




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



## ARTICLE ORIGINAL

# Co-occurrence d'un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) et d'un trouble réactionnel de l'attachement (TRA) chez les enfants d'âge scolaire vivant en milieu substitut : une illustration clinique

*Comorbidity of ADHD and reactive attachment disorder in school-age children living in foster care: A case study*

B. Dutray

*Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, centre hospitalier de Rouffach, 27, rue du 4<sup>e</sup> RSM, 68250 Rouffach, France*

Disponible sur Internet le 14 décembre 2010

### MOTS CLÉS

Trouble déficit de l'attention/hyperactivité ;  
TDAH ;  
Trouble réactionnel de l'attachement

### KEYWORDS

Attention deficit/hyperactivity disorder;  
ADHD;  
Reactive attachment disorder

**Résumé** TDA/H et TRA sont des troubles fréquemment observés de manière concomitante chez les enfants placés en foyer. Le cas clinique de Paul permet d'illustrer la démarche clinique quand ces diagnostics sont évoqués. Nous proposons des interventions thérapeutiques et psychoéducatives pour répondre aux symptômes présentés par cet enfant.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS pour l'Association française de thérapie comportementale et cognitive.

**Summary** ADHD and reactive attachment disorder are common comorbid disorders among children in foster care. Paul's story is an illustration of clinical reasoning when both diagnoses are suspected. We suggest therapeutic and educational interventions targeting the child's symptoms.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of Association française de thérapie comportementale et cognitive.

Dans notre expérience clinique auprès d'enfants âgés de six à douze ans ayant vécu des situations adverses et

placés en foyer, la présence simultanée d'un trouble déficit de l'attention (TDA/H) et d'un trouble réactionnel de l'attachement (TRA) est une hypothèse diagnostique fréquente. La description des troubles de l'attachement implique une perturbation persistante des capacités

Adresse e-mail : [b.dutray@ch-rouffach.fr](mailto:b.dutray@ch-rouffach.fr)

relationnelles d'un enfant, ayant débuté avant l'âge de cinq ans et présente quel que soit le contexte de vie [1]. Les enfants vivant en milieu substitut ont un parcours de vie fréquemment marqué par des contextes chroniques et répétés de carence, de négligence et d'abus [2,3]. Le diagnostic de TRA est basé sur la présomption que l'étiologie du trouble est directement reliée à l'exposition de l'enfant à une carence de soins adaptés [4].

Bien que plusieurs études aient montré l'absence de liens entre le diagnostic de TDA/H et les antécédents de vécus d'abus [5,6], des auteurs décrivent que le TDA/H et le TRA présentent des similitudes symptomatiques [7]. Lors de l'évaluation clinique d'un enfant chez qui est suspecté un TDA/H ou un trouble de l'attachement, le risque existe de confusion diagnostique devant l'abondance symptomatique souvent présente. Plusieurs symptômes peuvent appartenir aux deux entités diagnostiques mais avec des hypothèses étiologiques différentes puisque le TDA/H est le plus souvent abordé avec un modèle neurobiologique et le trouble d'attachement avec un modèle développemental. Nous proposons d'illustrer notre démarche clinique à partir de l'histoire de Paul, un enfant turbulent, sans cesse dans la lune et qui n'apprend rien à l'école.

Paul est un garçon de sept ans six mois. Il est le seul enfant de ses deux parents qui n'ont jamais vécu ensemble et Paul n'a jamais eu aucun contact avec son père bien que celui-ci l'ait reconnu. Le patient passe un dimanche sur deux chez sa mère. Celle-ci a donné son autorisation pour le rendez-vous d'évaluation en pédopsychiatrie mais s'est faite excuser pour la première consultation. Elle a pu se rendre disponible pour des consultations ultérieures. Lorsque nous rencontrons Paul pour la première fois, il est accompagné de son éducatrice référente. Nous sommes frappés par le contact d'emblée familial de Paul dès la salle d'attente, associé à son air non concerné et rêveur.

Paul redouble cette année son CP. Les institutrices depuis la grande section de maternelle ont alerté plusieurs fois les éducateurs du foyer sur ses difficultés de comportement, son incapacité à respecter les règles. Cette année, Paul refuse de s'asseoir avec les autres élèves en classe, il est dispersé dans ses tâches scolaires et ne termine pas ses travaux, il taquine souvent les autres. L'institutrice rapporte que Paul ne sait pas lire. Elle dit être déroutée et agacée par son attitude : d'un côté il ne demande jamais d'aide quand il est face à des difficultés, d'un autre il est en permanence en demande d'attention et collé à elle. Paul ne profite pas de l'accompagnement individualisé avec une enseignante spécialisée qui est proposé chaque semaine et il se montre provocateur et agressif avec elle. Au foyer, Paul refuse systématiquement de faire ses devoirs. L'école demande une intervention urgente et a déjà menacé d'exclure l'enfant de la classe en raison de son comportement.

## Histoire développementale et antécédents médicaux chirurgicaux

Paul est un enfant né à terme, il n'a pas eu de complications néonatales. À la naissance de Paul, sa mère avait 30 ans. Bien que la mère de Paul ait des antécédents de toxicomanie, elle n'aurait pas consommé de stupéfiant ni d'alcool pendant la grossesse. Une histoire développementale précise n'a pu

être obtenue. On sait qu'il a marché à 16 mois, que la propriété n'était pas acquise à l'entrée en école maternelle à trois ans et qu'il a existé un retard de langage modéré qui s'est spontanément amélioré à partir du placement. Paul est resté avec sa mère jusqu'à son placement à l'âge de trois ans et n'a pas fréquenté de garderie.

## Antécédents psychosociaux

Le dossier social décrit un vécu de carences et négligences physiques et affectives sévères dans l'enfance avec défaut de surveillance, attitudes éducatives incohérentes et contradictoires, sous stimulation. Paul a été témoin de violences physiques et verbales répétées entre sa mère et plusieurs compagnons. Un placement judiciaire est survenu quand il avait trois ans suite à des violences physiques qu'il a subies de la part d'un compagnon de la mère.

## Antécédents psychiatriques familiaux

La mère de Paul se souvient avoir eu des problèmes d'apprentissage dès l'entrée à l'école primaire ; elle se souvient également des punitions reçues à l'école et à la maison car elle était dans la lune et n'écoutait pas. La mère se reconnaît dans les symptômes inattentifs de son fils.

## Histoire actuelle de la maladie

Au quotidien au foyer, les éducateurs décrivent un garçon ayant de fortes difficultés lors des transitions et des changements de contexte : il se met facilement en colère, se fâche et a du mal à se calmer. Paul a besoin de beaucoup de soutien éducatif pour accomplir les tâches du quotidien. Un éducateur doit être presque en continu avec lui le matin afin qu'il puisse s'habiller, se laver, préparer ses affaires. Selon l'éducatrice du foyer, si on le laisse seul, on le retrouve à jouer avec ses petits personnages en plastique. Par ailleurs, ses demandes d'attention sont permanentes avec des réactions émotionnelles imprévisibles. Paul n'a pas de trouble du sommeil et son alimentation est sans particularité.

Paul n'a pas d'ami au foyer. Il taquine et agace souvent ses pairs et ses attitudes déclenchent son rejet par les autres enfants. Récemment un nouvel éducateur est arrivé au foyer pour un stage, et Paul a été très familier avec lui : il lui a parlé d'événements intimes et lui a demandé s'il pouvait être adopté par lui.

Paul a tendance à oublier fréquemment ses affaires de classe. Les éducateurs et enseignants mettent ce comportement sur le compte de son absence d'intérêt pour les apprentissages, mais Paul égare également ses effets personnels, même ceux auxquels il tient. Il apprécie les jeux vidéos, mais il a très peu de patience et ne persévère jamais sur les jeux difficiles. Lorsqu'un film est proposé au foyer, Paul ne parvient pas à en regarder l'intégralité, il décroche toujours avant la fin.

Les éducateurs décrivent Paul comme ayant une faible estime de lui-même, n'étant pas méchant avec les autres et ne provoquant pas les adultes de manière délibérée, même s'il peut parfois se montrer opposant et agressif. Les éducateurs se disent épuisés par les attitudes de Paul et ne savent plus comment l'aider.

Il n'existe pas d'argument pour une symptomatologie anxieuse ni de trouble thymique franc.

## Questionnaires et tests

Aux questionnaires SNAP-IV [8] (rempli avec l'éducatrice) et de Conners [9] (complété par l'éducatrice et l'institutrice), le patient cote fortement et de manière significative pour les symptômes inattentifs et oppositionnels.

Au WISC IV [10], le patient a un quotient intellectuel total qui se situe dans la valeur « normale forte », avec un quotient intellectuel verbal dans la valeur « moyenne » et un quotient intellectuel performance qualifié de « supérieur ». L'indice de mémoire de travail est dans la zone « faible », nettement plus bas par rapport aux autres dimensions, l'empan mnésique est de 4 en ordre direct et de 2 en ordre inversé. L'indice de vitesse de traitement est qualifié de « normal fort ».

## Examen mental

Paul est un garçon qui fait son âge, son hygiène est correcte. Lors des rencontres son activité psychomotrice est banale, avec un bon contact visuel au début de rencontre puis des attitudes de rêveries. Le contact relationnel avec Paul dès la salle d'attente se déroule sans « période de réchauffement », comme si nous nous connaissions déjà. Notre habitude est d'accorder une attention particulière aux premiers instants de contact avec l'enfant chez qui est suspecté un trouble d'attachement, à la recherche de signes évoquant un attachement indiscriminé. La familiarité de Paul est notable, sans désinhibition. Paul est modérément orienté dans le temps. Il sait compter jusqu'à 100 sans se tromper, mais refuse de faire quelques calculs mentaux simples. Il n'arrive pas à déchiffrer un texte très simple. Il n'a pas de tics ni de mouvements anormaux. Paul prend spontanément la parole, son langage est assez frustré pour l'âge, son vocabulaire est concret. L'affect est plat, peu mobilisable, l'humeur n'est ni élevée ni dépressive. Lorsque nous le rencontrons seul, Paul ne manifeste pas de défi ni d'opposition. Rapidement il se met à nous poser des questions personnelles, sur notre famille, notre mode de vie, et relate facilement des épisodes heureux de vie chez ses parents. Il s'anime alors davantage notamment en parlant des jeux vidéos qu'il affectionne. Paul n'a pas de trouble du cours de la pensée. Les contenus de pensée sont pauvres. L'estime de soi est faible. L'autocritique est absente, le jugement social paraît préservé.

## Formulation de synthèse et hypothèses diagnostiques

Les diagnostics de TDA/H de type inattentif et de TRA sont bien établis à partir des éléments rapportés. Paul présente également des difficultés d'apprentissage en particulier pour la lecture. Bien que l'examen clinique permette d'évoquer un trouble oppositionnel et malgré la fréquence importante de ce trouble en concomitance du TDA/H [11], ce diagnostic n'a pas été retenu, les troubles du compor-

tement extériorisés du patient paraissant suffisamment explicables par les deux diagnostics avancés.

Il est intéressant de se pencher sur la concomitance du TDA/H et du trouble d'attachement dans le cas de Paul. Plusieurs hypothèses peuvent être proposées concernant la présence de deux diagnostics concomitants. Pliszka [12] propose, lorsqu'un diagnostic de TDA/H est envisagé avec un autre diagnostic concomitant, d'être attentif à préciser sur le plan clinique s'il s'agit de diagnostics différentiels ou de deux diagnostics distincts. Pour Paul on retiendra l'hypothèse d'une co-occurrence avec présence simultanée des deux diagnostics.

Classification diagnostique avec le DSM IV [4].

### Axe I

TRA de type désinhibé  
TDA/H de type inattentif prédominant  
Difficultés d'apprentissage de la lecture

### Axe II

Pas d'argument pour une déficience intellectuelle, QIT normal fort, indice de mémoire de travail faible

### Axe III

Pas de troubles somatiques

### Axe IV

Placement judiciaire depuis l'âge de trois ans, redouble son CP

### Axe V

Échelle d'évaluation globale du fonctionnement, score = 55

## Proposition de traitement

L'hypothèse d'un trouble déficitaire d'attention chez Paul a été au départ accueillie avec un fort scepticisme aussi bien par le foyer que par l'école. Plusieurs personnes ont mis en avant que Paul savait très bien se concentrer quand il le voulait. Par ailleurs, l'hypothèse d'un trouble d'origine neurobiologique, qui pourrait expliquer une partie des symptômes de l'enfant, a été perçue par certains intervenants comme un obstacle potentiel à l'implication du patient dans les soins reçus.

La mise en œuvre du projet de soins pour Paul, au-delà du traitement psychopharmacologique, a reposé sur des interventions psychoéducatives et l'utilisation de stratégies de modification du comportement soutenu par les adultes ayant des contacts au quotidien avec l'enfant, c'est-à-dire au foyer et à l'école [13,14]. Nous avons fait le choix de ne pas proposer de consultations individuelles régulières avec Paul, en raison du diagnostic retenu de trouble d'attachement et afin d'éviter la multiplication de relations duelles souvent source de majoration des difficultés relationnelles et affectives chez ces enfants. Paul a été informé du projet de soin et il s'y est associé activement ; il a participé à chacune des rencontres cliniques avec l'éducatrice et sa mère. La proposition d'un traitement par psychostimulant a été formulée accompagnée d'une information psychoéducatrice par l'intermédiaire de l'éducatrice à l'attention de l'équipe du foyer concernant le TDA/H et les troubles d'attachement.

La mère a donné son accord pour un traitement pharmacologique. Un traitement par méthylphénidate à libération prolongée a été progressivement instauré, associé à un soutien psychoéducatif pour les éducateurs du milieu substitut et au démarrage d'une rééducation orthophonique.

Une problématique rencontrée fréquemment pour les enfants avec des mesures éducatives judiciaires concerne les rôles et mandats des différents interlocuteurs lors de l'évaluation. Dans les situations d'enfants placés, il s'agit le plus souvent de consultations demandées par le foyer et non par les parents. Le clinicien doit ainsi tenir compte du contexte psychosocial dans lequel vit l'enfant, de la qualité des relations avec sa famille d'origine et de la possibilité d'impliquer la famille dans la démarche, des liens entre les éducateurs et la famille. De plus il est incontournable de clarifier le rôle et les missions du clinicien, chaque partie en présence ayant tendance à définir ce rôle en fonction de ses propres attentes [15]. De la capacité du clinicien à impliquer les éducateurs et des parents « n'ayant pas pu répondre à tous les besoins de leurs enfants » [16] dépend la possibilité d'organiser les interventions thérapeutiques.

L'implication adéquate de l'éducatrice référente associée à l'intérêt porté par l'enseignante aux particularités de Paul ont permis de mettre en place des stratégies opérantes. La mère de Paul a progressivement accepté de participer aux rencontres cliniques et cela a permis un début de généralisation et une cohérence des consignes éducatives. L'utilisation de recommandations psychoéducatives pour les symptômes du TDA/H (telles que structurer le temps et l'espace, utiliser des repères visuels, planifier les transitions, anticiper les changements, ignorer les comportements non adaptés mineurs lorsque cela est possible, utiliser des conséquences graduées, prévisibles et expliquées à l'enfant) a trouvé un écho positif auprès des intervenants du foyer grâce à l'énergie de l'éducatrice et au soutien apporté pour l'équipe par la psychologue du foyer formée à la thérapie cognitivocomportementale. L'ensemble des intervenants a été encouragé à favoriser les communications basées sur le style cognitif de l'enfant (donner des consignes simples, courtes et claires, utiliser le canal sensoriel visuel, décomposer une tâche complexe en plusieurs étapes, minimiser les distractions dans l'environnement). Ces exigences ont été un temps perçues comme très astreignantes et certains ont pensé que cela mettait Paul trop en avant. Néanmoins plusieurs éducateurs y ont vu un intérêt également pour d'autres enfants du foyer.

Concernant les recommandations cognitivocomportementales pour le TRA, certaines recourent celles déjà proposées pour le TDA/H (telles que préparer, anticiper et accompagner les transitions et les changements dans l'environnement). D'autres sont plus spécifiques, par exemple éviter les enjeux au niveau du contrôle, maintenir une distance relationnelle appropriée, éviter les relations duelles exclusives. Une attention particulière doit être apportée aux aspects relationnels et affectifs des difficultés de l'enfant, en proposant des interventions aidant à contenir l'enfant plutôt qu'à le contrôler. Chacun des interlocuteurs de Paul, au foyer, à l'école et chez sa mère a été encouragé à maintenir une cohérence éducative dans les différents contextes de vie de l'enfant et entre les adultes, à

garder en tête que les comportements des adultes servent de modèle à l'enfant et à accompagner l'enfant dans ses capacités progressives d'auto-observation (comportements, émotions).

Paul s'est montré ouvert et motivé pour participer aux stratégies mises en place. Dès la consultation suivant le démarrage du traitement psychostimulant il nous a dit : « le cachet, faut pas le retirer, y m'aide vraiment à me concentrer ». Nous avons observé que l'acceptation par les éducateurs et la mère des objectifs du traitement avait beaucoup contribué à la mise en place des stratégies psychoéducatives pour Paul. Pour d'autres patients, nous avons souvent constaté que des perceptions différentes sur ce qu'étaient les intérêts de l'enfant (par exemple lorsque les éducateurs souhaitent une disparition des troubles externalisés alors que les parents ne souhaitent qu'un retour de l'enfant à leur domicile), contrarient les projets thérapeutiques [15].

À l'école, une rencontre s'est faite avec une psychopédagogue du service de pédopsychiatrie au cours de laquelle des propositions concrètes d'organisation pour la classe ont été faites. L'enseignante a dit plusieurs semaines plus tard que ce qui l'avait le plus aidé c'était la compréhension que le comportement de Paul n'était pas uniquement intentionnel mais pouvait s'expliquer par des troubles neurodéveloppementaux.

Rapidement les difficultés scolaires se sont amendées de manière significative (amélioration significative du score inattention au questionnaire de Conners) et en quelques semaines Paul a appris à lire; l'assistante sociale qui l'accompagnait chez l'orthophoniste a indiqué sa surprise à voir Paul saisir un livre dès qu'il avait du temps libre.

Les interventions thérapeutiques ont eu un impact significatif sur les troubles du comportement à l'école. Bien qu'il soit resté difficile pour Paul de demander de l'aide et bien qu'il ait gardé son côté « collant », l'enseignante n'a plus considéré ces symptômes comme gênants.

Nous avons constaté chez Paul après plusieurs mois de traitement une amélioration significative de son estime de soi. Nous lui en avons fait la remarque et Paul a répondu, lapidaire, « maintenant je sais lire, y peuvent plus me traiter de débile ».

Nous pensons que pour les tableaux cliniques associant TDA/H et troubles d'attachement, la meilleure option thérapeutique, quand cela est possible, est l'association d'un traitement pharmacologique du TDA/H combiné avec une approche comportementale forte et active. Pour la situation de Paul, la mise en œuvre du projet thérapeutique a pu être menée à bien de manière satisfaisante: les contacts avec Paul et ses proches étaient faciles et gratifiants, la réponse aux traitements a été positive. Ils n'en va pas toujours ainsi et le traitement des enfants présentant des troubles d'attachement est difficile et souvent marqué par de nombreux échecs. L'importance de mettre en place des stratégies thérapeutiques efficaces pour ces enfants trouve un écho dans des écrits récents soulignant le risque de développement de troubles relationnels et psychiatriques à l'âge adulte chez des enfants exposés dans leur enfance à la négligence ou aux traumatismes [17].

## Conflit d'intérêt

B.D., essai clinique : en qualité de co-investigateur pour Eli Lilly.

## Références

- [1] Zeanah CH, Sheeringa M, Boris NW, Heller SS, Smyke AT, Trapani J. Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse Negl* 2004;28(8):877–88.
- [2] Van der Kolk BA. The developmental impact of childhood trauma. In: Kirmayer JL, Lemelson R, Barad M, editors. *Understanding trauma: integrating biological clinical and cultural perspectives*. New York: Cambridge University Press; 2007. p. 224–41.
- [3] Bolen RM. Attachment and family violence: complexities in knowing. *Child Abuse Negl* 2005;29(8):845–52.
- [4] American Psychiatric Association DSM-IV-TR. Critères diagnostiques (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al. Paris: Masson; 2004.
- [5] McLeer SV, Callaghan M, Henry D, Wallen J. Psychiatric disorders in sexually abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33(3):313–9.
- [6] Wozniak J, Crawford MH, Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Taylor A, et al. Antecedents and complications of trauma in boys with ADHD: findings from a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38: 48–55.
- [7] Clarke L, Ungerer J, Chahoud K, Johnson S, Stiefel I. Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2002;7(2): 179–98.
- [8] Swanson JM. *School-based assessments and interventions for ADD students*. Irvine (California): KC Publishing; 1992.
- [9] Conners CK. *Conners 3rd Edition (Conners 3)*. North Tanawanda, NY: Multi-Health Systems; 2008.
- [10] Wechsler D. *Wechsler intelligence scale for children-Fourth edition: administration and scoring manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 2003.
- [11] Matthys W, Lochman JE. *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2010.
- [12] Pliszka SR. *Treating ADHD and comorbid disorders*. New York: The Guilford Press; 2009.
- [13] Barkley RA. *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2006.
- [14] Mayer MJ, Van Acker R, Lochman JE, Gresham FM. *Cognitive-behavioral interventions for emotional and behavioral disorders, school-based practice*. New York: The Guilford Press; 2009.
- [15] Lieberman AF. *Psychotherapy with infants and young children. Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: The Guilford Press; 2008.
- [16] Crittenden PM. *Raising parents. Attachment parenting and child safety*. Portland: Willan Publishing; 2008.
- [17] Briere J, Hodges M. Assessing the effects of early and later childhood trauma in adults. In: Lanius RA, Vermetten E, Pain C, editors. *The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic*. New York: Cambridge University Press; 2010. p. 207–16.