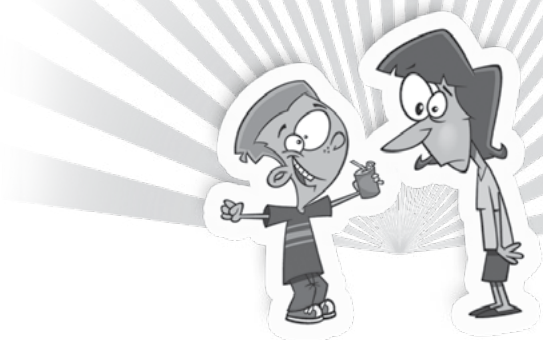


Table des matières



Introduction	15
Le TDA/H en abrégé	19
La mode du TDA/H	19
Difficultés ou trouble?	21
Pour «mériter» le diagnostic	22
Des fois oui, des fois non	25
Quand le TDA/H n'arrive pas seul	26
Réévaluer ou non, là est la question	31
La médication : une option qui suscite parfois des inquiétudes... ou de l'opposition	33
L'objectif de la médication	35
Les catégories de médicaments	36
Les inquiétudes parentales	36
<i>Les effets secondaires</i>	37
<i>La difficulté d'évaluer les effets de la médication</i>	37
<i>La dépendance aux drogues</i>	39
<i>L'effet combiné de plusieurs substances</i>	40
L'opposition de l'ado TDA/H à la médication	42

Au banc des accusés : les fonctions exécutives de l'ado TDA/H	47
Tout ou rien : le manque d'autorégulation	50
<i>Quand c'est trop</i>	50
• L'impulsivité verbale	50
• L'impulsivité cognitive	51
• L'impulsivité motrice	52
<i>Quand ce n'est pas assez</i>	54
• La difficulté à se mobiliser	54
• Le manque de vigilance	54
• Les lacunes sur le plan de l'inhibition et l'hypersensibilité	55
L'attention	58
L'organisation et la planification	60
La mémoire de travail	63
L'intériorisation du langage	65
La flexibilité mentale	67
Des fonctions en évolution	68
Les effets négatifs du TDA/H dans la vie de l'ado	71
Sur le plan scolaire	72
Sur le plan personnel	74
Sur le plan familial	76
Sur le plan social	77
Sur le plan des comportements à risque	77
Les indispensables facteurs d'influence positive sur l'ado TDA/H	81
L'intérêt	82
L'effet de nouveauté	83
Les réserves d'énergie	84
L'implication du parent	85
<i>Spécialement pour toi : s'adapter aux particularités de l'ado</i>	85
<i>Comme tous les autres parents : imposer des règles</i>	86

Stratégies et techniques pour gérer le TDA/H

<i>N'écoute pas ça: servir de bouclier contre les jugements</i>	90
<i>Ce n'est pas pareil, mais c'est juste: promouvoir l'équité</i>	92
<i>Moi aussi, j'en ai un: composer avec son propre TDA/H</i>	93
<i>Notre famille n'est pas ordinaire: modeler les attentes en fonction de la réalité</i>	95
<i>Fais-le tout seul: créer des occasions de responsabilisation</i>	97
<i>Ta gang et toi: surveiller les relations sociales</i>	98
<i>Un repos bien mérité: prendre soin de soi</i>	100
Le parent et l'ado TDA/H: relation et communication	101
12 pistes à suivre pour une super relation avec l'ado TDA/H	102
20 principes à connaître pour une top communication avec l'ado TDA/H	106
Parents d'ado TDA/H: des coachs polyvalents	119
Les saines habitudes de vie	120
<i>Le sommeil</i>	120
<i>L'alimentation</i>	125
<i>Maintenir l'équilibre entre les activités</i>	127
Les émotions et les sentiments	129
<i>Avant l'explosion: prévenir les réactions indésirables</i>	130
• Le contrôle	130
• L'image de soi	131
• L'anxiété	132
• Le contrecoup	134
• L'intolérance face à l'attente et à la contrariété	135
• Les malaises physiques	137
• Les pensées négatives	138
<i>Battre le fer pendant qu'il est chaud: aider l'ado à s'apaiser</i>	139

• Les méthodes physiques	140
• Le soutien social	141
• Les techniques de relaxation	142
• Les méthodes de mentalisation	143
<i>Après coup: la résolution de conflits</i>	144
• Établir les règles de la discussion	144
• Définir le conflit selon sa propre perspective	145
• S'entendre sur les difficultés à résoudre	145
• Rechercher ensemble des solutions	145
• Déterminer la ligne d'action à suivre et établir un plan en conséquence	146
<i>La guerre des écrans</i>	146
• Un temps raisonnable, c'est combien de temps ?	147
• Mon ado est-il cyberdépendant ?	150
• Astuces pour réduire le temps d'écran	153
Gonfler la motivation	157
Une motivation qui a du PEP	158
<i>Participation</i>	158
<i>Engagement</i>	159
<i>Persistance</i>	163
Les perceptions et la motivation	164
Les trucs du <i>coach</i> pour accroître la motivation	169
Les trucs et stratégies qui ont fait leurs preuves	173
S'organiser au quotidien	173
<i>Quoi, quand et comment: les routines et les rappels</i>	173
<i>Perdu et retrouvé: l'organisation matérielle</i>	177
<i>La gestion du temps</i>	179
S'organiser sur le plan scolaire	181

Stratégies et techniques pour gérer le TDA/H

<i>Pour savoir QUAND le faire</i>	181
<i>Pour savoir OÙ le faire</i>	188
<i>Pour savoir BIEN le faire</i>	188
Se rappeler et se souvenir	192
<i>Classer l'information</i>	193
<i>Comprendre l'information</i>	194
<i>Liens et associations</i>	196
<i>L'humour</i>	197
<i>Les émotions</i>	198
<i>La visualisation</i>	199
<i>La répétition</i>	201
Travail d'équipe: l'école et la famille	203
Collaborer pour mieux intervenir	204
Quand les éducateurs s'impliquent: différenciations, adaptations et modifications	210
Tous pour un: plan d'aide et plan d'intervention	212
Conclusion	215
Ressources	217

Introduction



Les étoiles étaient alignées... Quand nous, Christiane et Ariane, nous sommes rencontrées, nous avons constaté qu'en plus de travailler auprès d'une clientèle similaire, nous étions toutes deux conjointes et mères de grands enfants souffrant du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité/impulsivité (TDA/H). En fait, 50 % de notre duo en est même atteint ☺: Christiane en présente effectivement plusieurs symptômes, dans toute leur splendeur.

Choyées par ailleurs de recevoir depuis de nombreuses années, dans le cadre de nos professions, les confidences d'adolescents et de leurs parents affectés, chacun à sa façon, par le TDA/H, nous avons eu envie de partager notre bagage et notre expertise, bien humblement.

Pourquoi s'adresser particulièrement aux parents et intervenants gravitant autour des ados TDA/H? D'une part, parce que l'adolescence, caractérisée par de nombreux chamboulements, n'est pas propice à un retrait complet des mesures d'appui. Bien que la supervision individuelle et l'encadrement s'allègent, les

exigences à l'égard des ados TDA/H et l'autonomie attendue d'eux s'accroissent. Les interventions et stratégies instaurées antérieurement pendant l'enfance sont donc à réajuster.

D'autre part, les ados TDA/H comprennent normalement leur différence et connaissent les défis supplémentaires qu'ils rencontrent au quotidien, mais souhaitent néanmoins, comme leurs pairs, davantage de liberté et d'autonomie à cette étape de leur vie. La crainte d'être infantilisés, contrôlés ou perçus comme différents des autres peut les conduire à s'opposer à des interventions particulières. Nous voulons donc partager nos bons coups et connaissances à ce sujet, en espérant proposer aux parents et intervenants de bonnes stratégies pour contourner ces résistances.



Enfin, l'adolescence étant un défi en soi, la présence d'un trouble tel que le TDA/H, qui intensifie et influence de façon insidieuse des expériences déjà préoccupantes, peut rendre le parcours de ces jeunes encore plus difficile. Nous espérons pouvoir, en ce sens, être porteuses de différence.

Ainsi, ce livre s'adresse principalement aux parents d'ados TDA/H, mais aussi à ceux qui ressentent des symptômes similaires ou désirent en connaître davantage sur le vécu quotidien de ces jeunes. Ce que les gens pensent savoir du TDA/H est souvent erroné et incomplet. Les manifestations observables telles que l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité ne sont que la pointe de l'iceberg; l'immense partie imperceptible au regard extérieur peut causer beaucoup de souffrance à l'individu et à son entourage. Cet outil est destiné à renseigner ses lecteurs, certes, mais cherche également à faciliter la vie des ados TDA/H et de leur famille.

Il est aussi ponctué de situations vécues (Clin d'œil ) et d'informations supplémentaires ou suggestions (Coup d pouce ) , pour aider à la compréhension et rendre la lecture plus stimulante. De manière à simplifier le texte, l'adolescente ou l'adolescent atteint d'un TDA/H sera désigné par l'*ado TDA/H*, alors que le jeune sans TDA/H sera nommé l'*ado classique*.

Comme les autres livres de la même collection, ce guide n'est ni un ouvrage scientifique ni un mode d'emploi rigide. Nous espérons néanmoins qu'il répondra à certaines de vos interrogations et vous aiguillera dans vos interventions.

Bonne lecture!

Le TDA/H en abrégé



Être différent n'est ni une bonne chose ni une mauvaise chose. Cela signifie simplement que vous êtes suffisamment courageux pour être vous-même.

ALBERT CAMUS

La mode du TDA/H

Le TDA/H, sujet hautement populaire et d'actualité, est au cœur de nombreuses discussions et fait l'objet d'une multitude d'études scientifiques depuis plusieurs années. Non seulement ce trouble est chronique, mais il peut, pour certaines personnes, constituer un sérieux handicap. Les manifestations évoluent à travers le temps et altèrent généralement de façon considérable le fonctionnement de l'individu sur les plans personnel, familial, scolaire et/ou social.

Quoi qu'en disent les sceptiques ou les mauvaises langues, la nature neurobiologique du TDA/H et sa transmission

principalement génétique¹ sont clairement établies par la science. Le taux de prévalence est aussi constant à travers les niveaux socio-économiques et les cultures (à tout le moins dans le monde occidental), et oscille entre 5 et 7% des enfants d'âge scolaire. Ce n'est donc pas une invention de notre époque ni un complot visant à enrichir les compagnies pharmaceutiques.

S'il est vrai que l'environnement social et le rythme de vie actuel peuvent faire en sorte que certaines manifestations du trouble soient plus apparentes, il convient aussi de rappeler que les connaissances sur le sujet et le «repérage diagnostique» ont aussi grandement évolué dans les dernières décennies.

De récentes études indiquent qu'entre 35 et 50 % des jeunes TDA/H verront leurs symptômes s'atténuer avec l'âge ou même disparaître complètement avec les années². *TDA/H un jour* ne signifie donc pas *TDA/H toujours*. N'empêche, au moins la moitié des individus présentant le trouble en vivront les effets de façon importante tout au long de leur vie. La médication et le recours à diverses stratégies d'adaptation pourront alors leur venir en aide au quotidien.

Être atteint d'un TDA/H n'exclut en rien le fait d'être aussi connaissant, talentueux et intelligent que les autres; cela signifie cependant avoir un cerveau qui travaille autrement. Les ados TDA/H, notamment,



1. Notons cependant que des sources (confirmées ou hypothétiques) autres que la génétique, telles que la prématurité, la consommation de substances (drogues, tabac, alcool) pendant la grossesse, les traumatismes cérébraux, la pollution et la contamination des aliments aux pesticides, sont aussi associées au diagnostic de TDA/H.
2. G. Polanczyk, et autres (2007). «The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis», *The American Journal of Psychiatry*, vol. 164, n° 6, p. 942-948.

sont capables des mêmes réalisations que leurs pairs, mais doivent parfois utiliser des moyens différents pour y arriver.



La pomme et l'orange

La distinction entre l'ado TDA/H et l'ado classique peut être illustrée par l'analogie entre les pommes et les oranges. Ces savoureux fruits peuvent tous deux donner un excellent jus, à la condition que l'on s'y prenne adéquatement avec chacun. L'ado classique est comparable à une orange, dont un simple procédé permet d'extraire toute la substance, alors que l'ado TDA/H est semblable à une pomme et nécessite des stratégies plus élaborées pour lui permettre de livrer le meilleur de lui-même. Telle devrait être notre approche des ados TDA/H.



— *Christiane*

Difficultés ou trouble ?

Pour recevoir un diagnostic de TDA/H, il ne suffit pas d'en présenter simplement les traits. Il est tout à fait normal de vivre, de temps à autre, des périodes où l'attention est plus fragile, l'agitation, plus présente et la désorganisation, manifeste. Normalement passagers ou liés à des événements particuliers, ces symptômes s'amointrissent généralement grâce à des stratégies comportementales, jumelées à des efforts bien dosés. Le diagnostic de trouble ne devient pertinent que dans les conditions où l'intensité des manifestations et les répercussions sur la vie de l'individu demeurent constantes. L'apparition des

comportements observés doit aussi répondre à certains critères (se produire avant que l'enfant ait douze ans, notamment) et leurs autres causes possibles, être éliminées.



Inutile de crier au loup !

Les gens de mon entourage sont bien au courant que ma pratique est grandement orientée vers le TDA/H, ce qui les incite à partager avec moi tous leurs petits traits d'inattention, dans le but qu'avec mes yeux de lynx et ma boule de cristal, je puisse dans l'instant statuer sur la présence d'un trouble. J'entends notamment les amis de mes grandes adolescentes me raconter qu'ils ont du mal à maintenir leur concentration lors d'un travail de mathématiques exigeant, qu'ils tombent dans la lune depuis une récente rupture amoureuse, qu'ils égarent leurs choses et multiplient les oublis pendant la période d'examens, qu'ils sentent une agitation grandissante au travail en soirée... signes qui, à leurs yeux, justifient un diagnostic probable de TDA/H. Je les rassure donc – ou les décourage parfois – en leur expliquant que des déficits d'attention situationnels sont communs et qu'un diagnostic de trouble implique davantage de limites sur le plan fonctionnel.

— Ariane

Pour « mériter » le diagnostic

Établir un diagnostic psychologique de TDA/H relève de l'évaluation des troubles mentaux, activité réservée au Québec aux psychologues (incluant les neuropsychologues), médecins (incluant les psychiatres), infirmières et conseillers d'orientation

qui détiennent une formation universitaire et une expérience clinique en soins psychiatriques. La démarche diagnostique est d'abord et avant tout une évaluation comportementale globale qui doit être faite par un clinicien qui connaît bien le TDA/H; c'est son expertise qui déterminera sa capacité à établir le diagnostic. Il n'existe ni test sanguin, ni examen physique, ni test neuropsychologique qui pourraient confirmer ou infirmer un diagnostic de TDA/H à eux seuls.

Au terme de cette évaluation, le diagnostic sera celui d'un TDA quand la majorité des symptômes est d'ordre attentionnel. On remarque notamment chez les ados qui le reçoivent qu'ils sont souvent distraits, lunatiques, lents à s'exécuter, et accusent des retards fréquents. Ils égarent et oublient aussi souvent leurs choses, éprouvent des problèmes d'organisation, et ont du mal à persévérer dans les tâches exigeant un effort mental soutenu.



Lorsque les symptômes incluent de l'hyperactivité et de l'impulsivité, on parle de TDAH. On observe alors des difficultés à cesser de bouger ou parler ainsi qu'une forte propension à agir de manière impulsive et démesurée.

Selon la classification de la dernière version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)*, le TDA/H peut être:

- de présentation **combinée**, si les traits d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité sont présents depuis les six derniers mois;

- de présentation **inattentive prédominante**, si, depuis les six derniers mois, les traits d'inattention sont présents, sans hyperactivité/impulsivité;
- de présentation **hyperactive/impulsive prédominante**, si, depuis les six derniers mois, les traits d'hyperactivité/impulsivité sont présents, sans inattention.

Des différences individuelles interfèrent également avec les manifestations du trouble, telles que les traits de personnalité, les aptitudes, les champs d'intérêt, les problématiques associées (comorbidité), en plus du contexte familial et des exigences du milieu. Elles expliquent donc pourquoi un ado TDA/H peut être complètement à l'opposé d'un autre, avec qui il partage pourtant le même diagnostic.





H ou pas H ?

Le trait d'hyperactivité/impulsivité est souvent associé à l'image de l'enfant qui saute sur les divans en visite ou de l'ado qui s'élance sur la rampe d'escalier du quatrième étage avec son skateboard. Cependant, cette catégorie de symptômes peut prendre des formes plus subtiles et se transformer, au fil du temps.

Ainsi, les ados seront plus sujets à bouger les jambes et les pieds, à pianoter des doigts ou à manipuler tout objet se trouvant à leur portée, conduites plus acceptables socialement que

le fait de sauter sur place ou de courir entre les bureaux de la classe. Ils s'immisceront aussi dans les conversations de leurs amis, sans égard aux conventions sociales, verront leurs pensées défiler à toute allure sans pouvoir les ralentir et ressentiront une fébrilité intérieure, difficilement perceptible pour un observateur. Vous ne les verrez pas nécessairement se lever sans cesse, parler sans relâche ou gambader plutôt que marcher, mais ils se trahiront par de petits gestes nerveux ou comportements irréfléchis et spontanés.

Des fois oui, des fois non

S'il est une chose que le TDA/H **n'est pas**, c'est un trouble statique, dont les manifestations sont toujours les mêmes. Bien au contraire, l'expression des symptômes est influencée par de nombreux facteurs, ce qui signifie que l'on peut intervenir sur certains d'entre eux pour faciliter la vie de la personne atteinte.

Cette inconstance est normale, quoique déroutante, voire irritante. L'ado TDA/H peut, dans certaines conditions, ne

montrer aucun symptôme, puis présenter un portrait opposé peu de temps après, sans que l'on puisse en expliquer les causes.



Des montagnes russes

Mon jeune est tellement imprévisible! Tout allait très bien depuis quelques jours, au point que nous doutions du diagnostic de TDA/H. Mais voilà qu'aujourd'hui plus rien ne fonctionne. C'est un retour à la case départ.

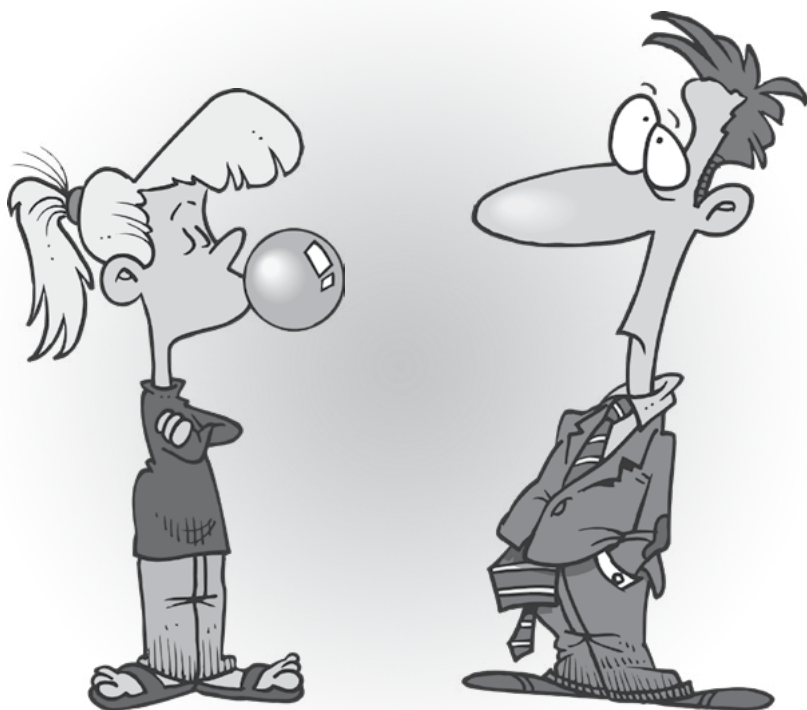
Ce type de propos arrive souvent à mes oreilles lorsque j'interviens auprès de familles ayant récemment reçu un diagnostic. J'explique alors, tant au jeune qu'aux parents, que le fonctionnement quotidien d'un individu repose sur une multitude de facteurs plus ou moins variables, incluant l'intérêt, le niveau de fatigue, le stress ressenti, le contexte environnemental, et plus encore. Les symptômes du TDA/H s'exprimeront conséquemment de façon plus prononcée dans certaines conditions, parfois très difficiles à cerner, même pour le principal intéressé. *Profitez donc des bonnes journées et souvenez-vous-en lors des moins bonnes* demeure le meilleur conseil que je puisse leur donner !

— Christiane

Quand le TDA/H n'arrive pas seul

Selon les études, de 50 à 90 % des jeunes TDA/H présentent également un ou plusieurs autres troubles. On parle alors de comorbidité. Il peut s'agir par exemple:

- d'un trouble d'apprentissage (TA), c'est-à-dire des difficultés chroniques à maîtriser certaines compétences scolaires, en dépit d'une intelligence normale (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, etc.);
- d'un trouble d'opposition avec provocation (TOP), qui s'articule autour d'humeurs irritables, d'une propension à défier l'autorité et à faire des colères, du rejet des règles et des conventions, et de sentiments négatifs envers les autres. Bien qu'il soit fortement associé au TDA/H, dans une proportion allant jusqu'à 50 % des cas selon certaines données, il convient de préciser que ce trouble n'est pas permanent, comme le veut la croyance populaire;





Un diagnostic n'est pas un tatouage

Le diagnostic de trouble d'opposition avec provocation (TOP) se pose lorsqu'est présente, pendant une période d'au moins six mois, une série de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs persistants. Un nombre suffisant de manifestations doit aussi avoir été observé et avoir entraîné une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. Ce diagnostic est donc appelé à être abandonné, lorsque les manifestations ne satisfont plus à ces critères.

Il arrive que des parents se présentent devant moi en affirmant que leur adolescent est atteint d'un TOP. En les questionnant, je découvre que ce diagnostic a été reçu au début du primaire et qu'il a toujours été considéré comme actuel, sans jamais être réévalué. Il est inscrit au plan d'intervention année après année et intégré fermement à la vision qu'entretiennent les adultes gravitant autour de cet adolescent. J'annonce parfois que cette étiquette est caduque depuis belle lurette, ce qui en étonne certains. Pour l'illustrer, je compare le TOP avec la dépression; lorsque les manifestations s'amenuisent considérablement ou deviennent inconstantes, on peut conclure que le trouble s'est résorbé.

— Ariane

- d'un trouble des conduites, résultant de graves comportements antisociaux (cruauté, brutalité, vol, etc.);
- de troubles anxieux, produits par des craintes et des appréhensions plus élevées que ce qui est normalement attendu et dont l'intensité ou la fréquence sont telles qu'elles altèrent la qualité de vie et le fonctionnement de l'ado;



Anxiété et inhibition

Le trouble du déficit de l'attention entraîne un manque d'inhibition, chez l'individu atteint, qui provoque des difficultés à adapter ses comportements, à restreindre sa fébrilité, à filtrer les informations provenant de l'environnement ou ses propres pensées, et à contenir ses émotions. De ce fait, les pensées catastrophe qui s'imposent à la conscience de l'individu et les émotions négatives qu'elles engendrent sont

moins facilement bloquées par les personnes TDA/H, chez qui d'ailleurs le langage intérieur est souvent sous-développé. La voie est donc libre, pour ainsi dire, pour l'anxiété, qui peut cheminer et s'installer bien confortablement... Cela étant dit, que ce soit auprès de la population TDA/H ou non, le succès des thérapies cognitivo-comportementales en ce qui concerne l'anxiété n'est plus à démontrer.

- de troubles de l'humeur (dépression, bipolarité), dont les symptômes oscillent entre des humeurs moroses, un manque d'intérêt, une baisse d'énergie, et peuvent aller jusqu'à des pensées morbides;
- de troubles de dépendance à l'alcool et aux drogues, dont la prévalence est plus élevée que dans la population sans TDA/H;
- de troubles du sommeil, caractérisés par de l'insomnie ou de l'hypersomnie, des réveils nocturnes, des endormissements diurnes, etc.;



- d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA), qui réfère à des capacités de communication et d'interactions sociales limitées;
- du syndrome de Gilles de la Tourette (SGT), défini par la présence de tics moteurs (clignement des yeux, mouvements saccadés des pieds, grimaces, etc.) et vocaux (toux, raclement de la gorge, paroles déplacées).

La combinaison de diagnostics n'est toutefois pas automatiquement un indicateur de l'ampleur des difficultés qu'éprouvera l'ado; certains vivent très bien avec plusieurs diagnostics, alors que d'autres peinent à surmonter les difficultés causées par un TDA/H léger.

Compte tenu de l'influence potentielle d'autant de facteurs sur l'expression des symptômes, il faut apprécier les ados TDA/H à la lumière de leurs forces et cerner leurs vulnérabilités du moment,



afin de répondre le mieux possible à leurs besoins. Ce sont des êtres évolutifs, sensibles à l'environnement et changeants: il n'y a manifestement pas deux ados TDA/H pareils. À chacun sa couleur!

Réévaluer ou non, là est la question

Une grande proportion d'enfants TDA/H reçoivent leur diagnostic à un jeune âge, pendant les années d'école primaire. Or, les parents remettent parfois en question la nécessité de procéder à une nouvelle évaluation, lorsque l'enfant atteint l'adolescence ou accède aux études secondaires.



La réévaluation du trouble n'est pas d'emblée nécessaire lorsque les symptômes sont bien contrôlés par la médication ou, encore, lorsqu'ils ont peu d'influence sur le fonctionnement de l'ado. Les éléments qui devraient conduire à solliciter un nouvel examen sont, au contraire, des symptômes handicapant l'autonomie fonctionnelle ou les apprentissages, en dépit de stratégies mises en place, des irrégularités dans le comportement, qui détonnent parmi ce qui était antérieurement observé chez le jeune, ou des difficultés qui pourraient trouver leur origine ailleurs que dans ce trouble en particulier. Dans de tels cas, il peut être important de préciser le portrait et d'avoir l'heure juste quant aux enjeux actuels.

Certaines écoles exigeront, par ailleurs, une évaluation datant de deux ans ou moins pour procéder aux interventions exigées

sur le plan scolaire. Cette pratique tend à se raréfier, cependant, depuis que les connaissances scientifiques au sujet du TDA/H montrent qu'il ne disparaît pas comme par magie avec l'avènement de la puberté, comme la croyance le voulait autrefois.