité).

Les enfants ayant un TSA associé au TDAH ont plus d'atteintes de la fonction cognitive, des troubles du comportement plus importants et des psychopathologies plus marquées que ceux qui ont l'une ou l'autre de ces affections. Ces atteintes incluent des symptômes autistiques plus graves et plus prononcés, de plus grandes difficultés sur le plan de la socialisation et de la communication, des soins personnels, des facultés adaptatives et de la fonction exécutive, ainsi que des comportements internalisés problématiques (tels que l'anxiété et la dépression). Les comportements perturbateurs mal adaptés (p. ex., crises de colère, agressions, Dysrégulation émotionnelle) et les comportements stéréotypés ou répétitifs sont plus courants chez les enfants ayant un TSA associé au TDAH. Les troubles psychiatriques comorbides (p. ex., schizophrénie, bipolarité, dépression, anxiété, comportements perturbateurs, troubles du sommeil et tics) sont également plus fréquents. Le TSA associé au TDAH est lié à des troubles d'apprentissage importants et à des atteintes spécifiques du langage, particulièrement chez les enfants et les adolescents ayant un TSA de plus haut niveau.

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Lorsque l'on procède à une évaluation de l'un ou l'autre de ces troubles ou que l'on envisage la possibilité que les deux se produisent simultanément, il est essentiel d'appliquer une approche d'évaluation multidimensionnelle qui peut inclure l'utilisation de mesures standardisées et semistandardisées. Comme le TDAH et le TSA sont tous deux des troubles neurodéveloppementaux complexes, une évaluation complète doit comprendre des informations générales (y compris les antécédents développementaux, cliniques et familiaux, et un examen de l'état mental actuel), des échelles d'évaluation, un entretien de diagnostic clinique (comprenant une évaluation détaillée des symptômes et des exemples de handicap et, si nécessaire, une évaluation des risques), des données d'observation et une évaluation des capacités intellectuelles. L'ensemble des informations obtenues grâce à cette approche guidera la décision diagnostique. Aucun élément d'évaluation ou outil ne doit être concluant pour prendre une décision diagnostique.

Le taux élevé de cooccurrence entre le TDAH et les TSA signifie que les deux affections doivent être prises en compte lorsque l'une d'entre elles est présente ; les TSA peuvent conférer un risque plus élevé de coexistence du TDAH lorsque la prévalence des doubles diagnostics semble être un peu plus élevée. En effet, les jeunes enfants présentant un diagnostic initial de TSA devraient être suivis en permanence tout au long de leur développement pour détecter un TDAH, d'autant plus que l'âge moyen du diagnostic pour les deux affections est différent.

Les personnes atteintes de TDAH et de TSA comorbides présentent des niveaux de complexité supplémentaires, nécessitant souvent des interventions psychologiques et/ou environnementales. Afin de maximiser la probabilité de résultats positifs de toute intervention thérapeutique, l'influence du contexte relationnel et situationnel de l'individu doit être prise en compte. Cela inclut à la fois le domicile et l'environnement éducatif/travail. Il peut y avoir des facteurs et des dynamiques défavorables qui exacerbent les symptômes et affectent la capacité de la personne à faire face, tels qu'un éclairage fluorescent ou sévère, des températures, des odeurs (désodorisants ou animaux domestiques), des bruits de sources internes (par exemple, la télévision) ou externes (par exemple, les trains ou la circulation routière), des panneaux peu clairs (par exemple, pour les toilettes) et/ou un environnement encombré avec des obstacles qu'elle doit franchir. Une approche systémique est donc conseillée. En raison de la présentation unique et des difficultés rencontrées par les enfants et les adultes atteints de TDAH et de TSA,

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

les interventions non pharmacologiques doivent être adaptées pour répondre à leurs besoins individuels. Il peut s'agir de changements "internes" que l'individu peut effectuer lui-même (par exemple en développant des mécanismes d'adaptation fonctionnels et des techniques d'adaptation qu'il peut appliquer) ainsi que de changements "externes" qui peuvent être effectués dans l'environnement (par exemple des adaptations systémiques en collaboration avec la famille/les aidants et/ou l'école afin d'optimiser les résultats). L'approche adoptée dépend du niveau de développement de l'individu, de sa présentation clinique et comportementale et de ses aptitudes à la communication sociale. Il est important de s'assurer que les personnes et/ou les interventions des aidants ont des attentes réalistes quant aux capacités du patient et à ce qui peut être atteint par les interventions (médicales et non médicales). La justification de la prise de médicaments, s'ils sont prescrits, doit être expliquée (par exemple, ce qu'ils sont, comment ils fonctionnent, ce qu'ils font, pourquoi ils les prennent, quelles sont les attentes). Cette approche favorisera la compréhension et la collaboration personnelle, ce qui aidera à respecter la prescription. [Guide+TSA+et+TDAH\[3865\].pdf](#)

15 Le diagnostic différentiel du TDAH :

Lors du diagnostic du TDAH, il est important d'exclure les autres troubles qui pourraient en mimer les symptômes ou s'y rajouter. Plusieurs problématiques font partie du diagnostic différentiel et le TDAH est très fréquemment associé à d'autres troubles associés.

Les diagnostics différentiels incluent des troubles qui imitent le TDAH alors que les troubles comorbides sont des troubles qui se présentent conjointement avec le TDAH (soit liés par les causes ou indépendants mais simultanés avec le TDAH). Une recherche attentive des autres diagnostics possibles doit être effectuée au moment de l'évaluation

15.1 Trouble oppositionnel avec provocation :

Certains sujets ayant un trouble oppositionnel avec provocation peuvent refuser de faire un travail ou une tâche scolaire qui requièrent de l'application personnelle, simplement pour ne pas se conformer à ce qu'on leur demande. Leur comportement se caractérise par du négativisme, de l'hostilité et du déci. Il faut différencier ces symptômes de l'évitement des activités scolaires ou des tâches exigeantes sur le plan cognitif dû à la difficulté à maintenir un effort mental, l'oubli des instructions ou l'impulsivité que l'on

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

observe chez les enfants ayant un TDAH. Le fait que certains d'entre eux développent secondairement des attitudes d'opposition envers de telles activités ou en dévaluent l'importance,

15.2 Le trouble explosif :

Intermittent a en commun des niveaux élevés de comportements impulsifs. Néanmoins, les sujets avec un trouble explosif intermittent commettent souvent des agressions graves sur les autres, ce qui n'est pas caractéristique du TDAH, et ils n'ont pas de problèmes pour maintenir leur attention comme on le voit dans le TDAH. De surcroît, le trouble explosif intermittent est rare pendant l'enfance. Le trouble explosif intermittent peut être diagnostiqué en présence d'un TDAH.

15.3 Autres troubles neurodéveloppementaux :

L'augmentation de l'activité motrice qui peut survenir dans le TDAH doit être différenciée du comportement moteur répétitif caractéristique des mouvements stéréotypés et certains cas de trouble du spectre de l'autisme. Dans les mouvements stéréotypés, le comportement moteur est en général répétitif et ixé (p. ex. balancement du corps, auto-morsures), tandis que la nervosité et l'agitation du TDAH sont typiquement généralisées et ne sont pas caractérisées par des mouvements répétitifs stéréotypés.

15.4 Le syndrome de Gilles de la Tourette :

il est possible de confondre des tics multiples fréquents avec la nervosité généralisée du TDAH. Une observation prolongée peut être nécessaire pour différencier la nervosité des accès de tics multiples.

15.5 Trouble spécifique des apprentissages :

Les enfants ayant des troubles spécifiques des apprentissages peuvent paraître inattentifs en raison d'un vécu de frustration, d'un manque d'intérêt ou de capacités limités. Néanmoins, l'inattention chez un sujet avec un trouble spécifique des apprentissages et qui n'a pas de TDAH n'est pas invalidante en dehors du travail scolaire. Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel).

15.6 Trouble du spectre de l'autisme :

Les personnes ayant un TDAH et celles ayant un trouble du spectre de l'autisme présentent des comportements d'inattention, de dysfonctionnement social et des conduites difficiles à gérer. Le dysfonctionnement social et le rejet par les pairs, que l'on peut voir chez les sujets présentant un TDAH, doivent être distingués du désengagement social, de l'isolement et de l'indifférence aux indices de communication transmis par les expressions du visage et par l'intonation de la voix, observés dans les troubles du

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

spectre de l'autisme. Les enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme peuvent avoir des crises de colère en raison d'une incapacité à tolérer un changement par rapport au déroulement tel qu'ils l'attendent des événements.

15.7 Trouble réactionnel de l'attachement :

Les enfants présentant un trouble réactionnel de l'attachement peuvent montrer une désinhibition sociale, mais pas l'ensemble du tableau clinique de TDAH, et ils peuvent aussi présenter d'autres particularités telles que la difficulté à maintenir des relations durables qui ne sont pas caractéristiques du TDAH.

15.8 Troubles anxieux :

Le TDAH partage les symptômes d'inattention avec les troubles anxieux. Les sujets ayant un TDAH sont inattentifs car ils sont attirés par les stimuli externes, des activités nouvelles ou parce qu'ils sont absorbés dans des activités agréables. Il faut différencier cela de l'inattention liée aux inquiétudes et aux ruminations observées dans les troubles anxieux. L'agitation peut être présente dans les troubles anxieux. Néanmoins, dans le TDAH, ce symptôme n'est pas associé à l'inquiétude et la rumination.

15.9 Troubles dépressifs :

Les sujets présentant des troubles dépressifs peuvent présenter une incapacité à se concentrer. Néanmoins, dans un trouble de l'humeur, la faible concentration ne prend une place au premier plan que lors d'un épisode dépressif.

15.10 Trouble bipolaire :

Les sujets ayant un trouble bipolaire peuvent avoir une activité accrue, une faible concentration et une impulsivité accrue, mais ces caractéristiques sont épisodiques, survenant par périodes de plusieurs jours. Dans les troubles bipolaires, l'augmentation de l'impulsivité ou de l'inattention s'accompagne d'une humeur élevée, d'idées de grandeur et d'autres caractéristiques spécifiques de la bipolarité. Les enfants avec un TDAH peuvent avoir des changements importants de l'humeur. (Crocq., M., Guelfi, DJ.,2015, P72-74)

16 Le diagnostic :

Le diagnostic du TDAH est clinique, reposant sur l'analyse de l'histoire des troubles, l'analyse sémiologique, l'étude des comorbidités et de l'environnement familial. L'évaluation clinique peut être complétée par des évaluations cognitives réalisées au mieux par des neuropsychologues. L'évaluation de l'efficacité intellectuelle paraît un minimum pour vérifier le niveau normal de celle-ci, mais aussi pour repérer une

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

précocité intellectuelle associée, ou au contraire débusquer une insuffisance intellectuelle qui a son propre retentissement sur les capacités attentionnelles d'un enfant. Des tests d'attention spécifiques et des tests d'évaluation des fonctions exécutives sont proposés dans certaines équipes spécialisées pour adapter les remédiations. Les évaluations standardisées par entretiens diagnostiques sont utilisées en recherche. L'utilisation d'échelles (échelles de Conners, ADHD rating scale. . .) peut étayer le diagnostic, mais ne remplace en rien le diagnostic clinique. Elles peuvent aider à suivre l'évolution de la symptomatologie sous traitement. Évaluation et diagnostic Le diagnostic est clinique, reposant sur l'analyse de l'histoire des troubles, l'analyse sémiologique, l'étude des comorbidités et de l'environnement familial. L'évaluation clinique peut être complétée par des évaluations cognitives réalisées au mieux par des neuropsychologues. L'évaluation de l'efficacité intellectuelle paraît un minimum pour vérifier le niveau normal de celle-ci, mais aussi pour repérer une précocité intellectuelle associée, ou au contraire débusquer une insuffisance intellectuelle qui a son propre retentissement sur les capacités attentionnelles d'un enfant. Des tests d'attention spécifiques et des tests d'évaluation des fonctions exécutives sont proposés dans certaines équipes spécialisées pour adapter les remédiations. Les évaluations standardisées par entretiens diagnostiques sont utilisées en recherche. L'utilisation d'échelles (échelles de Conners, ADHD rating scale. . .) peut étayer le diagnostic, mais ne remplace en rien le diagnostic clinique. Elles peuvent aider à suivre l'évolution de la symptomatologie sous traitement. (LeHeuzey., M.F.,2019 P104).

17 La prise en charge :

Une fois le diagnostic posé par le spécialiste du trouble³, la prise en charge doit être globale et adaptée aux symptômes de l'enfant et à leur sévérité. Cette prise en charge a pour objectif d'agir à la fois sur les symptômes du TDAH, sur les comorbidités associées et elle comporte une information et des conseils destinés à la famille. Il est d'ailleurs important de rappeler que plus la prise en charge est précoce plus elle permet de prévenir l'apparition de certains troubles associés.

17.1 Les différentes approches :

La prise en charge non médicamenteuse est primordiale, elle peut être déclinée selon différentes mesures psychologiques, éducatives et sociales. Parmi ces mesures, les modalités cognitivo comportementales visent à aider l'enfant à améliorer son attention et contrôler son impulsivité. Elles se composent de plusieurs techniques dont les thérapies

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

cognitivo comportementales (TCC) mais aussi, le programme de renforcement des compétences familiales pour aider les parents à mieux gérer le comportement de leur enfant, les techniques de rééducation (souvent menée par des neuropsychologues) pour améliorer ses compétences cognitives et les groupes d'affirmation de soi pour aider l'enfant dans ses relations sociales. L'approche psychodynamique quant à elle ne constitue pas un traitement spécifique du TDAH et se focalise sur la dynamique familiale. Par exemple, les consultations thérapeutiques entre parents enfants et pédopsychiatre ou psychologue visent à soutenir le travail psychique de l'enfant en s'intéressant à ses symptômes dans le fonctionnement global de l'enfant.

La prise en charge médicamenteuse par le méthylphénidate n'est pas systématique, elle est indiquée dans le cadre d'une prise en charge globale du TDAH, lorsque les mesures non médicamenteuses se sont révélées insuffisantes et en complément de ces mesures. Cette prescription doit se fonder sur une évaluation rigoureuse de la sévérité, de la fréquence des symptômes et de leur retentissement sur la vie de l'enfant, en tenant compte de l'âge de l'enfant. Ainsi, la prise en charge du TDAH est avant tout « multimodale », en combinant différents traitements non médicamenteux et voire si besoin médicamenteux. Cette approche plurielle s'avère plus efficace pour traiter l'ensemble des symptômes et agir sur leur impact dans les différents domaines de vie de l'enfant. Intégrer l'école à la prise en charge En parallèle, lorsqu'un pré-diagnostic de TDAH est établi par le médecin de premier recours, pour accompagner au mieux l'enfant, il est important de mettre en lien l'enseignant, la famille et les soignants éventuellement par l'intermédiaire du médecin scolaire. En effet, des aménagements pédagogiques adaptés à chaque enfant sont souvent très utiles à la prise en charge. Ces aménagements peuvent être d'ordre éducatif (valoriser l'enfant, lui donner des « missions » par exemple) ou d'ordre pédagogique (donner des consignes courtes et claires, proposer un exercice à la fois). Il est donc recommandé de préparer l'arrivée de l'élève et d'expliquer les spécificités du trouble auprès de l'équipe éducative.

Evaluer l'efficacité de la prise en charge L'efficacité de cette prise en charge se vérifie sur plusieurs critères : les symptômes du TDAH, les difficultés scolaires, les comportements psychosociaux et les éventuels retentissements familiaux. Le suivi du spécialiste combiné à celui du médecin de premier recours permet d'évaluer l'évolution des symptômes et d'adapter si besoin les traitements associés. Tout au long de cette prise en charge, le suivi de l'enfant doit être régulier quel que soit son traitement, avec ou sans

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

médicaments. Ce suivi est organisé par le spécialiste en collaboration avec le médecin de premier recours et éventuellement avec les autres professionnels du champ de la santé impliqués dans la prise en charge du trouble et de ses comorbidités (orthophoniste, psychologue, psychomotricien clinicien, etc.). (Karen.C., 2015.P5-6).

Selon les recommandations de la HAS (2015), la prise en charge de l'enfant TDA/H doit s'articuler autour de quatre axes d'intervention :

- Améliorer les symptômes spécifiques TAD/H ; Prendre en charge des comorbidités ;
- Donner des informations et soutenir l'enfant et sa famille ;
- Donner des conseils pour guider la famille et l'école dans une approche éducative adaptée et dans des aménagements pédagogiques appropriés.

Cette prise en charge doit être adaptée aux types de symptômes et aux retentissements écologiques et tenir compte des choix de l'enfant et des parents

17.2 Thérapies préconisées par la HAS (2015) :

17.2.1 Les thérapies cognitivo-comportementales :

Elles agissent directement sur l'enfant au niveau cognitif par des entraînements spécifiques et au niveau comportemental par des systèmes de récompense et de méditation.

17.2.2 Les programmes d'entraînements aux habiletés parentales :

Elles proposent de renforcer les compétences familiales à comprendre et gérer les troubles de leur enfant ; les groupes d'habiletés sociales instaurent des comportements adaptés à différents types d'interactions interpersonnelles.

17.2.3 Les remédiations cognitives et métacognitives :

Elles reposent sur la prise de conscience par l'enfant de son déficit cognitif afin de l'aider à acquérir des règles d'apprentissages généralisables à d'autres situations d'apprentissage.

17.2.4 Les approches psychodynamiques :

Elles s'attachent aux modèles théoriques psychodynamiques qui lient le fonctionnement psychique du sujet à son comportement. Elles peuvent prendre la forme de prise en charge individuelle, de groupe, ou familiale.

17.2.5 Les approches psycho-éducatives :

Elles sont destinées à l'enfant et à sa famille. Elles passent par de l'information sur la pathologie et ses impacts, afin que leur compréhension permet à l'enfant d'améliorer son estime de soi et ses relations intrafamiliales.

17.2.6 Les approches systémiques :

Elles viennent s'ajouter au projet de soin initial en élargissant le champ d'action aux systèmes dans lesquels le sujet vit et interagit. Elles ont pour but de soutenir les familles. Elles vont étudier les réponses parentales aux comportements des enfants, afin de soutenir les plus efficaces. Le but est d'apporter un apaisement et de conforter la relation entre l'enfant et son parent et de réduire la culpabilité des parents

17.3 La prise en charge psychomotrice de l'enfant TDA/H :

Selon la HAS, la psychomotricité joue un rôle central dans « la mise en œuvre des prises en charge rééducatives axées sur les fonctions motrices et/ou cognitives et la relaxation ». Pour cela, le psychomotricien doit axer son travail sur l'hyperactivité, l'impulsivité, les troubles cognitifs associés (attention, fonctions exécutives et aversion au délai) et les comorbidités associées (comme le TAC ou la dysgraphie). Pour ce faire, Marquet-Doléac, Soppelsa et Albaret (2005) déterminent les objectifs fonctionnels de la prise en charge psychomotrice du TDA/H de la manière suivante : « elle consiste à donner à l'enfant agité et distrait des moyens efficaces de contrôler les délais d'attente de ses actions et ses comportements en lui permettant de mieux prendre en compte les composantes perceptives et motrices qui les soutiennent ». Cette rééducation a donc pour but de diminuer l'hyperactivité en réduisant les mouvements et comportements inadaptés ; d'augmenter les capacités attentionnelles ; et d'améliorer les habiletés sociales. Ils proposent une organisation des séances selon des structures particulières afin de faire face aux particularités cognitives de l'enfant TDA/H :

- Mises en situation de courte durée ;
- Matérialisation du temps ;
- Alternance d'activités calmes et motrices ;
- Diversité des modalités de présentation des activités ;
- Mise en situation la plus écologiques possible pour favoriser la généralisation.

Cette organisation doit donc être le cadre des séances de rééducation que nous allons

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

décrire.

17.4 Précisions sur les thérapies comportementales :

Elles ont pour but d'entraîner l'enfant à améliorer son comportement, ses capacités attentionnelles et à contrôler son impulsivité. Pour cela, le travail du psychomotricien va s'orienter autour de plusieurs axes :

17.4.1 Internalisation du langage :

L'enfant internalise et fonctionnalise son soliloque pour l'utiliser comme système d'autocontrôle dans les tâches de réflexion

17.4.2 Apprentissage de la gestion de l'impulsivité :

L'enfant apprend à contrôler son comportement en instaurant un système de rétrocontrôle sous la forme de stop & go (arrêt de la réponse en cours, réflexion sur ce qu'il fait, recommencement de la tâche) et en développant les capacités d'inhibition de réponses.

17.4.3 Apprentissage de la gestion du temps :

Amélioration de la perception et de l'anticipation du temps pour améliorer la gestion de l'hyperactivité et de l'impulsivité. Le psychomotricien met en place des activités spécifiques à la perception du temps, comme des exercices de rythme ; et également des aides visuelles pour améliorer l'appréhension du temps (emploi du temps, timer).

17.4.4 Planification et organisation :

Tâche de résolution de problème selon un schéma particulier (expliciter le problème, recherche de solution, choix de la meilleure puis teste et évaluation de l'efficacité). Il doit être généralisable aux situations de la vie quotidienne.

17.4.5 Attention :

Mise en place des activités spécifiques à l'amélioration des capacités d'attention soutenue, partagée et divisée. D'autre part, il structure l'espace par l'allègement de l'environnement en réduisant les stimuli. Ces axes de travail doivent être soutenus par la distribution de nombreux renforçateurs positifs afin de matérialiser la motivation et la progression de l'enfant. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2025618/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille-questions-/-reponses#:~:text=L'entretien%20clinique%20pour%20%C3%A9valuer,%C3%A9tayer%20les%20hypoth%C3%A8ses%20du%20m%C3%A9decin.

Chapitre III : Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Synthèse :

En guise de conclusion de ce chapitre, on peut constater que Le TDAH est souvent réduit à l'expression « hyperactivité » induisant qu'il ne s'agit que d'enfants agités ou turbulents. Si l'un des 3 symptômes du TDAH peut effectivement être hyperactivité motrice, on ne peut conclure qu'un enfant « qui bouge » souffre de TDAH. En effet, il peut tout à fait s'agir d'un comportement naturel qui ne provoque pas de souffrance dans le quotidien de l'enfant ou d'un comportement passager ou réactionnel, qui ne correspond pas aux critères diagnostiques du trouble TDAH. L'avons DSM-5 en 2015 a englobé Le TDAH et le TSA comme deux troubles neurodéveloppementaux qui coexistent fréquemment, non seulement un enfant qui représente un TDAH affronte des difficultés dans sa vie que ce soit quotidienne ou scolaire, de plus si l'enfant est diagnostiqué TSA et que ces deux troubles coexistent en parallèle, cela influencera sa productivité quotidienne et le taux des difficultés scolaires, quotidienne et sociales augmentera. Une prise en charge globale sera posée et cela en s'adaptant aux symptômes de l'enfant et à leur sévérité afin de réduire le retentissement des deux troubles sur la vie de l'enfant.

Chapitre IV : La méthodologie de recherche

Préambule :

Avant la réalisation de toute recherche scientifique, il faudra d'abord se référer à une méthodologie bien déterminée, chercher le lieu de recherche, le groupe d'étude et les outils d'investigations. Après avoir présenté les deux chapitres précédents qui ont constitué le côté théorique de notre recherche, nous allons maintenant présenter le côté méthodologique.

Dans ce dernier, il est indispensable de faire une pré-enquête afin d'explorer le lieu et déterminer les critères sur lesquelles se fera la sélection des sujets de recherche. Dans ce chapitre nous allons présenter la méthode de recherche sur laquelle s'est basée notre étude, puis notre groupe d'étude et les outils de recherche qu'on a élaborés.

1 Pré-enquête :

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importante dans la recherche scientifique, elle se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'informations concernant le thème de recherche et de l'envelopper, et être auprès des personnes concernées. Cette phase de terrain a pour but essentiel d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à formuler les hypothèses qui seront validés et fiablement argumentées par la suite.

Afin d'élaborer notre recherche, on a effectué notre stage au sein de l'Association d'Aide aux Enfants Autistes (ADEA) « D'un monde à l'autre » Wilaya de Bejaia. Notre stage s'est déroulé durant une période de 45 jours, s'étalant du 18/03/2023 jusqu'au 02/05/2023.

Par cette dernière, on a pu cerner notre groupe d'étude et élaborer notre problématique de recherche ainsi que notre hypothèse. Pour bien investir les données de notre recherche, on a utilisé une grille d'observation et par la suite un entretien semi-directif, et au final le test SNAP-IV.

2 Présentation du lieu de la recherche :

Notre recherche s'est effectuée au sein de l'Association d'Aide pour Enfants Autistes « D'un monde à l'autre » situé à Bejaia à Quatre (4) chemins.

L'ADEA est une association qui a été créé le 06 Août 2012, c'une unité de prise en charge des enfants autistes à caractère psycho-éducatif. L'unité a ouvert ses portes le 03 Mars 2013,

avec un nombre d'accueil maximal de 60 enfants, le nombre de prise en charge actuel est de 50 enfants.

Le siège de l'association est composé de deux étages, le premier contient une salle de réunion, une administration, une salle d'attente, un bureau de consultation d'orthophonie et un autre de psychologie, une salle d'examen (PEP-3), et un sanitaire.

Dans le deuxième étage, on trouve : Une salle TEACCH, un atelier de cuisine, un atelier d'art plastique, un atelier d'imitation, une salle de motricité globale et un sanitaire.

2.1 Le personnel :

L'Association d'Aide aux Enfants Autistes de Bejaïa (ADEA) regroupe 05 responsables pédagogiques, 01 gérant, 02 orthophonistes, 01 éducatrice spécialisée, 03 psychologues, 01 superviseur, 01 secrétaire et 60 adhérents.

3 Le groupe d'étude :

Nous avons retenu comme critère de sélection de notre groupe d'étude, les cas disponibles répondant à l'objet d'étude. Ces derniers sont des enfants atteints d'autisme âgé de 6 à 9 ans. Dans notre recherche sur ces enfants, nous n'avons pas tenu compte du degré de l'autisme ni de leur scolarisation.

4 La méthode utilisée et les outils d'investigation :

Chaque recherche scientifique est fondée sur une méthode déterminée par la nature du thème ainsi que par les objectifs visés par la recherche.

Dans notre cas, et vu la nature de notre thème, la méthode descriptive semblait la plus appropriée et la plus convenable pour atteindre les objectifs déterminés préalablement.

L'étude de cas qui fait partie des méthodes descriptives et historiques, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. Par l'étude de cas, on tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passés. Pour cela, on rassemble un grand nombre de données issues des entretiens, avec le sujet mais également d'autres sources, comme les témoignages des proches. Son objectif, est d'aider et de comprendre le sujet. (Charaoui.K, Benony.H., 2003. P126)

Tableau n°1 : Récapitulatif des caractéristiques de groupe d'étude :

Prénom	Age	Sexe	Date d'insertion
BC	8 ans	Féminin	27/04/2019
BK	9 ans	Masculin	30/06/2019
SK	9 ans	Féminin	13/05/2022
MI	6 ans	Féminin	21/07/2023

Remarque : Notre groupe d'étude se compose de 04 cas avec lesquels on a travaillé dans l'anonymat.

4.1 Les outils d'investigations :

Pour pouvoir démontrer que les enfants TSA présentent les caractéristiques symptomatiques du TDAH, on a utilisé des techniques de recherches qui sont ; Une grille d'observation, un entretien semi-directif accompagné par un guide d'entretien et le test de SNAP-IV.

4.2 L'observation :

L'observation est « une technique directe d'investigation scientifique, utilisée habituellement auprès d'un groupe qui permet d'observer et de constater de façon non directe de fait particulièrement, et de faire un prélèvement qualitatif en vue de prendre des attitudes et des comportements ». (Maurice, A. 1997.P60)

Nous avons utilisé la technique de l'observation afin de collecter des informations concernant le groupe d'étude.

Notre observation est renforcée par une grille d'observation qu'on a élaborée en s'inspirant des critères du DSM-5 qui contient les axes suivants : L'inattention, l'impulsivité et l'hyper activité.

4.2.1 La grille d'observation : (Annexe N°1)

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est un trouble comportemental qui comporte quelques caractéristiques principales: inattention,

hyperactivité et impulsivité. Ces comportements sont présents de manière prononcée et prolongée chez un jeune soupçonné d'être TDA(H). Ils doivent se manifester quel que soit le contexte dans lequel est l'enfant. Les grilles ci-dessous sont non exhaustives, mais elles peuvent guider l'observation et proposent quelques conseils et pistes pratiques à mettre en place en fonction des observations réalisées.

L'observation exige de s'appuyer sur un support permettant de catégoriser les comportements de la personne observée : c'est la grille d'observation. Elle est donc ciblée sur un objet particulier permettant d'identifier les pratiques, les attitudes d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs dans une situation particulière.

Durant notre recherche nous avons utilisé une grille d'observation afin de nous guider et de nous aider à mieux repérer les manifestations du TDAH chez notre groupe d'étude. La grille utilisée est composée de 12 items inspirés des critères du DSM5 et des symptomatologies qu'on a pu retenir lors de notre revue de la littérature, dont 8 items d'inattention et 4 qui englobent hyperactivité et impulsivité. (Annexe n°1)

4.3 L'entretien de recherche :

Compte tenu de notre objet d'étude, l'entretien de recherche est de toute évidence un outil, privilégié, dans le cadre d'une relation et l'expression pour la personne interviewée. (Chahraoui.K, H. Benony, 2003.P32).

D'après Depelteau,(2000 : 314) l'entretien est un procédé d'investigation pour recueillir des données scientifiques, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec le but fixé.

En vue de la qualité des informations recherchées, on a opté pour l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté aux sujets interrogés, cet entretien se présente comme « une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'un individu, pris isolément, mais aussi dans certains cas, auprès de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directif et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations » (Maurice, A., 1997, P114).

Notre entretien est accompagné par un guide d'entretien où le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, il se définit comme «un ensemble organisé de fonctions

d'opération et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewe". (Blanche, A. Gotman, A. 2007, P61).

Notre guide d'entretien est organisé en 5 axes composés de 24 questions correspondant à notre thème de recherche.

Axe 1: Le comportement de l'enfant

Axe 2: La socialisation de l'enfant.

Axe 3: Questions sur le TSA (histoire du troubles).

Axe 4: Questions sur le TDAH. (annexe N°2)

4.4 Le test SNAP-IV:

Afin de valider ou réfuter notre problématique, le test de SNAP-IV nous a semblé le plus approprié à notre objectif de recherche qui est " est ce que les enfants TSA présentent les caractéristiques symptomologiques du TDAH?".

La passation du test s'est faite dans le bureau de consultation du clinicien en sa présence pour assurer le bon déroulement de la séance. Après chaque question posée et répondu, on coche la case que le parent trouve adaptée au comportement de son enfant.

La passation du test pour le clinicien s'est faite directement après celle du parent. Comme pour les parents, elle s'est déroulée dans la même salle précédente et avec les mêmes normes.

La SNAP-IV est une version modifiée du questionnaire de Swanson, Nolan & Pelham (SNAP ; Swanson et al., 1983). Les items du DSM-IV (1994) du Trouble Déficitaire de l'Attention avec/sans Hyperactivité-Impulsivité (TDAH) sont inclus : Inattention (items 1 à 9) et Hyperactivité-Impulsivité (items 11 à 19). Les items du DSM-IV pour le Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP ; items 21 à 28) sont inclus puisque ce trouble est souvent retrouvé chez les enfants TDAH. Deux items ont été ajoutés pour résumer le domaine Inattention (items 10) et Hyperactivité-Impulsivité (item 20) du TDAH. Deux autres items ont été ajoutés : un issu du DSM-III-R (item 29) absent des critères DSM-IV du TOP et un item pour résumer le TOP (item 30). En plus des critères du DSM-IV pour le TDAH et le Trouble Oppositionnel, la SNAP-IV contient des items du questionnaire de Connors (Connors, 1968) et du questionnaire IOWA (Loney & Milich, 1985). L'IOWA a été développé pour distinguer les items qui mesurent

l'inattention/suractivité (I/S : items 4, 8, 11, 31 et 32) de ceux qui mesurent l'agression/provocation (A/P : items 21, 23, 29, 34 et 35). L'index de Conners (items 4, 8, 11, 21, 32, 33, 36, 37, 38 & 39) a été développé en sélectionnant les items qui saturent le plus les facteurs du questionnaire de Conners, et donc représentent un index général des problèmes rencontrés dans l'enfance. Les items de la SNAP-IV sont cotés de 0 à 3 (0=Pas du tout, 1=Juste un peu, 2=Nettement, 3=Énormément). Les sous-scores sont calculés en sommant les scores des items et en divisant par le nombre d'items.

Le SNAP-IV est un test psychométrique de 90 questions permettant de déterminer si un enfant souffre de TDAH. En 2019, il est régulièrement utilisé pour déterminer si une personne souffre de TDAH. L'acronyme est une abréviation de « Swanson, Nolan et Pelham » (littéralement, « Échelle d'évaluation de Swanson, Nolan et Pelham pour les parents et les enseignants »). Le test est inspiré du SNAP, qui a été mis au point dans les années 1980 pour les mêmes troubles. du tout, 1=juste un peu, 2=Nettement, 3=Énormément). Les sous-scores sont calculés en sommant les scores des items et en divisant par le nombre d'items. Les sous-scores sont exprimés par une moyenne comme illustré ci-dessous pour la sous-échelle d'inattention.

Il dure environ 30 à 40 minutes. Les parents des enfants concernés doivent répondre à un questionnaire qui évalue les symptômes et les signes de leur enfant.

Il est important de noter que le test SNAP-IV ne peut pas être utilisé comme un diagnostic définitif de TDAH, mais plutôt comme un outil d'évaluation complémentaire pour aider à confirmer ou à infirmer le diagnostic.

Tableau n° 2 : Le calcul des sous-scores du test .

TDAH inattention	TDAH Hyper/imp	TOP	I/S	A/P	Index de conners
Item 1	Item 11	Item 21	Item 4	Item 21	Item 4
Item 2	Item 12	Item 22	Item 8	Item 23	Item 8
Item 3	Item 13	Item 23	Item 11	Item 29	Item 11
Item 4	Item 14	Item 24	Item 31	Item 34	Item 21
Item 5	Item 15	Item 25	Item 32	Item 35	Item 32
Item 6	Item 16	Item 26			Item 33
Item 7	Item 17	Item 27			Item 36
Item 8	Item 18	Item 28			Item 37
Item 9	Item 19				Item 38
					Item 39
Total : /9	Total : /9	Total : /8	Total : /5	Total : /5	Total : /10
Inatt=	Hyp/Imp=	TOP :	I/S=	A/P=	IC=

4.4.1 La cotation de ces scores et leurs interprétations :

On additionne le score de chaque item puis le divisé sur le nombre d'items. Si le score est ou supérieur à 2 pour les éducateurs, et que le score des parents est ou supérieur à 1,67, on pourra déduire que l'enfant souffre de TDAH.

Un score inférieur à 2 et à 1,67 nous montre une faible ou absence des manifestations du TDAH. En revanche si les scores sont supérieurs soit pour les parents ou éducateur, cela veut dire que les manifestations du trouble sont sévères.

Les items sont cotés 0 (Pas du tout), 1 (Juste un peu), 2 (Nettement) ou 3 (Énormément).

- Inattention :

Items 1-9 : critères DSM-IV

- Hyperactivité-Impulsivité :

Items 11-19

- Trouble oppositionnel avec provocation :

Items 21-28

- **Index de problèmes dans l'enfance (Connors) :** Items 4, 8, 11 & 21, 32, 33, 36 à 39

- **Inattention/ suractivité :** Items 4, 8, 11, 31 et 32

-L'agression/provocation : Items 21, 23, 29, 34 et 35

Remarque :

Le test contient plusieurs items qui représentent des troubles ou difficultés qui peuvent s'associer au TDAH. Cependant dans notre recherche on s'intéresse aux signes du TDAH seulement sans prendre en considération les résultats des autres difficultés qui peuvent se manifester chez ses enfants.

5 Les procédures de recueil des données :

Dans cette partie, nous exposerons les conditions du déroulement ainsi que les étapes qui nous ont permis la collecte des données selon notre objectif.

5.1 Les conditions du déroulement de notre pratique :

Après avoir eu l'accord favorable du responsable de l'association, et après les échanges avec les cliniciens sur notre thématique et objectifs, on a pu sélectionner un groupe d'enfants pour former notre groupe de recherche.

Nos observations nous ont permis de voir les manifestations de ces enfants et de mettre le lien entre notre revue de la littérature et les cas directement. Ces observations se sont déroulées au cours de chaque séance afin d'avoir un aperçu direct sur les comportements des enfants et leurs manifestations.

Après l'observation, vient l'entretien. Notre entretien semi-directif s'est effectué en langue Kabyle, on a préféré le traduire pour faciliter la compréhension aux parents en vu de leur niveau culturel et leurs connaissances en langue française.

Après la réalisation de l'entretien on a fait passer le test de Snap-VI dans la même séance afin de ne pas faire venir les parents plusieurs fois, comme l'entretien le test de Snap-VI a été traduit en langue kabyle pour la bonne compréhension du parent.

5.2 Les étapes du déroulement de notre pratique :

Notre présentation à l'Association d'Aides aux Enfants Autistes de Bejaia s'est effectuée en tant qu'étudiantes de master 2 pathologies du langage et de la communication ayant comme thème "les manifestations du TDAH chez les enfants souffrant de trouble du spectre autistique". Nous avons expliqué à l'ensemble de l'équipe de l'association

l'objectif de notre recherche, après cela on a pu obtenir le consentement et l'accord d'effectuer des observations et de réaliser des entretiens avec les enfants, leurs parents et avec les éducateurs (cliniciens: psychologue, orthophoniste, éducatrice) dans le cadre d'une recherche scientifique.

Durant les observations faites pendant notre stage pratique, on a pu s'approcher des enfants autistes et de participer avec eux dans certaines activités qui visent au développement de leurs motricité, leurs fonctions cognitives, leurs autonomie, leurs capacités attentionnelles....

Nos observations se sont effectués selon les critères du DSM-5 qu'on a mentionné dans une feuille et qu'on comparait après chaque comportement observé chez l'enfant, Notre investigation au début dérangeait quelques enfants, ces derniers l'exprimaient avec un refus des poursuivre l'activité et de se diriger vers la porte ou des crises de colère chez certains. En revanche quelques uns étaient accueillant et sympathiques. Lors de ces observations, on a relevé plusieurs éléments que ce soit sur l'autisme en général ou sur les manifestations du TDAH.

Au bout de quelques séances d'observations, on a pris rendez-vous avec les parents afin d'avoir avec eux un entretien et leurs passer notre test du Snap-VI. Notre entretien semi-directif s'est déroulé dans de bonnes conditions, ou on a occupé chacune un bureau accompagné d'un psychologue. Les questions posées étaient en langue kabyle. Après l'entretien on a directement entamé le test pour gagner plus de temps et le faire passé avec le consentement du parent. Pour le test avec les cliniciens , on leurs a donné le questionnaire qu'ils ont rempli sur place après le départ du parents.

Conclusion:

La pratique du mémoire au sein de cette association s'est déroulé dans de bonnes conditions, les cliniciens se sont investis avec bonne volonté afin de nous permettre de réaliser notre recherche et arriver à notre objectif. Sur le plan méthodologique, dans notre recherche on a eu recours à la méthode descriptive, qui nous a permis une observation approfondie sur les cas choisis, et le bon déroulement de la passation de notre entretien semi-directif et le test choisi afin de vérifier notre problématique.

Chapitre V:

Présentation, analyse et discussion des résultats.

Préambule :

Dans cette partie, on va faire une présentation du groupe d'étude, une analyse et une interprétation des données et des résultats obtenus pendant notre pratique en vue de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse émise au début de notre recherche.

Présentation et analyse des cas :

1 Présentation du premier cas :

❖ Cas BC :

BC est une petite fille âgée de 8 ans, elle est la deuxième d'une fratrie de deux enfants, scolarisée en première année primaire. Le sujet est issu d'une famille d'un niveau socio-économique moyen, son père est un agent de sécurité et sa mère travaille en tant qu'AVS de sa fille.

La petite fille a été insérée dans l'association d'APCEA à l'âge de 5 ans ou elle est prise en charge par une équipe pluridisciplinaire. Sa scolarisation s'est faite à l'âge de 4 ans dans une crèche avec une durée de 3 mois, puis à l'âge de 7 ans dans une école primaire normale.

2 Présentation des observations du cas BC :

L'observation s'est faite dans une période de 30 jours, du 21 mars 2023 jusqu'au 19 avril 2023 en s'appuyant sur une grille d'observation.

Tableau n°3 : Grille d'observation du cas BC

Manifestations du TDAH	Oui	Non	Juste un peu
A des difficultés à suivre les consignes qui lui sont données		/	
Ne semble pas écouter ce qu'on lui dit	/		
Ne réussit pas à porter attention aux détails ou fait des fautes d'inattention	/		
A des difficultés à se mettre au travail	/		
A des difficultés à rester attentif au travail, ne reste pas longtemps sur une tâche	/		
Ne persiste pas face à un obstacle, abandonne facilement	/		
Evite ou fuit toute activité demandant de l'attention			/
Facilement distrait	/		
Souvent en mouvement(agité)	/		
Se lève souvent de sa place	/		
Remue les mains ou les pieds ,ou se tortille sur son siège	/		
Se met souvent en colère	/		

3 Analyse des données de la grille d'observation :

Le tableau au-dessus résume les observations que nous avons faites sur BC durant un mois effectué lors de notre stage dans l'association.

Ces observations sont faites lors des activités effectuées entre le clinicien et l'enfant BC et Nos investigations parfois.

BC est une petite fille très agitée et hyper active, notre première observation s'est faite au premier instant qu'elle s'est présentée à l'association durant notre présence. En effet BC s'est avérée impatiente à attendre l'heure de sa séance est a commencé à se tortiller sur son siège puis à bouger partout lorsque sa maman parlait avec la secrétaire.

Durant les premières séances d'observation, elle semblait méfiante de notre présence et nous regardait de temps à autre, on représentait pour elle un élément perturbateur qui l'empêchait d'accomplir son activité, puis à partir de la troisième séance, elle a commencé à ne pas s'en faire de notre présence et elle a accepté qu'on pratique avec elle quelques activités et jeux proposées par le clinicien.

BC présente des difficultés d'inattention et n'arrive pas à terminer une activité qu'elle a commencé, donc le clinicien est toujours en train d'attirer son attention afin de reprendre ce qu'elle a commencé, elle n'arrive pas à accomplir une activité et se distrait facilement par le bruit des autres en dehors de la pièce et laisse sa tâche incomplète. Lors d'une activité qu'on a effectuée avec elle, cette dernière s'est mise en colère quand elle a rencontré une difficulté à placer le puzzle dans le bon endroit et dans le bon sens, elle a jeté la pièce du puzzle et a voulu sortir. On est intervenu avec l'accord du clinicien pour la calmer et la remettre à sa place doucement avec un jeu qu'elle aime « La pâte à sable ».

Lors de nos observations, on a remarqué que BC connaît sa place, les activités avec lesquelles elle s'exerce et elle s'adapte facilement avec une nouvelle activité. Des fois, quand elle commence une activité qui lui plaît et quand on veut lui enlever, elle jette l'activité qu'on lui propose et se lève de son siège pour sortir et refuse de faire l'activité.

Lors de l'activité de coloriage qu'on lui a proposé, elle n'arrivait pas à finir tout le dessin avec le coloriage car elle s'ennuyait, on a du donc s'arrêter à plusieurs reprises pour lui proposer une autre activité qu'elle aime puis revenir à la première activité pour la motiver.

BC ne présente aucune agressivité, c'est une petite fille très agitée mais aussi ses connaissances sont bonnes et ne fait pas de fautes lors des activités de dénomination ou de désignation.

Elle n'est pas sociable avec les autres enfants de l'association, elle n'a aucun échange avec eux. Par contre avec les cliniciens, elle est très câline et exprime sa joie avec des câlins et des caresses.

4 L'analyse des entretiens :

4.1 L'analyse de l'entretien avec les parents :

Notre entretien avec la maman de BC, s'est effectué en l'absence de son mari, puisque c'est toujours elle qui l'accompagne à l'association. Notre entretien a commencé avec une interrogation sur les informations personnelles, la grossesse, l'accouchement, le développement psychomoteur, le comportement de l'enfant et sa socialisation.

Pour le comportement de BC, la maman nous a dit que sa fille est timide, un peu réservé avec les autres, elle a tendance à s'isoler surtout dans les fêtes et réunions de famille ou les endroits peuplés. Elle a confirmé qu'elle est agitée, nerveuse et anxieuse face à certaines situations. BC n'obéit pas à ses parents sans renforçateurs, et quand elle veut quelque chose, elle le demande avec des cris et des pleurs. La maman a confirmé les mouvements stéréotypés de sa fille et a dit : « **BC présente des stéréotypies oui, elle a des tics qu'elle imite de son frère, et elle fait souvent des vas et vient dans la maison, entre les chambres ou dans la même chambre** ».

La maman répond à nos questions de sociabilité et dit : « **BC est sociable à la maison, elle joue avec son frère ses cousins et cousines quand ils viennent, elle est surtout très attachée à moi vu que je l'accompagne partout** » elle poursuit « **Par contre, dehors elle est très réservée et ne fait aucun échange avec les autres personnes ni les enfants ni les adultes, elle est toujours collée à moi** ».

Concernant l'histoire du trouble de sa fille, elle raconte que c'est vers l'âge de 3 ans et demi qu'elle a remarqué que sa fille est différente par rapport aux autres enfants que ce soit ses cousins et cousines, voisins, voisines...etc., La maman a dit : « **C'est vers 3 ans est demi qu'on a remarqué que BC n'est pas comme les autres enfants par-rapport à son développement**», comme la dit la maman : « **Son physique m'a fait entrer des doutes puisqu'elle était petite de taille et n'est pas du tout autonome**», elle continue : « **BC a un frère aîné qui est autiste, donc comme je connais déjà les signes de l'autisme, j'ai vu que ma fille présente certains de ces signes** ». Les parents ont remarqué plusieurs signes d'alerte qui perturbent leur vie, la mère a dit : « **Ma fille présente une hyper sensibilité aux sons, dès qu'elle entend un son fort, elle commence à crier et à remuer sa tête. BC représente un retard du langage qui est sévère donc elle ne parle pas du tout** » en exprimant ces propos la maman semblait très déprimée elle ajoute : « **BC présente des troubles de sommeil j'ai remarqué qu'elle dormait beaucoup plus que la normale** » « **J'ai remarqué aussi que ma fille ne fait pas la demande et n'exprime pas ses besoins et quand elle veut quelque chose, elle prend ma main et me traîne jusqu'à l'endroit**

de son besoin », elle ajoute : « **Ma fille est très attachée à la TV, des fois quand j'éteint la télévision, elle crie et pleure sans arrêt jusqu'à ce que je la rallume** », « **C'est vers l'âge de 4ans qu'on a décidé de la faire entrer à la crèche ou elle est restée 3mois, et c'est là que les éducatrices nous ont signalé aussi presque les mêmes signes qu'on avait remarqués à la maison** ».

Pour éclaircir ces signes, les parents se sont dirigés vers un pédopsychiatre qui a diagnostiqué leur fille « Autiste ». Les parents se sont dirigés ensuite vers l'association qui se situe à Remla pour la prise en charge.

La réaction face à ce diagnostic a été un choc pour ces parents, d'après ce qu'a confirmé la maman : « **On a été au début choqué, on s'est dit que maintenant, on a deux enfants autistes, mais avec le temps, son papa et moi avons accepté le fait que notre fille soit autiste aussi** ».

Après les révélations de la maman sur le TSA on est passé aux questions concernant le TDAH et ses manifestations chez sa fille. La maman a confirmé l'hyperactivité de sa fille et a dit : « **Ma fille est hyperactive, elle est tout le temps en train d'aller partout et de sursauter partout dans la maison, elle ne reste pas tranquille et bouge tout le temps** ». Elle ajoute : « **BC est incapable de rester en place et d'achever une activité, et elle veut tout faire en même temps et veut finir plusieurs activités en même temps** ». Pour les oublis et les détails la maman a dit : « **Ma fille n'oublie pas elle a une très bonne mémoire et elle est consciente de tout** » elle continue : « **Des fois quand, je perds quelque chose et que je la cherche, elle va directement me la ramener, elle se souvient de leurs places et elle est attentive** ». Après ça je lui y et demander de me parler de son comportement à la maison et face à des activités de sa vie quotidienne. Elle commence : « **A la maison, elle est obéissante et suit les consignes que je lui donne. Mais des fois quand, je lui propose de faire une activité elle refuse sauf si je lui donne un renforçateur : un bonbon ou quelque chose qu'elle aime et aussi des fois quand je lui demande quelque chose qui ne lui plait pas elle zappe et elle retient ce qui lui plait seulement, et dès que je lui refuse une demande elle devient anxieuse et détruit tout ce qu'il y'a sur son chemin** ». Elle ajoute : « **Pour les taches elle demande toujours mon aide et refuse de les faire seules la plupart du temps** ». Elle dit qu'à la maison, sa fille parfois attend son tour mais dehors quand elle la fait sortir elle a du mal à attendre son tour.

On a fini l'entretien avec l'adaptation de BC et la maman m'a dit : « **Dès son entrée à la crèche déjà elle était perturbée et a refusé d'y aller, elle se n'est jamais adaptée** » « **Son entrée à l'école aussi était une galère, BC ne tolère pas le changement. Elle a commencé à s'adapter**

quand je me suis présentée entant que son AVS seulement ». Elle ajoute « Ma fille ne peut pas rester plus de 3heures en classe, je la fais souvent sortir à la cour pour changer d'aire puis je la fais revenir en classe » « Je pense que le fait que je sois sa maman et son AVS en même temps lui a donner la possibilité de me de faire ce qu'elle veut, elle connaît mes points faibles ».

5 Analyse et discussion des résultats du test SNAP-IV :

Après le bon déroulement de notre entretien semi-directif, on lui a fait passer directement le test SNAP-IV, on a dû le traduire en langue kabyle et lui expliquer item par item et lui donner des exemples quand elle ne comprend pas bien l'item

Tableau n°4 : Les résultats du test SNAP-IV avec la maman de BC

TDAH inattention	TDAH hyperactivité	TOP	I/S	A/P	Index de Conners
Item 1 :2	Item 11 :2	Item 21 :2	Item 4 :2	Item 21 :2	Item 4 :2
Item 2 :3	Item 12 :2	Item 22 :0	Item 8 :3	Item 23 :2	Item 8 :3
Item 3 :2	Item 13 :2	Item 23 :2	Item 11 :2	Item 29 :0	Item 11 :2
Item 4 :2	Item 14 :1	Item 24 :1	Item 31 :3	Item 34 :2	Item 21 :2
Item 5 :2	Item 15 :2	Item 25 :0	Item 32 :2	Item 35 :1	Item 32 :2
Item 6 :1	Item 16 :2	Item 26 :0			Item 33 :2
Item 7 :1	Item 17 :0	Item 27 :0			Item 36 :3
Item 8 :3	Item 18 :2	Item 28 :1			Item 37 :2
Item 9 :0	Item 19 :1				Item 38 :2
					Item 39 :1
Total : 16 /9	Total : 14 /9	Total : 6 /8	Total : 12 /5	Total : 7/5	Total : 21 /10
Int : 1,77	Hyp/Imp :1,55	TOP :0,75	I/S :2,4	A/P :1,4	I/C :2,1

Tableau n°5 : Les résultats du test SNAP-IV avec l'orthophoniste de BC

TDAH Inattention	TDAH Hyper/impul	TOP	I/S	A/P	Index de Conners
Item 1 :2	Item 11 :3	Item 21 :1	Item 4 :2	Item 21 :1	Item 4 :2
Item 2 :2	Item 12 :2	Item 22 :0	Item 8 :2	Item 23 :3	Item 8 :2
Item 3 :2	Item 13 :2	Item 23 :1	Item 11 :3	Item 29 :0	Item 11 :3
Item 4 :2	Item 14 :2	Item 24 :0	Item 31 :3	Item 34 :1	Item 21 :1
Item 5 :2	Item 15 :1	Item 25 :0	Item 32 :3	Item 35 :1	Item 32 :3
Item 6 :2	Item 16 :0	Item 26 :0			Item 33 :2
Item 7 :2	Item 17 :3	Item 27 :0			Item 36 :3
Item 8 :2	Item 18 :3	Item 28 :0			Item 37 :2
Item 9 :2	Item 19 :2				Item 38 :1
					Item 39 :2
Total : 18/9	Total : 15/9	Total : 2/8	Total : 13/5	Total : 6/5	Total : 21 /10
Inatt :2	Hyp/Imp :1,66	TOP :0,25	I/S :2,6	A/P :1,2	IC :2,1

Rappel sur la cotation du test SNAP-IV :

On additionne le score de chaque item puis le divisé sur le nombre d'items. Si le score est supérieur à 2 pour les éducateurs, et que le score des parents est supérieur à 1,67, on pourra déduire que l'enfant souffre de TDAH.

Les résultats de la maman et de l'orthophoniste du cas BC sont présentés dans les tableaux au- dessus. La première colonne du tableau qui représente l'inattention chez notre cas. La deuxième colonne elle représente l'hyperactivité et l'impulsivité.

La troisième colonne qui représente les troubles oppositionnelles avec provocation.

La quatrième colonne elle représente l'inattention et la suractivité de l'enfant développé par L'IOWA.

La cinquième colonne représente l'agression de l'enfant et sa provocation.

La sixième colonne représente l'index de conners qui contient les difficultés d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité rencontré durant l'enfance.

5.1 Interprétation des résultats de l'échelle avec la maman du cas BC :

Notre cas BC a obtenu un score de 1,77 pour l'inattention qui est supérieur à 1,67, ce qui nous fait penser que cette fille souffre d'inattention et d'hyperactivité et d'impulsivité, ces derniers ont un score de 1,67.

Le score de l'inattention et de la suractivité de l'IOWA . Le résultat est de 2,4 ce qui nous fait un score supérieur à 1,67, ce score montre que notre cas présente un taux élevé des signes du TDAH.

En vue du score obtenu pour agression et provocation qui est de 1,4, on peut dire que BC n'est pas agressive et ne présente aucune provocation ni danger pour les autres, surtout ceux de son âge.

L'index de conners qui réunit à la fois les signes d'inattention d'hyperactivité et d'impulsivité, ou l'auteur a réuni ces items comme difficultés d'un enfant TDAH. Le score est de 2,1 qui est supérieur à 1,67. Ce score nous montre que notre cas souffre de TDAH.

5.2 Interprétation des résultats de l'échelle avec l'orthophoniste de BC :

Notre cas BC a obtenu un score de 2 pour l'inattention qui est égale au score du test, et 1,66 pour l'hyperactivité et l'impulsivité qui est inférieur à 2. Cependant dans les items de l'IOWA qui englobe les trois signes du TDAH, elle a eu un score de 2,6 qui est un score supérieur à la normale.

L'index de conners qui lui aussi englobe certains signes du TDAH, elle a eu un score supérieur qui est de 2,1.

Son agression et provocation on eut un score très faible qui est estimé à 1,2.

Etant donné les résultats obtenus du test SNAP-IV pour la maman et pour l'orthophoniste, qui sont soit égaux ou supérieurs à 1,67 et 2, on pourra dire que notre cas BC présente des signes du TDAH (l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité) en prenant compte de la cotation proposée par le test, qui fait qu'un score égale ou supérieur à 1,67 pour les parents, et un score égale ou supérieur à 2 pour les éducateurs conclue que l'enfant présente un TDAH. En effet avec les observations faites et l'entretien avec la maman, on a pu constater que la petite fille présente ces signes. Le test SNAP-IV nous a permis de prouver et de confirmer ces signes.

Synthèse du cas BC :

BC est une petite fille autiste qui présentes des signes du TDAH, d'après notre stage effectué à l'association et les résultats obtenus des observations, de l'entretien et du test, on a pu en déduire la présence de ces signes chez elle. En effet BC présente de l'inattention, une hyperactivité et de l'impulsivité.

1 Présentation du deuxième cas :

❖ Cas SK :

SK est une jeune enfant âgée de 9 ans, c'est la troisième d'une fratrie de 4 enfants, SK est issue d'une famille d'un niveau socio-économique moyen, son père travaille tant que mécanicien dans une entreprise et sa maman est une femme au foyer.

La petite fille a été insérée au sein de l'association d'APCEA à l'âge de 8 ans ou elle est prise en charge par une équipe pluridisciplinaire avec sa sœur jumelle qui est aussi autiste. SK n'a jamais été scolarisée en raison de ses difficultés et de son degré d'autisme qui est sévère.

2 Présentation des observations du cas SK :

L'observation a été réalisée pendant une période de 30 jours, du 21 mars 2023 jusqu'au 19 avril 2023 en s'appuyant sur une grille d'observation.

Tableau n°6 : Grille d'observation du cas SK

Manifestation du TDAH	Oui	Non	Juste un peu
A des difficultés à suivre les consignes qui lui sont données	/		
Ne semble pas écouter ce qu'on lui dit			/
Ne réussit pas à porter attention aux détails ou fait des fautes d'inattention			/
A des difficultés à se mettre au travail	/		
A des difficultés à rester attentif au travail, ne reste pas longtemps sur une tâche	/		
Ne persiste pas face à un obstacle, abandonne facilement			/
Evite ou fuit toute activité demandant de l'attention	/		
Facilement distrait	/		
Souvent en mouvement(agité)	/		
Se lève souvent de sa place	/		
Remue les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège			/
Se met souvent en colère	/		

3 Analyse des données de la grille d'observation :

Le tableau ci-dessus résume les observations que nous avons faites sur SK durant le mois effectué lors de notre stage dans l'association.

Ces observations ont été réalisées lors des activités effectuées pendant les séances de prise en charge

psychologique.

SK est une petite fille autiste. Lors de nos premières observations avec elle, elle semblait nous accepter, certes elle n'était pas joyeuse ou heureuse contrairement à d'autres enfants qui venaient nous voir ou même nous câliner et nous embrasser.

SK avait certaines difficultés à prêter attention aux activités proposées par le psychologue surtout lors des premières séances de notre stage, elle semblait être dérangé par notre présence et nous regardait de temps à autre. On a remarqué qu'elle n'aimait pas les activités qui demandaient un effort mental soutenu comme par exemple suivre un chemin pour arriver à une sortie, faire un puzzle..

Pour les activités académiques, elle n'arrivait pas à finir ou à trouver les bonnes réponses. Elle présente des oublis fréquents d'apprentissage par exemple les couleurs, les formes, les animaux...etc malgré la répétition des exercices, il lui arrive souvent de ne pas trop écouter ce qu'on lui dit.

Par ailleurs, on a remarqué qu'elle était très intéressée par les jeux physiques ou les jeux de balle ou ceux de la vie quotidienne comme la dinette, elle prend goût à jouer à ceux-là. Parfois quand l'activité proposée ne lui plaît pas, elle refuse de la faire et quand le psychologue insiste un peu, elle se met à pleurer ou à crier ou elle se lève de son siège pour prendre une activité qu'elle aime.

Lors de nos observations, il lui arrivait de sortir de la salle, et puis l'orthophoniste vient la récupérer, des fois elle comprend dès la première demande et d'autres fois, elle fait des tours et esquivé puis elle accepte après renforcement (récompense).

4 L'analyse de l'entretien :

4.1 L'analyse de l'entretien avec les parents :

Notre entretien avec le papa de SK, a été effectué en l'absence de sa femme, puisque c'est toujours lui qui l'accompagne à l'association en raison de l'éloignement de leur domicile.

Pour les informations personnelles, la grossesse, l'accouchement, le développement psychomoteur, on a eu les informations par la psychologue de SK puisque le papa ne se souvenait plus et ne savait pas répondre. Donc on s'est contenté de lui poser les questions sur le comportement de l'enfant et sa socialisation et questions concernant le TSA et le TDAH.

Pour le comportement, le papa a dit que sa fille est souvent agitée, anxieuse face à des situations de la vie quotidienne. Quand quelque chose ne lui plaît pas ou face à un refus, elle est têtue et tient tête et elle est souvent nerveuse et pique des crises face à des frustrations. SK est autonome d'après son papa et obéissante aussi. Ce dernier a confirmé que de temps à autre, elle a des mouvements stéréotypés qui sont sous forme de balancement des mains et de tourner dans une pièce.

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats.

La relation avec ses parents et ses frères et sœurs est une relation décrite comme normale, elle joue avec eux et partage des activités avec eux. Contrairement à l'extérieur, quand elle sort elle n'est pas du tout sociable, elle se méfie et n'a aucun échange avec les autres enfants ni les adultes.

Après les réponses du papa, on est directement passé à l'histoire du trouble TSA de sa fille. Le papa a répondu : « **C'est à l'âge de 3 ans et demi qu'on a remarqué moi et ma femme que le développement de notre fille n'est pas normale car notre ainé, on se souvient à son âge elle parlait déjà, elle était autonome. Mais SK non** » Il poursuit : « **Je me souviens, elle commençait peu à peu à acquérir le langage mais après peu, elle n'avait plus aucun langage. Et c'est là qu'on s'est dit qu'il y'a quelque chose** » Le père avoue que d'autres membres de leurs familles ont remarqué aussi que leur fille n'était pas normale : « **Lors des visites familiales, ils posaient certaines questions et nous disaient que le comportement et le développement de vos filles, elle et sa sœur jumelle n'étaient pas normale, on dirait des bébés** ». Pour confirmer son trouble, les parents se sont dirigés à l'Quba pour plus de professionnalisme comme il a avoué le papa et c'est là qu'un pédopsychiatre a confirmé le diagnostic de leurs filles.

La réaction des parents face à ce diagnostic était décevante : « **Les premiers temps, on était vraiment bouleversé, 2 filles diagnostiquées autistes, mais avec le temps on a accepté malgré la difficulté, et on s'est fait avec** ».

Ensuite, on lui a posé des questions sur les manifestations du TDAH chez sa fille. « **Ma fille SK est hyperactive, oui souvent à la maison elle n'arrive pas se tenir assise ou à rester longtemps sans rien faire, elle s'occupe tout le temps** » « **Elle aide sa maman à la maison dans les tâches quotidiennes et n'arrive pas à rester dans une seule tâche, elle change souvent de tâche et de pièce et fait des vas et vient dans la maison** » Il ajoute : « **Ma fille s'ennuie rapidement et elle exprime ça avec des pleurs et des rires inappropriés et parfois elle pique des crises quand quelque chose ne lui plaît pas ou quand on la force à faire quelque chose qu'elle ne veut pas** ». Pour les questions d'inattention, le papa a confirmé l'inattention de sa fille et a dit : « **Ma fille n'est pas attentive, elle est souvent distraite et n'arrive pas à se projeter directement dans une activité, il faut qu'on la pousse et qu'on attire son attention vers l'activité proposée et rester avec elle pour la surveiller et l'aider, sinon si on la laisse seule, elle n'arrivera pas et sera distraite facilement et abandonnera son activité** ». Concernant le tour de rôle et les difficultés de la vie quotidienne le papa a répondu : « **La patience de ma fille dépend de la situation ou elle se trouve, par exemple à table ou pour se laver elle attend son tour mais avec ses frères et sœurs dans les jeux elle n'attend pas son tour, et moi personnellement je leurs fait à la maison des activités de tour de rôle pour améliorer ce point** » Le papa avoue qu'elle est plus faible que sa jumelle : « **Ma fille a une faible intelligence par rapport à mon autre fille autiste, elle n'a aucun intérêt pour les jeux académiques et à des oublis fréquents . Par exemple quand je lui apprend quelque chose de nouveau, elle l'oublie rapidement** ».

5 Analyse et discussion des résultats du test SNAP-IV :

Après le bon déroulement de notre entretien semi-directif, on a fait passer directement au papa le test SNAP-IV, on a dû le traduire en langue kabyle et lui expliquer item par item.

Juste après la fin de la passation du test du papa, on a réalisé le test avec le psychologue qui prend en charge la petite fille.

Tableau n°7 : Les résultats du test SNAP-IV avec le papa de SK

TDAH Inattention	TDAH Hyp/Imp	TOP	I/S	A/P	Index Conners
Item 1 :2 Item 2 :2 Item 3 :1 Item 4 :2 Item 5 :2 Item 6 :3 Item 7 :1 Item 8 :3 Item 9 :1	Item 11 :2 Item 12 :2 Item 13 :2 Item 14 :1 Item 15 :3 Item 16 :0 Item 17 :0 Item 18 :2 Item 19 :1	Item 21 :2 Item 22 :0 Item 23 :0 Item 24 :0 Item 25 :0 Item 26 :0 Item 27 :0 Item 28 :0	Item 4 :2 Item 8 :3 Item 11 :2 Item 31 :1 Item 32 :3	Item 21 :2 Item 23 :0 Item 29 :0 Item 34 :1 Item 35 :2	Item 4 :2 Item 8 :3 Item 11 :2 Item 21 :2 Item 32 :3 Item 33 :1 Item 36 :2 Item 37 :0 Item 38 :0 Item 39 :2
Total : 17/9	Total : 13 /9	Total: 2/8	Total : 11/5	Total : 5/5	Total : 17/10
Inat :1,88	Hyp/Imp :1,44	TOP :0,25	I/S :2,2	A/P :1	IC :1,7

Tableau n°8 : Les résultats du test SNAP-IV avec l'orthophoniste de SK

TDAH Inattention	TDAH Hyp/Imp	TOP	I/S	A/P	Index Conners
Item 1 :2	Item 11 :2	Item 21 :1	Item 4 :2	Item 21 :1	Item 4 :2
Item 2 :3	Item 12 :3	Item 22 :0	Item 8 :3	Item 23 :0	Item 8 :3
Item 3 :1	Item 13 :3	Item 23 :0	Item 11 :2	Item 29 :1	Item 11 :2
Item 4 :2	Item 14 :3	Item 24 :0	Item 31 :1	Item 34 :0	Item 21 :1
Item 5 :2	Item 15 :2	Item 25 :0	Item 32 :3	Item 35 :3	Item 32 :3
Item 6 :2	Item 16 :0	Item 26 :1			Item 33 :3
Item 7 :1	Item 17 :0	Item 27 :0			Item 36 :3
Item 8 :3	Item 18 :3	Item 28 :0			Item 37 :3
Item 9 :3	Item 19 :0				Item 38 :1
					Item 39 :3
Total : 19 /9	Total : 16/9	Total : 2/8	Total : 11/5	Total : 5/5	Total : 24/10
Inatt :2,11	Hyp/Imp :1,77	TOP :0,25	I/S :2,2	A/P :1	IC :2,4

5.1 Interprétation des résultats de l'échelle avec le père de SK :

SK a obtenu un score de 1,88 pour l'inattention qui est supérieur à 1,67, son hyperactivité et impulsivité ont obtenu un score de 1,44 inférieur à 1,67. On peut en déduire que la présence de ses signes est un peu faible par rapport à son l'inattention.

Le score de l'inattention et de la suractivité par l'IOWA est de 2,2 qui représente une manifestation très élevée par rapport à la normale.

SK est une fille pas du tout agressive ni provocatrice, le score qu'elle a obtenu est très faible c'est un 1.

L'index de conners qui réunit à la fois les signes d'inattention d'hyperactivité et d'impulsivité, ou l'auteur à réuni ces items comme difficultés d'un enfant TDAH. Le score est de 1,7 qui est supérieur à 1,67.

5.2 Interprétation des résultats de l'échelle avec l'orthophoniste de SK :

Pour le test passé avec l'orthophoniste, SK a obtenu un score de 2,11 pour l'inattention qui est supérieur au score du test, et 1,77 pour l'hyperactivité et l'impulsivité qui est inférieur à 2. Cependant dans les items de l'IOWA qui englobent les trois signes du TDAH, elle a eu un score de 2,2 qui est un score supérieur à la normale.

L'index de conners qui lui aussi englobe certains signes du TDAH, elle a eu un score supérieur qui est de 2,4.

Son agression et provocation ont eu un score très faible qui est estimé à 1.

D'après les résultats obtenus du test SNAP-IV pour le papa et pour l'orthophoniste, qui sont soit égaux ou supérieurs à 1,67 et 2 dans son inattention, on pourra dire que notre cas SK représente des signes du TDAH (l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité). En revanche pour l'impulsivité et l'hyperactivité, on pourra dire que SK présente ses signes mais qu'ils ne sont pas très graves contrairement à son inattention, où elle a eu des scores élevés par rapport à la normale. Au final, les scores du cas SK ont montré que les signes du TDAH sont présents chez elle. En effet le test SNAP-IV nous a permis de confirmer ses signes.

Synthèse du cas SK :

SK est une petite fille autiste qui est caractérisée par des signes TDAH plus fréquemment l'inattention d'après nos observations, l'entretien et le test SNAP-IV effectués durant notre stage. D'un point de vue général, elle semble moins impulsive, ce que nous avons observé lors des investigations et notre participation aux activités réalisés par le cas.

1 Présentation du cas :

❖ Cas MI :

MI est une petite fille de 6 ans, elle est la deuxième d'une fratrie de trois enfants, le sujet est issu d'une famille d'un niveau socio-économique moyenne, son père est un commençant, et sa mère enseignante. MI présente un type d'autisme sévère qui se caractérise par les signes suivants : hyperactivité, des comportements stéréotypés, sur le plan verbal, manque du mot et manque de communication. A l'âge de 5 ans, elle a été insérée dans l'association (ADEA) ou elle est prise en charge par une équipe pluridisciplinaire.

2 Présentation des observations du cas MI :

La période d'observation a duré 30 jours du 31/03/2023 au 19/04/2023.

En s'appuyant sur une grille d'observation :

Tableau n°9 : Grille d'observation du cas MI

Manifestation du TDAH	Oui	Non	Juste un peut
A des difficultés à suivre les consignes qui lui sont données	/		
Ne semble pas écouter ce qu'on lui dit			/
Ne réussit pas à porter attention aux détails ou fait des fautes d'attention	/		
A des difficultés à se mettre au travail	/		
A des difficultés à rester attentif au travail, ne reste pas longtemps sur une tâche	/		
Ne persiste pas face à un obstacle, abandonne facilement		/	
Evite ou fuit toute activité demandant de l'attention	/		
Facilement distrait			/
Souvent en mouvement (agité)	/		
Se lève souvent de sa place	/		
Remue les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège			/
Se met souvent en colère	/		

3 Analyse des données de la grille d'observation

Le tableau ci-dessus résume les observations que nous avons faites sur MI durant le mois de stage effectué dans l'association.

Ces observations ont été réalisées lors des activités effectuées entre l'orthophoniste et l'enfant MI. MI est une fille agitée et qui se met souvent en colère. Notre observation a été effectuée au sein de l'association, on a remarqué que MI est facilement distraite, quand elle entend les cris des autres enfants. On a remarqué aussi que durant les activités, MI ne réussit pas à porter attention aux détails par

exemple dans l'activité ou elle devait remettre les parties corporelles, elle a oublié de remettre l'oreille à sa place, et quand l'orthophoniste lui a dit de poursuivre, elle croyait qu'elle avait fini car elle n'a pas remarqué que la place de l'oreille est encore vide.

La petite fille nous semblait difficile dans son adaptation paraissait. En effet après chaque début d'une activité, elle avait tendance à refuser quand l'activité lui paraissait difficile ou quand elle lui plaisait pas. Ce refus pour les activités le montre en ne pas écoutant ce que l'orthophoniste lui dit et en tenant tête.

4 Analyse de l'entretien :

4.1 L'analyse de l'entretien avec les parents :

Notre entretien avec le père de MI, s'est effectué en l'absence de sa femme puisque c'est toujours lui finit l'accompagne à l'association, on a commencé avec une interrogation sur les informations personnelles. Son père nous a confié que c'est à l'âge de 3 ans que sa femme et lui ont remarqué que leur fille était différente par-rapport aux autres enfants. Le père a dit : « **J'ai remarqué que MI n'est pas comme ses frères** », il continue : « **Mais à partir de 3 ans, qu'ils se sont inquiètes de son comportement** », ils ont repéré des signes anormaux chez leur fille, le père a dit : « **Parmi les signes les plus remarquables sont le retard du langage, le manque de sociabilité avec les autres enfants et la communication avec eux** ». Pour confirmer son trouble et son diagnostic, le père nous a dit : « **Le premier diagnostic était chez un psychologue clinicien** ». La réaction des parents face au diagnostic n'a pas été choquante, le père a dit : **Ce n'est pas très choquant, c'est juste une déception, Car avant de faire le diagnostic, on s'est informé à partir d'internet, le diagnostic des professionnels sont en quelque sorte une confirmation** ».

Après les questions concernant le TSA, on est directement passé aux questions du TDAH. D'après le père, sa fille est très agitée. « **Ma fille est trop agitée, elle est souvent occupée dans quelque chose et n'arrive pas à se tenir dans un seul endroit, elle fait toujours des aller - retour partout dans la maison et ne se fatigue jamais** ». Il ajoute qu'elle est impatiente à attendre son tours «**MI a du mal à attendre son tour par exemple lorsque la maman prépare un plat qu'elle aime bien, ou bien quand je distribue des bonbons à elle et ses frères** » il ajoute « **Quand elle joue avec ses frères et sœurs elle est toujours pressée et a du mal à faire le tour de rôle** ».

Concernant l'inattention de MI le papa a avoué que sa fille a des difficultés de concentration et d'attention. « **Lors des activités à la maison, ma fille a du mal à maintenir son attention sur une chose précise pour longtemps, et elle évite de faire toutes les activités qui demandent de l'attention comme le coloriage, le dessin, l'addition...** ».

Tableau n°10 : Les résultats du test SNAP-IV avec l'orthophoniste

TDAH Inattention	TDAH Hyperactivité	TOP	I/S	A/P	Index de Conners
Item1: 3	Item11: 3	Item21: 0	Item4: 3	Item21: 0	Item4: 3
Item2: 3	Item12: 3	Item22: 0	Item8: 1	Item23: 1	Item8: 1
Item3: 3	Item13: 3	Item23: 1	Item11: 3	Item29: 1	Item11: 3
Item4: 3	Item14: 2	Item24: 1	Item31: 1	Item34: 2	Item21: 0
Item5: 2	Item15: 3	Item25: 0	Item32: 2	Item35: 3	Item32: 2
Item6: 2	Item16: 0	Item26: 0			Item33: 1
Item7: 1	Item17: 0	Item27: 0			Item36: 1
Item8: 1	Item18: 2	Item28: 1			Item37: 2
Item9: 1	Item19: 2				Item38: 1
					Item39: 1
Total:15/9	Total:18/9	Total:3/8	Total:10/5	Total:7/5	Total:15/10
Inatt=2,22	Hyp/Imp=2	TOP=0,37	I/S=2	A/P=1,4	IC=1,5

Tableau n°11 : Les résultats du tests SNAP-IV avec le père

TDAH Inattention	TDAH Hyperactivité	TOP	I/S	A/P	Index de Conners
Item1: 3	Item11: 2	Item21: 1	Item4: 2	Item21: 1	Item4: 2
Item2: 3	Item12: 3	Item22: 0	Item8: 2	Item23: 2	Item8: 2
Item3: 2	Item13: 2	Item23: 2	Item11: 2	Item29: 2	Item11: 2
Item4: 2	Item14: 2	Item24: 0	Item31: 2	Item34: 2	Item21: 1
Item5: 2	Item15: 2	Item25: 2	Item32: 2	Item35: 1	Item32: 2
Item6: 3	Item16: 0	Item26: 1			Item33: 3
Item7: 0	Item17: 1	Item27: 2			Item36: 1
Item8: 2	Item18: 2	Item28: 1			Item37: 2
Item9: 2	Item19: 1				Item38: 2
					Item39: 2
Total:19/9	Total:15/9	Total:9/8	Total:10/5	Total:8/5	Total:19/10
Inatt=2,11	Hyp/Imp=1,66	TOP=1,12	I/S=2	A/P=1,6	IC=1,9

5 Analyse et interprétation des résultats du test:

5.1 Interpréter les résultats du l'échelle avec l'orthophoniste :

La première colonne du tableau qui représente l'inattention chez notre cas.

La deuxième colonne représente l'hyperactivité et l'impulsivité.

La troisième colonne représente les troubles oppositionnelles avec provocation.

La quatrième colonne représente l'inattention et la suractivité de l'enfant.

La cinquième colonne représente l'agression de l'enfant et sa provocation.

La sixième colonne représente l'index de conners qui contient les difficultés d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité rencontrées durant l'enfance.

Notre cas MI a obtenu un score de 2,22 pour l'inattention qui est supérieur à 1,67, donc cette fille souffre d'inattention et d'hyperactivité et d'impulsivité ses derniers ont un score de 1,67.

Le score de l'inattention et de la suractivité de l'IOWA. Le résultat est de 2 ce qui nous fait un score supérieure 1,67, ce score montre que notre cas représente un score élevé des signes du TDAH.

En vue des scores obtenus pour agression et provocation qui est de 1,4, on peut dire que MI n'est pas agressive et ne présente aucune provocation pour les autres, surtout ceux de son âge.

L'index de conners qui réunit à la fois les signes d'inattention d'hyperactivité et d'impulsivité, ou l'auteur à réuni ces items comme difficultés d'un enfant TDAH. Le score est de 1,5 qui est inférieur à 1,67. Ce score nous montre que notre cas souffre de TDAH.

Notre cas MI a obtenu un score de 2,22 pour l'inattention qui est supérieur au score du test, et 2 pour l'hyperactivité et l'impulsivité qui est égale 2. Dans les items de l'IOWA qui englobe les trois signes du TDAH, elle a eu un score de 1,4 qui est un score inférieur.

L'index de conners qui lui aussi englobe certains signes du TDAH. MI a eu un score inférieure 1,5.

Son agression et provocation on eut un score très faible à 1,4.

5.2 Interprétations des résultats de l'échelle avec le père :

Notre cas MI a obtenu un score de 2,11 pour l'inattention qui est supérieur à 1,67, ce qui nous fait penser que cette fille souffre d'inattention et d'hyperactivité et d'impulsivité, ces derniers ont un score de 1,67.

Le score de l'inattention et de la suractivité de l'IOWA. Le résultat est de 2 ce qui nous fait un score supérieur à 1,67, ce score montre que notre cas présente un taux élevé des signes du TDAH.

En vue des scores obtenus pour agression et provocation qui est de 1,6, on peut dire que MI n'est pas agressive et ne présente aucune provocation pour les autres, surtout ceux de son âge.

L'index de conners qui réunit à la fois les signes d'inattention d'hyperactivité et d'impulsivité, ou l'auteur à réuni ces items comme difficultés d'un enfant TDAH. Le score est de 1,9 qui est inférieure à 1,67. Ce score nous montre que notre cas souffre de TDAH.

Notre cas MI a obtenu un score de 2,22 pour l'inattention qui est supérieur au score du test, et 2 pour l'hyperactivité et l'impulsivité qui est égale de 2. Dans les items de l'IOWA qui englobe les trois signes du TDAH, elle a eu un score de 2 qui est un score supérieur à la normale.

L'index de conners qui lui aussi englobe certains signes du TDAH, il a eu un score inférieur qui est de 1,5.

Son agression et provocation on eut un score très faible estimé 1,4.

La Synthèse du Cas MI :

MI est une petite fille autiste qui présente des signes d'hyperactivité, d'impulsivité et d'inattention en vue des scores élevés qu'on a trouvées, les signes du TDAH sont élevés chez elle.

1 Présentations du CAS :

❖ Cas KB :

KB est un enfant de 9 ans, il est le deuxième d'une fratrie de deux enfants. Le sujet est issu d'une famille d'un niveau socio-économique moyen, son père est un fonctionnaire, et sa mère est une femme au foyer. KB présente un type d'autisme léger qui se caractérise par les signes suivants : hyperactivité, manque de communication, troubles du langage et de comportement stéréotypés. A l'âge de 5 ans il est inséré dans l'association ADEA ou il a été pris en charge par une équipe pluridisciplinaire.

2 Présentation des observations du cas KB :

La période d'observation a duré 30 jours, du 31/03/2023 au 19/04/2023.

En s'appuyant sur une grille d'observation :

Tableau n° 12 : Grille d'observation du cas KB

Manifestation du TDAH	Oui	Non	Juste un peu
A des difficultés à suivre les consignes qui lui sont données	/		
Ne semble pas écouter ce qu'on lui dit	/		
Ne réussit pas à porter attention aux détails ou fait des fautes d'attention	/		
A des difficultés à se mettre au travail	/		
A des difficultés à rester attentif au travail, ne reste pas longtemps sur une tâche	/		
Ne persiste pas face à un obstacle, abandonne facilement		/	
Evite ou fuit toute activité demandant de l'attention	/		
Facilement distrait	/		
Souvent en mouvement (agité)	/		
Se lève souvent de sa place	/		
Remue les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège	/		
Se met souvent en colère			/

3 Analyse des données de la grille d'observations :

Le tableau ci-dessus résume les observations que nous avons faites sur KB durant le mois effectué lors de notre stage dans l'association.

Ces observations sont faites lors des activités effectuées entre l'orthophoniste et l'enfant KB.

KB est un enfant très hyperactif et souvent en mouvement. Notre première observation s'est faite au premier instant où il s'est présenté à l'association, on a remarqué que lorsque sa maman l'a accompagné à l'association, il a commencé à aller partout dans les salles, puis quand l'orthophoniste a voulu le ramener pour faire sa séance, il s'est mis en colère et à commencer à crier et à courir autour de la table. Durant la première séance d'observation, on a remarqué qu'il n'a pas réussi à porter attention aux détails et de ne pas faire des fautes d'inattention dans une activité, et à partir de la deuxième séance, on a vu qu'il a des difficultés à se mettre au travail et qu'il a des difficultés à rester attentif au travail et il ne reste pas longtemps sur une tâche. KB est un enfant qui abandonne facilement lorsqu'il est incapable de résoudre une activité. Donc c'est pour cela l'orthophoniste est toujours en train d'attirer son attention avec des activités.

Durant les séances d'observations, on a remarqué que lors de certaines activités qui demande de l'effort mental semble perdu et ne sait pas comment les résoudre, donc il se lève souvent de sa place puis revient pour continuer de faire l'activité. En effet on a remarqué qu'il ne se concentre pas sur des activités demandant de l'attention.

KB est un enfant agité et anxieux et il ne représente pas une agressivité et sa sociabilité avec les autres membres de l'association est absente même avec les autres enfants c'est seulement avec l'orthophoniste qu'il exprime sa joie.

4 Analyse de l'entretien :

4.1 L'analyse de l'entretien avec les parents :

Notre entretien avec la maman de KB, s'est effectué en absence de son père, puisque c'est toujours elle qui l'accompagne à l'association. On a commencé avec des questions sur les informations personnelles, la grossesse, l'accouchement, le développement psychomoteur, le comportement et sa socialisation. Sa maman nous a confié que c'est à l'âge de 6 ans elle a remarqué que son fils est différent par rapport aux autres enfants. La maman a dit : « **J'ai remarqué que KB n'est pas comme sa sœur aînée notamment par rapport à leurs développements à partir de 6 ans** ». Les parents ont remarqué plusieurs signes qui perturbent leur vie, la maman a dit : « **Les premiers signes qu'on a observés chez notre fils étaient : un retard psychomoteur, une Hyperactivité, un retard du langage, le manque de la sociabilité avec d'autres enfants même de jouer avec eux** ». Pour enlever le doute, les parents ont été orientés vers une orthophoniste, la maman a dit : « **Mon mari et moi avons pris notre enfant et nous nous sommes dirigés en premier lieu vers une orthophoniste, fini diagnostiqué KB comme un enfant autiste** ». La réaction face à ce diagnostic a été un choc pour ces parents d'après ce qu'a confirmé la maman : « **On a été choqué au début**

mais avec le temps, mon mari et moi avons accepté le fait que notre fils soit autiste. ». En revenant sur la prise en charge de KB, les parents ont été obligé de trouver une solution pour leur fils, ils cherchent alors une association qui puisse s'occuper de lui, la maman a dit : « **Moi et mon mari ont a discuté à propos de notre fils qu'il faut prise en charge pluridisciplinaire dans cette association** ».

Après on est passé aux questions concernant le TDAH. La maman a dit que KB est un enfant agité, têtu et anxieux, il présente des signes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. La maman a dit : « **Mon enfant a dû mal à maintenir son attention dans ces activités ou ses jeux** », elle ajoute : « **Il a souvent du mal à organiser ces tâches et ses activités, il oublie des choses dans les activités de la vie quotidienne** ». la maman ajoute :

« **Mon fils semble souvent ne pas écouter quand on lui parle** ». A propos du langage

de son fils elle dit la maman : « **Mon fils arrive à se rappeler de quelques mots, mais il a toujours son problème du langage qui l'empêche de bien prononcer les mots** ». La maman a dit : « **Il a des difficultés à attendre son tour lors des jeux** ». La maman a mentionné aussi que son fils il a des difficultés à maintenir son attention lors d'une activité et qu'il a des difficultés à terminer une tâche et il ne peut pas prendre des tâches exigeant une attention accrue, elle a dit aussi que son enfant est agité sans raison.

5 Analyse et discussion des résultats du tests SNAP-IV :

Après le bon déroulement de notre entretien semi-directif on lui a fait passer directement le test SNAP-IV, on a dû le traduire en langue Kabyle et lui expliquer item par item et lui donner des exemples quand elle ne comprend pas bien l'item.

Tableau n°13 : Les résultats du test SNAP-IV avec la maman

TDAH Inattention	TDAH Hyperactivité	TOP	I/S	A/P	Index de Connors
Item1: 3	Item11: 3	Item21: 0	Item4: 2	Item21: 0	Item4: 2
Item2: 3	Item12: 3	Item22: 3	Item8: 3	Item23: 3	Item8: 3
Item3: 2	Item13: 3	Item23: 3	Item11: 3	Item29: 0	Item11: 0
Item4: 2	Item14: 2	Item24: 3	Item31: 3	Item34: 3	Item21: 0
Item5: 3	Item15: 3	Item25: 3	Item32: 3	Item35: 1	Item32: 3
Item6: 3	Item16: 3	Item26: 3			Item33: 0
Item7: 2	Item17: 3	Item27: 2			Item36: 3
Item8: 3	Item18: 3	Item28: 0			Item37: 0
Item9: 1	Item19: 3				Item38: 3
					Item39: 2
Total: 22 /9	Total: 26 /9	Total: 17/8	Total: 14 /5	Total: 7 /5	Total: 16/10
Inatt= 2,44	Hyp/Imp=2,88	TOP=2,12	I/S=2,8	A/P=1,4	IC=1,6

Tableau n° 14 : Les résultats du tests SNAP-IV avec l'orthophoniste :

TDAH inattention	TDAH hyperactivité	TOP	I/S	A /P	Index de Conners
Item1: 2	Item11: 3	Item21: 1	Item4: 2	Item21: 2	Item4: 2
Item2: 2	Item12: 3	Item22: 0	Item8: 2	Item23: 2	Item8: 2
Item3: 2	Item13: 1	Item23: 1	Item11: 3	Item29: 2	Item11: 3
Item4: 2	Item14: 2	Item24: 2	Item31: 2	Item34: 1	Item21: 1
Item5: 3	Item15: 2	Item25: 0	Item32: 2	Item35: 1	Item32: 2
Item6: 2	Item16: 1	Item26: 1			Item33: 1
Item7: 1	Item17: 2	Item27: 1			Item36: 3
Item8: 2	Item18: 3	Item28: 1			Item37: 2
Item9: 2	Item19: 2				Item38: 1
					Item39: 1
Total: 18 /9	Total: 19 /9	Total: 7/8	Total: 11 /5	Total: 8 /5	Total: 18 /10
Inatt= 2	Hyp/Imp=2,11	TOP=0,87	A/P=2,2	A/P=1,6	IC=1,8

5.1 Interpréter les résultats du tableau de la maman :

La première colonne du tableau qui représente l'inattention chez notre cas.

La deuxième colonne représente l'hyperactivité et l'impulsivité.

La troisième colonne représente les troubles oppositionnelles avec provocation.

La quatrième colonne représente l'inattention et la suractivité de l'enfant.

La cinquième colonne représente l'agression de l'enfant et sa provocation.

La sixième colonne représente l'index de conners qui contient les difficultés d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité rencontrées durant l'enfance.

Notre cas KB a obtenu un score de 2,44 pour l'inattention qui est supérieur à 1,67, ce qui nous fait supposer que ce garçon souffre d'inattention et d'hyperactivité et d'impulsivité, ces derniers ont un score de 1,67.

Le score de l'inattention et de la suractivité de l'IOWA. Le résultat est de 2,8 ce qui nous fait un score supérieur à 1,67, ce score montre que notre cas représente un taux élevé des signes du TDAH.

En vue des scores obtenus pour agression et provocation qui est de 1,4, on peut dire que KB n'est pas agressive et présente aucune provocation ni danger pour les autres, surtout ceux de son âge.

L'index de conners qui réunit à la fois les signes d'inattention d'hyperactivité et d'impulsivité, ou l'auteur a réuni ces items comme difficultés d'un enfant TDAH. Le score est de 1,6 qui est inférieur à 1,67. Ce score nous montre que notre cas souffre de TDAH.

Notre cas KB a obtenu un score de 2,44 pour l'inattention qui est supérieur au score du test, et 2,88 pour l'hyperactivité et l'impulsivité qui est supérieur de 2. Dans les items de l'IOWA qui englobe

les trois signes du TDAH, elle a eu un score de 2,8 qui est un score supérieur à la normale.

L'index de conners qui lui aussi englobe certains signes du TDAH, KB a eu un score inférieur qui est de 1,6.

Son agression et provocation on eut un score très faible estimé à 1,4.

5.2 Interpréter les résultats du tableau de l'orthophoniste :

Notre cas KB a obtenu un score de 2 pour inattention qui est supérieur à 1,67, donc se garçon souffre d'inattention et d'hyperactivité et d'impulsivité ses derniers ont un score de 1,67.

Le score de l'inattention et de la suractivité de l'IOWA. Le résultat est de 2,2 ce qui nous fait un score supérieur de 1,67, ce score montre que notre cas présente un score faible des signes du TDAH.

En vue des scores obtenus pour agression et provocation qui est de 1,6, on peut dire que KB n'est pas agressive et ne présente aucune provocation pour les autres, surtout ceux de son âge.

L'index de conners qui réunit à la fois les signes d'inattention d'hyperactivité et d'impulsivité, ou l'auteur à réuni ces items comme difficultés d'un enfant TDAH. Le score est de 1,6 qui est inférieure à 1,67. Ce score nous montre que notre cas souffre de TDAH.

Notre cas KB a obtenu un score de 2 pour l'inattention qui est supérieur au score du test, et 2,11 pour l'hyperactivité et l'impulsivité qui est supérieur de 2. Dans les items de l'IOWA qui englobe les trois signes du TDAH, il a eu un score de 2,2 qui est un score supérieur.

L'index de conners qui lui aussi englobe certains signes du TDAH, il a eu un score inférieur qui est de 1,8.

Son agression et provocation on eut un score très faible estimé à 1,6.

La synthèse du Cas KB :

Notre cas KB d'après note observations et l'application de notre teste on a constaté que KB présente des signes d'hyperactivité, d'impulsivité et de l'inattention.

Synthèse générale et discussion de l'hypothèse :

Nous commencerons par rappeler notre hypothèse qui dit que les manifestations du TDAH peuvent être présentes chez les TSA.

D'après les observations que nous avons faites de notre groupe d'étude, les entretiens et test effectué avec les parents et les cliniciens, nous pouvons dire que notre hypothèse a été confirmée avec tous nos cas, cependant nous avons relevé quelques différences dans les scores relatifs à l'hyperactivité et l'impulsivité.

En effet, les 4 cas de notre groupe présentent des manifestations du TDAH tels que l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité mais avec des scores au test différents chez chaque cas.

Ainsi, l'hypothèse émise au départ a été confirmée pour tous les cas présentés dans notre travail de recherche. Dans les cas de BC, MI et KB, les observations et les propos des parents lors des entretiens ont montré que les petites filles et le petit garçon présentent les caractéristiques symptomatiques du TDAH. Le test SNAP-IV a confirmé notre l'hypothèse pour ces cas, car tous les trois on eut des scores égales ou supérieurs à la normale en vue de la cotation du test, que ce soit pour les parents ou pour les cliniciens.

L'hypothèse a été aussi confirmée pour le cas SK, contrairement aux résultats de BC, MI et de KB qui sont élevés et qui présentent les symptômes d'une façon envahissante, les résultats de SK ont montré que la petite fille souffre en grande partie d'inattention, contrairement à son hyperactivité et impulsivité qui ont eu un score inférieur à la normale.

Ainsi, les résultats obtenus dans notre recherche sont en accord avec ce qui a été démontré par l'étude de Mayes et ses collaboratrices en 2011, en effet les résultats de l'étude ont confirmé la présence des symptômes TDAH chez les enfants TSA, quel que soit leur niveau intellectuel.

Nos résultats corroborent aussi avec ceux de l'étude de Gadow et ses collaborateurs en 2006, qui ont démontré que l'on retrouve, dans une population d'enfants avec un TSA, un réel syndrome TDA/H. De même, les différents sous-types de ce syndrome sont retrouvés dans les mêmes proportions que dans la population non TSA, avec de plus grandes difficultés pour les enfants qui présentent un TDA/H-Mixte (tant concernant les manifestations autistiques que la fréquence des comorbidités).

Au final, on a pu relever que les enfants atteints de TSA peuvent présenter des symptômes similaires à ceux du TDAH, tels que des difficultés d'attention, d'impulsivité et d'hyperactivité.

Synthèse générale et discussion de l'hypothèse

Cependant, ces symptômes peuvent être dus à des causes différentes chez les enfants atteints de TSA. Par exemple, les difficultés d'attention chez les enfants atteints de TSA peuvent être liées à leur tendance à se concentrer sur des détails plutôt que sur l'image globale, ainsi qu'à leur difficulté à comprendre les signaux sociaux et émotionnels. Les comportements impulsifs peuvent également être liés à une difficulté à comprendre les conséquences de leurs actions.

Pour conclure, nous aboutissons à confirmer notre hypothèse proposée après avoir analysé, interprété et discuté les résultats de l'ensemble des observations, des entretiens, et du test. Effectivement, nos résultats sont conformes à ceux des études récentes telles l'étude de Gadow et ses collaborateurs et celle de Mayes et ses collaboratrices sur cette thématique. Cependant, ces résultats ne peuvent pas être généralisés et d'autres études sont nécessaires pour mieux cerner cette problématique.

Conclusion

Conclusion

Les troubles neurodéveloppementaux se manifestent généralement lors de la petite enfance et avant l'entrée à l'école. Ils se caractérisent par un retard de développement et se traduisent par des atteintes cognitives, comportementales et sensorimotrices.

Les troubles neurodéveloppementaux regroupent des pathologies diverses comme les troubles du spectre de l'autisme, les troubles envahissants du développement, les troubles avec déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, le trouble spécifique des apprentissages, les TOC, les DYS...

Même si le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et le trouble du spectre autistique (TSA) possèdent chacun des symptômes fondamentaux distincts, les enfants ayant un TSA peuvent présenter de l'inattention, de l'impulsivité et de l'hyperactivité. En effet le TSA se caractérise par des déficits de la communication et des interactions sociales ainsi que par des comportements restreints et répétitifs (Association Américaine de Psychiatrie [APA], 2015). Par ailleurs, il est inscrit que, dans 70% des cas, le TSA s'accompagne d'autres problématiques telles que le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

Dans le cadre de notre travail de recherche sur la présence des caractéristiques symptomatiques du TDAH chez les enfants TSA, nous avons pu confirmer l'existence d'une comorbidité entre les troubles neurodéveloppementaux complexes à notre groupe d'étude.

Ce travail a été réalisé sur la base d'une recherche bibliographique, d'un ensemble d'observations constatées sur le terrain au sein de l'Association d'Aides Aux Enfants Autistes « D'un monde à l'autre », situé à la Wilaya de Bejaia, et des entretiens effectués avec les parents de notre groupe d'étude, et le test de SNAP-IV.

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est une condition courante chez les enfants atteints de troubles du spectre autistique (TSA). Les symptômes du TDAH peuvent être plus difficiles à gérer chez les enfants autistes en raison de leurs difficultés de communication, d'interaction sociale et de comportement répétitif.

Enfin, cette recherche reste une bonne expérience à travers laquelle on a appris beaucoup de choses sur le plan pédagogique et sur le comportement des enfants TSA en général et leur prise en charge surtout si un enfant souffre de signes TDAH de plus que son trouble primaire qui est le TSA. Il reste à dire que même si on est arrivés à ces résultats et à réaliser notre objectif, mais notre recherche reste limitée.

La liste bibliographique

**Synthèse générale et discussion de
l'hypothèse**

La liste bibliographie :

Les ouvrages :

- 1- Amar.T, « mon enfant souffre de troubles développement ».Paris, Édition la découverte. (2004).
- 2- Choses.J.F, (2003), « Autisme comprendre et agir », Éd Dumod, Paris.
- 3- Chahraoui.Kh, Benony.H, (2003), « Méthode, évaluation et recherches en psychologie clinique », Éd Dumod, Paris.
- 4- Caroline. T, Bruno. G, (2003), « Autisme » Ed, Natlon Uvef, Paris.
- 5- Christine. PH, (2009), « Autisme et parentalité », Ed Dumod, Belgique.
- 6- Crocq. M, Guelfi. DJ, DSM-5, (2015). La 5em édition, USA.
- 7- Carole. T, Bruno. G, (2003), « Autisme », Ed Nathon vuef, Paris.
- 8- Catherine. B, Frédérique. B, (2012), « l'autisme : de l'enfance à l'âge Adulte », Paris.
- 9- Devillard. R, (1984), « Psychose et Autisme de l'enfant », Ed Masson, Paris.
- 10- Éric. B, Martine. B, Patrice. G, Catherine. B, (2018), « Neuropsychologie et remédiation des troubles du spectre de L'Autisme ». Belgique.
- 11- Edward R, Gloria. L, (1983), « Autisme la vérité refusée », Paris.
- 12- Franchement. N, (2014), « Remédiation Cognitive », (2014).
- 13- Grandin. T, (1999), « Ma vie d'Autisme », Ed Odile Jacob, Paris.
- 14- Hotchman.J, (2009), « histoire de l'autisme, Éd Masson, Paris.
- 15- Haute Autorité de Santé (HAS), (2010), « Autisme et autres troubles envahissants du développement ».
- 16- Isabelle. W, (2013), « Déficit de l'attention et hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent comprendre et soigner le TDAH », Ed MARDAGA, Paris.
- 17- Jay. R, Schopler. E, (2000), « Stratégies éducatives de L'Autisme ». Ed Masson, Paris.

- 18- Jean-touis. P, Amal. B, (2005), « les états dépressif », Ed ARMAND COLIN, France.
- 19- Matin. D, Nader. P, Sébastien. W, (2020), « Manuel de l'hyperactivité et du déficit de l'attention », Paris.
- 20- Michel. G, Serge. L, (2012), « les causes de l'autisme et leurs traitements », Ed Harmattan, Paris.
- 21- Ould Taleb.M, (2019). « L'autisme en Algérie ». El-Mothakaf.
- 22- Pivo.E.R, Laxer.B, (1983), « Autisme la réalité refusé », Édition simep, Paris.
- 23- Roge.B, (2004) « le syndrome d'asperger et l'autisme de haut niveau », France.
- 24- Rutter.M, Schopler.E. (1991). « L'autisme une réévaluation des concepts et du traitement ». Édition PUF.
- 25- Rogé B, (2003), « Autisme, comprendre et agir », Ed Dumod, Paris.
- 26- Revol. O, Brun. V, (2017), « trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité », Ed Masson, Paris.
- 27- Tardif.C, Gepner.B, (2003), « l'autisme ». Paris, Nathan.
- 28- Vincent. B, Agnès. B, (2007), « l'hyperactivité chez l'enfant », Ed ARMAND COLIN, Espagne.
- 29- Yves. C, Catherine. D, (2012), « Regards périphérique sur l'Autisme », France.

Dictionnaire :

- 1- Frédérique. B, Catherine. C, Emmanuelle. L, Véronique. M, (2011), « Dictionnaire d'orthophonie », troisième édition, France.
- 2- Sillamy. N, (2004), « Dictionnaire de la psychologie », Ed Larousse, Paris.

Sites internet :

- 1- <http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/psychiatrie5an05-autisme.pdf>.
- 2- file:///C:/Users/Micro/Downloads/Guide+TSA+et+TDAH.pdf
- 3- https://www.has-sante.fr/jcms/c_2025618/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille-questions/reponses#:~:text=L'entretien%20clinique%20pour%20%C3%A9valuer,%C3%A9tayer%20les%20hypoth%C3%A8ses%20du%20m%C3%A9decin

Annexes

Annexes

Annexe n°1 : La grille d'observation.

Annexe n°2 : Le guide d'entretien.

Annexe n°3 : Le test SNAP-IV.

Annexe n° 4 : Les résultats du test du cas BC, avec la maman et l'orthophoniste.

Annexe n° 5 : Les résultats du test du cas SK, avec le papa et l'orthophoniste.

Annexe n° 6 : Les résultats du test du cas MI, avec le papa et l'orthophoniste.

Annexe n° 7 : Les résultats du test du cas KB, avec la maman et l'orthophoniste.

Table des matières

Remerciements

Dédicaces

Liste des tableaux

La liste des abréviations

Introduction : 1

Chapitre I: Le cadre générale de la problématique

Problématique : 4

Chapitre II: Le trouble du spectre autistique

1 L'histoire de l'autisme : 12

2 Evolution d'une classification : 14

3 Définition du TSA : 15

4 La Sémiologie de l'autisme : 16

5 Les caractéristiques diagnostique du TSA : 19

6 Les Signes d'alerte (clinique) du TSA : 21

6.1 Dans la petite enfance : 21

6.2 Chez l'enfant d'âge préscolaire et scolaire : 22

7 Les causes de l'autisme : 23

7.1 Les facteurs génétiques : 23

7.2 Les facteurs biologiques : 24

7.3 Les facteurs environnementaux : 24

7.3.1 Facteurs anti-conventionnels : 24

7.3.2 Facteurs anténatals : 25

7.3.3 Facteurs prénatals : 25

7.3.4 Facteurs postnatals : 25

8 Les types de l'autisme : 25

8.1 Le trouble désintégratif de l'enfance : 25

8.2 L'autisme infantile : 26

8.3	L'autisme atypique :	26
8.4	Le syndrome de Rett :	26
8.5	Syndrome d'asperger :	27
9	Les troubles associés chez les un enfant autiste :	27
9.1	Le retard mental :	27
9.2	Les déficits sensoriels :	28
9.3	L'épilepsie :	28
9.4	Le trouble de sommeil :	28
9.5	Les troubles de l'alimentation :	30
9.6	Les difficultés motrices et de coordination :	31
9.7	Les troubles psychiatriques :	31
10	Le fonctionnement d'une personne autiste :	32
10.1	Le fonctionnement cognitif :	32
10.1.1	Le traitement de l'information perceptive :	32
10.1.2	Les fonctions exécutives :	33
10.1.3	La cognition sociale et la théorie de l'esprit :	34
10.2	Le fonctionnement communicatif :	34
10.2.1	Aspects formels du langage :	34
10.2.2	Aspects pragmatiques du langage:	35
10.3	Le fonctionnement psychomoteur :	35
10.3.1	Particularités des conduites d'exploration :	35
10.3.2	Particularités des conduites d'action :	36
10.3.3	Les conduites de communication :	37
11	Diagnostic différentiel du TSA :	37

Chapitre III: le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

1	Historique du TDA/H :	43
2	Définition du TDAH :	44
3	La sémiologie du TDAH :	45

4	Critères diagnostiques selon le DSM-5 :	46
5	Les signes d’alerte du TDAH :	48
5.1	Inattention :	49
5.2	Hyperactivité :	49
5.3	Impulsivité :	49
6	Les causes du TDAH :	49
6.1	Facteurs internes :	50
6.1.1	Facteurs neurologiques :	50
6.1.2	Facteurs cognitifs :	50
6.1.3	Facteurs de développement :	50
6.2	Facteurs externes :	51
6.2.1	Les facteurs génétiques :	51
6.2.2	Les facteurs environnementaux :	51
6.2.3	Facteurs socio-culturels :	51
6.2.4	Facteurs éducatifs :	52
6.2.5	Facteurs psychoaffectifs :	52
7	Les retentissements du TDAH sur l’enfant :	52
7.1	Sur la vie familiale :	53
7.2	Sur la vie scolaire :	53
7.3	Sur la vie sociale :	53
7.4	Sur l’estime de soi :	54
8	Le développement psychomoteur de l’enfant :	54
8.1	L’enfant de 3 à 6 ans :	54
9	Le développement affectif et social de l’enfant :	54
9.1	L’enfant de 6 à 12 ans :	54
10	L’hyperactivité chez l’enfant d’âge préscolaire :	55
11	L’hyperactivité chez l’adolescent :	55
12	Le TDAH chez l’adulte :	56

13	Les troubles associés au TDAH :	56
13.1	Le trouble du spectre de l'autisme :	56
13.2	Le trouble de l'opposition avec provocation (TOP) et le trouble des conduites(TC) : .	57
13.3	Les troubles des Apprentissages :	57
13.4	Les troubles anxieux :	58
13.5	Les troubles dépressifs :	58
13.6	Les troubles du sommeil :	59
14	La comorbidité entre le TDAH et le TSA :	59
15	Le diagnostic différentiel du TDAH :	65
15.1	Trouble oppositionnel avec provocation :	65
15.2	Le trouble explosif :	66
15.3	Autres troubles neurodéveloppementaux :	66
15.4	Le syndrome de Gilles de la Tourette :	66
15.5	Trouble spécifique des apprentissages :	66
15.6	Trouble du spectre de l'autisme :	66
15.7	Trouble réactionnel de l'attachement :	67
15.8	Troubles anxieux :	67
15.9	Troubles dépressifs :	67
15.10	Trouble bipolaire :	67
16	Le diagnostic :	67
17	La prise en charge :	68
17.1	Les différentes approches :	68
17.2	Thérapies préconisées par la HAS (2015) :	70
17.2.1	Les thérapies cognitivo-comportementales :	70
17.2.2	Les programmes d'entraînements aux habiletés parentales :	70
17.2.3	Les remédiations cognitives et métacognitives :	70
17.2.4	Les approches psychodynamiques :	70
17.2.5	Les approches psycho-éducatives :	71

17.2.6	Les approches systémiques :	71
17.3	La prise en charge psychomotrice de l'enfant TDA/H :	71
17.4	Précisions sur les thérapies comportementales :	72
17.4.1	Internalisation du langage :	72
17.4.2	Apprentissage de la gestion de l'impulsivité :	72
17.4.3	Apprentissage de la gestion du temps :	72
17.4.4	Planification et organisation :	72
17.4.5	Attention :	72

Chapitre IV : La méthodologie de recherche

1	Pré-enquête :	75
2	Présentation du lieu de la recherche :	75
2.1	Le personnel :	76
3	Le groupe d'étude :	76
4	La méthode utilisée et les outils d'investigation :	76
4.1	Les outils d'investigations :	77
4.2	L'observation :	77
4.2.1	La grille d'observation : (Annexe N°1).....	77
4.3	L'entretien de recherche :	78
4.4	Le test SNAP-IV:.....	79
4.4.1	La cotation de ces scores et leurs interprétations :	81
5	Les procédures de recueil des données :	82
5.1	Les conditions du déroulement de notre pratique :	82
5.2	Les étapes du déroulement de notre pratique :	82

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats.

1	Présentation du premier cas :	87
2	Présentation des observations du cas BC :	87
3	Analyse des données de la grilles d'observation :	87
4	L'analyse des entretiens :	89

5	Analyse et discussion des résultats du test SNAP-IV :.....	91
1	Présentation du deuxième cas :	94
2	Présentation des observations du cas SK :.....	94
3	Analyse des données de la grille d'observation :.....	94
4	L'analyse de l'entretien :	95
4.1	L'analyse de l'entretien avec les parents :.....	95
5	Analyse et discussion des résultats du test SNAP-IV :.....	97
5.1	Interprétation des résultats de l'échelle avec le père de SK :.....	98
5.2	Interprétation des résultats de l'échelle avec le psychologue de SK :.....	98
1	Présentation du cas :.....	100
2	Présentation des observations du cas MI :	100
3	Analyse des données de la grille d'observation	100
4	Analyse de l'entretien :	101
4.1	L'analyse de l'entretien avec les parents :.....	101
5	Analyse et interprétation des résultats du test:.....	102
5.1	Interpréter les résultats du l'échelle avec l'orthophoniste :	102
5.2	Interprétations des résultats de l'échelle avec le père :	103
1	Présentations du CAS :	104
2	Présentation des observations du cas KB :	104
3	Analyse des données de la grille d'observations :	104
4	Analyse de l'entretien :	105
4.1	L'analyse de l'entretien avec les parents :.....	105
5	Analyse et discussion des résultats du tests SNAP-IV :.....	106
5.1	Interpréter les résultats du tableau de la maman :.....	107
5.2	Interpréter les résultats du tableau de l'orthophoniste :.....	108
	Conclusion.....	108
	Synthèse générale et discussion de l'hypothèse :.....	109
	Table des matières	

Résumé

Résumé :

L'objectif de notre recherche a été de relever l'existence des manifestations du TDAH chez les enfants TSA.

Tout au long de notre période de stage qui a duré 45 jours, on a pu observer notre groupe d'étude qui est composé de quatre cas, ou on a utilisé la méthode descriptive et l'étude de cas en s'appuyant sur des outils pour la récolte des données qui sont l'observation accompagné d'une grille d'observation, un entretien renforcé d'un guide d'entretien et au final le test SNAP-IV par lequel on a pu confirmer notre hypothèse et déduit les manifestations des symptômes TDAH chez les enfants TSA, en effet ces derniers souffre d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité ce qui perturbe et rend leurs quotidien, socialisation et scolarisation difficile.

Notre modeste travail reste une initiation à la recherche et d'autres études sont nécessaires pour mieux cerner l'association entre les différents troubles neurodéveloppementaux en particulier le TSA et le TDAH.