

# Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et maltraitance durant l'enfance : revue de la littérature

## *Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and child maltreatment : a review*

**F. Prayez<sup>1</sup>, I. Wodon<sup>1</sup>, S. Van Hyfte<sup>2</sup> et P. Linkowski<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Service de Psychiatrie, Hôpital Erasme, <sup>2</sup>Centre de thérapie cognitive et comportementale (CTCC)

### RESUME

*Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est un trouble pédo-psychiatrique fréquent, avec une prévalence de 5 % parmi les enfants d'âge scolaire.*

*Ce trouble a un impact considérable sur les interactions parents-enfants. Cette revue de littérature synthétise les dernières recherches portant sur le taux de maltraitance parmi les enfants TDAH. La maltraitance concerne, au sein de la population générale, au moins un enfant sur 30. Tous les auteurs s'accordent sur le fait que sa prévention passe par une meilleure reconnaissance des groupes d'enfants à risque. Les enfants TDAH, tout comme les enfants présentant un handicap, sont plus fréquemment victimes de maltraitance. Chez ces enfants, la maltraitance est souvent associée à une comorbidité avec un trouble oppositionnel avec provocation ou des troubles du comportement. Les enfants TDAH maltraités semblent également plus à risque de développer un abus de substance à l'adolescence. A travers cette revue de littérature, nous émettrons des hypothèses sur l'existence de ce risque accru de maltraitance chez les enfants TDAH et tenterons, à partir de notre expérience clinique, de définir des stratégies de prévention et de détection de ces événements ayant un impact considérable sur l'évolution de l'enfant TDAH.*

*Rev Med Brux 2012 ; 33 : 75-86*

### ABSTRACT

*Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a common neuropsychiatric disorder of childhood with a prevalence rate of 5 % among school-age children. This disorder have a strong impact on parent-child relationships. This review synthesizes recent research evidence regarding the rate of child abuse among ADHD children. At least one per 30 children have been maltreated in a general population. All authors are asking for better prevention of abuse by a better knowledge of which children are at greater risk of abuse. ADHD children, like children with disabilities, are most frequently maltreated. In this group of children, abuse are often associated with co-occurrence of oppositional defiant disorder (ODD) or behavioral difficulties. Maltreated ADHD children have an increased risk of substance use disorders (SUDs) at adolescence. Through this review, we hypothesize about the reasons of an increased risk of abuse by ADHD children. With our clinical experience, we will try to plan prevention and detection strategies about abuse in ADHD children, which have a strong impact on children's pronostic.*

*Rev Med Brux 2012 ; 33 : 75-86*

*Key words : attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD, child abuse, prevention*

## INTRODUCTION

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un diagnostic fréquemment posé en pédopsychiatrie<sup>1</sup>. Il s'agit d'un trouble neurodéveloppemental d'étiologie complexe, à fort déterminisme génétique<sup>2-4</sup>. Sa prévalence varie entre 5 et 10 % dans une population d'enfants en âge scolaire<sup>1,5,6</sup>. Ce trouble peut persister à l'adolescence et l'âge adulte<sup>7,8</sup>.

Le TDAH est un trouble hétérogène, avec une symptomatologie variable en termes de sévérité, de types de comportements et d'altérations associées. Il se caractérise par une triade de symptômes comprenant déficit attentionnel, impulsivité et hyperactivité motrice<sup>9</sup>. Si ces critères permettent un consensus sur une définition du trouble, ils ne rendent pas compte des autres difficultés de l'enfant TDAH. Ce dernier peut présenter des déficits à de nombreux niveaux (cognitif, langagier, adaptatif, moteur, émotionnel, scolaire et médical)<sup>10-12</sup>. Le TDAH est fréquemment associé à d'autres troubles psychiatriques. Deux enfants TDAH sur trois présentent au moins un autre diagnostic<sup>13-16</sup>. Les comorbidités les plus fréquentes sont les troubles du sommeil<sup>17</sup>, le trouble oppositionnel avec provocation<sup>14</sup> et l'énurésie<sup>18</sup>. Ces comorbidités ont une importance considérable sur la symptomatologie et le pronostic de l'enfant<sup>9</sup>.

Devant la complexité du TDAH, le traitement doit se faire selon une approche globale<sup>1,8</sup>. La première ligne est le traitement pharmacologique par psychostimulants. Ce dernier a démontré son efficacité et sa tolérance dans les symptômes cardinaux du TDAH<sup>8,19,20</sup>. En seconde ligne, la thérapie comportementale (psychoéducation, entraînement parental, etc.) permet aux parents de mieux adapter leur fonctionnement aux troubles de leur enfant et garantit un meilleur taux de satisfaction parental<sup>19</sup>.

Si cette prise en charge permet de diminuer la triade symptomatique du trouble, il n'en reste pas moins que le TDAH engendre de nombreuses conséquences pour l'entourage au niveau scolaire, familial ou financier. De plus, les comorbidités aggravent les difficultés de l'enfant et de sa famille<sup>15</sup>. Face aux comportements de leur enfant, les parents sont souvent "à bout" et isolés<sup>9</sup>. Ils subissent beaucoup de stress dans l'éducation de leur enfant et ils perdent confiance en eux et en leurs méthodes éducatives<sup>8,21</sup>. Ces familles rencontrent plus d'interactions conflictuelles<sup>22,23</sup>. Les parents sont, eux-mêmes, deux à huit fois plus à risque de présenter un TDAH<sup>24</sup>.

La symptomatologie du TDAH, sa comorbidité importante et ses répercussions sur la famille sont susceptibles d'induire des réactions de violence de la part de l'entourage de l'enfant TDAH. La maltraitance de l'enfant est une situation fréquente en pratique médicale. Au moins un enfant sur 30 serait maltraité au sein la population générale<sup>25</sup>, en revanche peu d'études se sont intéressées à la prévalence de la maltraitance

chez l'enfant TDAH.

Cette revue de la littérature poursuit plusieurs objectifs :

- 1) Identifier les facteurs de risque de maltraitance chez l'enfant, plus particulièrement parmi les enfants présentant un handicap, ceux-ci ayant un risque plus élevé d'être maltraités<sup>26</sup>.
- 2) Evaluer au sein de la littérature existante si la présence d'un TDAH chez l'enfant est associée à un risque plus élevé de maltraitance. Même si le TDAH ne peut " *stricto sensu* " être qualifié de handicap, il peut être considéré comme tel par sa nature invalidante et sévère. Par conséquent, l'enfant TDAH pourrait courir un risque accru de maltraitance.
- 3) Tenter de comprendre en quoi le TDAH de l'enfant risque de majorer son risque d'être maltraité. La question est également de savoir si les symptômes de ce trouble - inattention, impulsivité, agitation - et ceux des troubles associés - trouble oppositionnel, énurésie, etc. - ne sont pas des obstacles à la détection d'une maltraitance.
- 4) Définir des stratégies de prévention et de détection de la maltraitance chez l'enfant TDAH et sa famille en nous basant sur notre pratique clinique et sur la littérature existante.

## L'ENFANT MALTRAITE : CONSIDERATIONS GENERALES

### Définition

La maltraitance chez l'enfant est un sujet complexe. Si le phénomène est étudié depuis des décennies, il est difficile de s'accorder sur sa définition et sur sa prévalence réelle au sein de la population. Néanmoins, il s'agit d'un problème de santé publique ayant des impacts considérables sur la santé mentale et physique et le fonctionnement social de l'enfant comme de l'adulte qu'il deviendra.

Définir la maltraitance est un défi en soi. Un comportement est perçu comme "abusif" suivant le pays, la culture et les normes sociales. Ce qui est "permis" ou pas dans l'éducation d'un enfant diffère selon l'endroit et selon l'époque.

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) définit la maltraitance d'un enfant comme "toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir"<sup>27,28</sup>.

Dans la majorité des cas, le parent ou la famille proche (beaux-parents, fratrie, grands-parents) sont les auteurs de la maltraitance, qu'il s'agisse de la famille biologique de l'enfant, d'une famille d'accueil ou d'une famille adoptive<sup>28</sup>.

Quatre types de maltraitance sont décrits :

- 1) *la violence physique*, définie comme tout acte commis par un tuteur entraînant ou risquant d'entraîner des dommages corporels ;
- 2) *la violence sexuelle*, définie comme tout acte commis par un tuteur sur la personne d'un enfant en vue d'en retirer un plaisir sexuel ;
- 3) *la violence psychologique*, définie comme tout acte nuisible pour la santé et le développement affectif de l'enfant et englobant le fait de ne pas veiller à lui offrir un environnement positif ;
- 4) *la négligence*, définie comme toute défaillance du tuteur à combler les besoins physiques et/ou psychologiques de l'enfant, dans la mesure où les tuteurs disposent de ressources raisonnables<sup>27,28</sup>.

## Prévalence

Les études sur la prévalence de la maltraitance dans l'enfance insistent sur le fait que leurs résultats ne sont que des estimations du taux réel de maltraitance et que la plupart des cas restent probablement inconnus<sup>25,28,29</sup>.

### *Etudes prospectives\**

Une des plus vastes études d'incidence de la maltraitance menée aux Etats-Unis, la " *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect* " (NIS- 4), base sa méthodologie sur l'idée que les cas officiels de maltraitance ne forment que le sommet visible de l'iceberg et se base donc à la fois sur des rapports des services de protection de l'enfance et sur des rapports de professionnels en contact avec les enfants<sup>29</sup>. Les taux de maltraitance mis en évidence varient entre 2 et 4 % selon le degré de sévérité des actes de maltraitance. La majorité des cas rapportés n'étaient pas connus par les services de protection de l'enfance mais seulement par des professionnels en contact avec les enfants. Une étude similaire réalisée aux Pays-Bas<sup>25</sup> évoque, pour 2005, des taux de prévalence d'un enfant maltraité sur 30. A nouveau, seuls 13 % des cas de maltraitance relevés au cours de l'étude étaient connus par les services de protection de l'enfance<sup>25</sup>.

Ces deux études plaident en faveur du peu de variation des taux de maltraitance en fonction de la culture ou du niveau socio-économique<sup>25,29</sup>. De plus, la détection de la maltraitance est inefficace, quel que soit le continent où la maltraitance est estimée.

### *Etudes rétrospectives\*\**

Selon les études rétrospectives, les taux de maltraitance dans l'enfance sont encore plus alarmants. Ainsi, une étude menée aux Etats-Unis rapporte que 28 % des enfants subissent de la violence physique, 5 % des enfants ont été abusés sexuellement et 12 % ont été négligés physiquement<sup>30</sup>. Aux Pays-Bas, en 2005, la maltraitance évaluée de façon rétrospective chez des adolescents est de 20 %<sup>25</sup>. Enfin, une étude questionnant directement les enfants a mis en évidence que 19 % étaient maltraités durant leur vie, si on

considère tous les types de maltraitance<sup>31</sup>. 12 % des enfants sont maltraités physiquement et 1 % subissent une agression sexuelle de la part d'un adulte connu au cours de leur existence<sup>31</sup>. Les différences de taux de prévalence sont à mettre en lien avec des différences méthodologiques, de définition de la maltraitance et d'échantillons de population étudiés.

En conclusion, au moins un enfant sur trente subit une forme de maltraitance pouvant être détectée par l'ensemble des professionnels en contact avec lui, qu'il s'agisse d'enseignants, de professionnels du corps médical, d'assistants sociaux ou d'autres personnes ayant une responsabilité envers lui. Le taux réel de maltraitance durant l'enfance pourrait être jusqu'à dix fois plus élevé<sup>25,28,30,31</sup>. Une meilleure connaissance des symptômes de la maltraitance et des facteurs de risque associés semble donc primordiale.

## Facteurs de risque associés à la maltraitance

Les facteurs de risque associés à la maltraitance diffèrent selon les critères méthodologiques et les échantillons étudiés. Toutefois, un consensus semble se dégager pour diviser ces facteurs de risque entre 1) caractéristiques propres à l'enfant et 2) caractéristiques du parent, de la famille ou de l'agresseur, en incluant les facteurs relationnels (comme des troubles physiques ou psychiques, l'éclatement de la cellule familiale, etc.) et les facteurs communautaires et sociétaux (comme les inégalités sexuelles ou sociales, le manque de logements appropriés ou de services de soutien aux familles, etc.).

### *Facteurs de risque liés à l'enfant*

L'hypothèse selon laquelle les caractéristiques même de l'enfant peuvent influencer son risque d'être maltraité est assez récente<sup>32</sup>. Etablir des facteurs de risque propres à l'enfant peut mener à la croyance erronée que l'enfant serait porteur d'une " responsabilité " dans le fait d'être maltraité. Il est évident que, dans l'établissement de facteurs de risque tenant à l'enfant, le but recherché est de mieux déterminer les enfants à risque susceptibles d'intégrer des programmes de prévention.

Les facteurs de risque relevés sont : être un enfant non désiré<sup>28</sup> ; être atteint d'un handicap physique, mental ou d'une maladie chronique<sup>27,28,32</sup>. Les filles ont plus de risque de subir un abus sexuel tandis que les garçons ont plus de risque d'être maltraités physiquement<sup>27,29,32</sup>. L'âge de l'enfant est pointé comme une variable à prendre en compte dans l'évaluation du risque de maltraitance mais les données sont inconsistantes<sup>27,29</sup>. La prématurité et le petit poids de naissance sont relevés par certaines études mais ces

\* Dans une étude prospective, la prévalence de la maltraitance s'extrapole sur base des données disponibles (rapports des services de protection jeunesse).

\*\* Dans une étude rétrospective, le taux de maltraitance se détermine sur base d'entretiens avec des enfants, adolescents ou adultes et retrace d'éventuels antécédents de maltraitance durant l'enfance.

deux facteurs perdent leur degré d'importance lorsqu'on évalue d'autres variables comme le niveau socio-économique ou la présence de toxicomanie chez la mère<sup>27,32</sup>.

### *Facteurs de risque liés à la famille*

Il s'agit des facteurs de risque les plus étudiés. Les parents les plus à risque de se montrer violents envers leurs enfants sont ceux qui ont une faible estime d'eux-mêmes, sont impulsifs, ont des relations sociales restreintes, ont peu d'aptitudes pour affronter le stress et éprouvent des difficultés à s'adresser aux réseaux d'aide sociale<sup>27</sup>. Les parents maltraitants sont peu informés et ont des attentes irréalistes par rapport au niveau de développement de leur enfant<sup>27</sup>. La coexistence de violence conjugale, d'un isolement social, de pathologies mentales comme l'abus de substance et l'alcoolisme chez le parent augmentent le risque de maltraitance<sup>27,28,32</sup>. La taille et la structure de la famille sont des facteurs de risque. Les taux d'incidence de maltraitance les plus élevés sont retrouvés chez les familles avec quatre enfants ou plus<sup>29</sup>. Le risque d'être maltraité est huit fois plus élevé pour les enfants vivant avec un adulte qui n'est pas un parent biologique<sup>29</sup>.

La pauvreté est un facteur de risque communément admis<sup>28,30,32</sup>. Les enfants avec un niveau socio-économique faible ont cinq fois plus de risque d'être maltraités<sup>29</sup>. La pauvreté conduit à une augmentation du niveau de stress chez le parent et à un manque de disponibilité pour répondre aux exigences de l'enfant. Elle augmente la probabilité de se retrouver confronté à d'autres facteurs de risque de maltraitance<sup>32</sup>. Le niveau d'éducation du parent est également un facteur de risque important de maltraitance<sup>27,30,32</sup>. Si le parent est retiré du monde de travail, le risque d'être maltraité est augmenté de trois à cinq fois<sup>25,29</sup>. Enfin, la maltraitance survient surtout lorsque plusieurs facteurs de risque interagissent entre eux<sup>33</sup>. Il existe des facteurs de protection contre la maltraitance tels que l'accessibilité aux soins de santé mentale, la présence de grands-parents soutenant et la reconnaissance par les parents de problèmes nécessitant une aide<sup>33</sup>.

### *L'enfant présentant un handicap ou une maladie chronique : cas particulier*

L'O.M.S. définit le handicap comme " une déficience entraînant une limitation d'activité et de participation sociale " <sup>34</sup>. Le terme de " handicap " (" *disability* ") est à prendre de manière globale, puisqu'il regroupe des enfants présentant des troubles d'apprentissage, un retard mental, des troubles du comportement, une maladie chronique, des troubles du langage, un handicap physique ou sensoriel et de l'autisme. L'O.M.S. estime que la présence d'un handicap est un facteur de risque à prendre en compte dans les stratégies de prévention de la maltraitance<sup>28</sup>.

La présence d'un handicap peut entraver la

formation de l'attachement et des liens affectifs, augmentant le risque pour l'enfant d'être exposé à des violences<sup>27</sup>. Le handicap de l'enfant peut mener à une augmentation du stress chez les parents et donc du risque de violence envers l'enfant. Les troubles du comportement seraient également un facteur de risque de maltraitance tardive, même s'il reste très difficile d'établir un lien de cause à effet<sup>32</sup>. A l'inverse, la NIS-4<sup>29</sup> met en évidence des taux de maltraitance plus bas chez les enfants avec un handicap. Toutefois, lorsque les enfants avec un handicap sont maltraités, ils subissent des blessures et des dommages plus sévères que les autres enfants<sup>29</sup>. Ils sont également victimes de maltraitance plus tôt dans leur vie.

Dans l'ensemble, les études centrées sur le handicap de l'enfant concluent à une augmentation du risque de maltraitance du fait de l'handicap<sup>26,35-37</sup>.

Les enfants présentant un handicap ont 3,5 fois plus de risque d'être victimes d'une forme de maltraitance<sup>35</sup>. Ce risque varie en fonction du type de handicap présenté par l'enfant<sup>37</sup>. Le trouble du comportement (dont le trouble des conduites) est le plus menacé avec 7 fois plus de risque de négligence, de violence physique et de violence psychologique. L'enfant atteint d'un retard mental a un risque 4 à 5 fois plus élevé ; celui ayant un trouble psychologique - y compris TDAH - présente 4 fois plus de risque d'être maltraité, tandis que l'enfant atteint d'un trouble du langage a 3 fois plus de risque de l'être. L'enfant avec un trouble des apprentissages présente un risque 2 fois plus élevé de maltraitance<sup>35,37</sup>.

La relation de cause à effet entre handicap et maltraitance est très difficile à établir. Il semble toutefois que les troubles du comportement et l'existence d'un retard mental peuvent être considérés simultanément comme des facteurs de risque de maltraitance et comme des conséquences éventuelles de cette dernière. Toutefois, cette hypothèse pourrait être tempérée par un manque de reconnaissance de la maltraitance chez l'enfant présentant un handicap<sup>26,36</sup>. Le risque accru de blessures accidentelles chez ces enfants est un obstacle à la détection de la maltraitance par écartement de l'hypothèse que la blessure peut découler de violence physique<sup>36</sup>. Ceci serait d'autant plus vrai que le handicap de l'enfant est sévère.

Les causes de maltraitance chez l'enfant présentant un handicap sont sensiblement identiques à celles des autres enfants. Toutefois, certains éléments peuvent expliquer le risque augmenté d'abus chez ces enfants<sup>26,36</sup> : 1) les familles sont davantage sollicitées d'un point de vue affectif, physique, économique et social ; 2) l'enfant exige une supervision accrue par rapport à un enfant ordinaire (par exemple, afin d'éviter les blessures accidentelles) ; 3) un manque de soutien social et d'interruption dans les soins à donner à l'enfant pouvant amener à un " burn-out " parental et à un risque augmenté de négligence ; 4) un manque de préparation et d'information à la prise en charge de la pathologie de l'enfant ; 5) une augmentation du stress

parental causée par certains comportements de l'enfant, pouvant engendrer une frustration importante chez le parent. Les problèmes de communication de l'enfant peuvent amener le parent peu informé à penser que l'enfant refuse de répondre à ses demandes verbales, et de là conduire à la mise en place de méthodes éducatives punitives.

## L'ENFANT TDAH MALTRAITE : CAS PARTICULIER

### Etat actuel de la recherche

Les études relatives à la maltraitance ne sont pas nombreuses auprès des enfants TDAH, sans doute en lien avec les difficultés méthodologiques importantes.

#### Prévalence de la maltraitance chez l'enfant TDAH

Les parents d'enfants TDAH utiliseraient plus de punitions corporelles. Ils seraient moins investis dans leur rôle parental, seraient moins chaleureux et auraient moins confiance en eux<sup>21</sup>. Ces parents nécessitent une aide pour développer leurs stratégies éducatives afin de diminuer le stress familial et le risque de maltraitance. L'hypothèse selon laquelle le TDAH de l'enfant pousse les parents à des pratiques éducatives plus délétères ne peut être confirmée. Il se pourrait tout aussi bien que ce soit le TDAH de certains parents qui favorise des comportements impulsifs pouvant aller jusqu'à la maltraitance.

Des taux de 40 % de négligence, 30 % de maltraitance physique et de 5 % d'abus sexuels se retrouvent chez les enfants TDAH<sup>38</sup>. La sévérité du TDAH augmente le risque de maltraitance, chaque symptôme supplémentaire péjorant ce risque. Les jeunes présentant un TDAH sont plus à risque de maltraitance, même après contrôle de toutes les variables confondantes. Le sous-type " inattention prédominante " est associé à un risque de négligence, de maltraitance physique et d'abus sexuel. Le sous-type " hyperactivité seule " est associé à un risque de négligence de supervision et de maltraitance physique. Le sous-type " mixte " est associé à un risque de négligence physique, d'abus sexuel et de négligence de supervision. L'association entre symptômes d'inattention et maltraitance pourrait provenir du manque de reconnaissance et de traitement des enfants TDAH lorsqu'ils ne présentent que le versant déficit attentionnel du trouble. Le trouble restant ignoré du parent, celui-ci punirait plus facilement l'enfant, amenant à un risque plus élevé de négligence et de maltraitance. Le moindre diagnostic et le moindre

traitement des symptômes d'inattention chez l'enfant pourraient augmenter le risque de maltraitance et, dans un même temps, être un marqueur de dépistage de maltraitance<sup>38</sup>.

#### Comparaison de prévalence de la maltraitance entre l'enfant présentant un TDAH, un TOP (Trouble Oppositionnel avec Provocation) ou un ESPT (Etat de Stress Post-Traumatique)

L'étude de Ford *et al.* (2000)<sup>39</sup> examine rétrospectivement la probabilité d'avoir subi de la maltraitance ou d'avoir été exposé à un traumatisme, ainsi que la sévérité de l'ESPT chez des enfants présentant un TDAH, un TOP, la co-occurrence des deux diagnostics ou un trouble de l'adaptation. Leurs résultats montrent que les enfants présentant un double diagnostic TDAH + TOP sont les plus à risque d'avoir subi de la maltraitance physique et sexuelle, là où les enfants avec un TDAH seul ont des taux de maltraitance physique et d'abus sexuel moins élevés (tableau). Les enfants avec un trouble de l'adaptation présentent les taux les plus faibles. La fréquence de l'ESPT est la plus faible pour l'enfant TDAH seul et la plus élevée pour l'enfant avec un TOP seul. Les enfants TDAH admis en hôpital psychiatrique ont un risque plus élevé d'avoir été exposés à un traumatisme ou à de la maltraitance que les enfants avec un trouble de l'adaptation. Les auteurs concluent à la nécessité de dépister de façon plus systématique le passé de maltraitance et d'évènements traumatiques chez les enfants TDAH, particulièrement s'ils présentent un TOP. On ne peut exclure un lien de causalité entre le développement d'une comorbidité de type trouble oppositionnel avec provocation chez les enfants TDAH et la maltraitance sous-jacente. Rappelons que 40 % des enfants TDAH présenteraient un TOP<sup>14</sup>.

Les filles TDAH sont à risque plus élevé de présenter une histoire de maltraitance<sup>40</sup>. Elles sont 15 % à avoir subi de la maltraitance contre 5 % dans un groupe contrôle. Chez les filles TDAH maltraitées, il y a plus de troubles du comportement " externalisés " (hostilité, difficulté à gérer la colère, impulsivité, agressivité physique) et de rejets par les pairs que chez les filles ayant uniquement un TDAH. Aucune différence n'est mise en évidence au niveau du fonctionnement cognitif ou des troubles du comportement dits " internalisés ". Les filles TDAH abusées auraient un comportement plus agressif par la survenue de deux facteurs de risque, l'abus et le TDAH. Le diagnostic différentiel ou la comorbidité d'un ESPT est à envisager pour les filles pour lesquelles la maltraitance a consisté en des abus sexuels répétés

Tableau : Synthèse des résultats de l'étude de Ford *et al.* (2000)<sup>39</sup>.

	TDAH	TDAH + TOP	TOP	Tr de l'adaptation
Maltraitance physique	25 %	75 %	50 %	10 %
Maltraitance sexuelle	10 %	30 %	20 %	0 %
ESPT	5 %	20 %	25 %	/

avant le diagnostic de TDAH. Pour celles diagnostiquées TDAH avant les faits de maltraitance physique, leurs problèmes de comportement ont pu entraîner des techniques éducatives inefficaces ayant mené à des punitions physiques. Le TDAH peut être impliqué dans l'étiologie de la maltraitance<sup>40</sup>.

Le sous-groupe TDAH maltraité présente plus de troubles du comportement externalisé. Or ce groupe est constitué à 100 % de TOP comorbide, là où seuls 50 % des enfants TDAH non maltraités présentent un TOP<sup>40</sup>. Cela suggère un éventuel lien entre TOP et maltraitance chez les enfants TDAH.

#### *La maltraitance : facteur de risque d'un abus de substance chez l'enfant TDAH*

Etre maltraité augmente le risque d'abus de substance à l'adolescence<sup>41</sup>. Comme les enfants TDAH présentent un risque plus élevé d'être maltraités et d'abuser de substances, une histoire de maltraitance pourrait prédire un risque encore plus grand d'un abus de substance à l'adolescence. Il a été mis en évidence que la maltraitance et la présence d'un trouble des conduites sont fortement corrélés, et de façon indépendante, au risque de développer un abus de substance chez l'adolescent TDAH<sup>41</sup>. La corrélation la plus forte concerne la maltraitance durant l'enfance, avec un risque augmenté de 7 fois. Le trouble des conduites et l'antécédent d'abus de substance chez les parents, en comparaison, augmentent le risque de développer un abus de substance de 3 fois. Au sein de la population d'adolescents TDAH, ceux qui n'ont ni trouble des conduites ni maltraitance, ont un taux d'abus de substance identique à la population générale<sup>41</sup>.

Si la toxicomanie des parents et le trouble des conduites doivent être considérés comme facteurs de risque d'abus de substance, il semble que, pour leur population d'enfants TDAH, ce soit la maltraitance durant l'enfance qui soit le facteur le plus prédictif<sup>41</sup>. Par conséquent, il faut évaluer la présence de maltraitance chez les enfants TDAH et rester attentif aux implications de cette maltraitance, comme un facteur de vulnérabilité important pour une toxicomanie tardive chez l'enfant TDAH.

## **Discussion**

Toutes les études relèvent que les enfants TDAH sont plus fréquemment exposés à des actes de maltraitance<sup>21,38-41</sup>. Les différentes études sont difficilement comparables, au vu de leur méthodologie très différente. Il est dès lors difficile d'estimer si le TDAH est un facteur de risque minime ou majeur dans la survenue de la maltraitance. Néanmoins, on peut supposer que le TDAH chez l'enfant est un facteur de risque important de maltraitance, au vu de l'augmentation importante du risque de maltraitance en cas de trouble du comportement ou de trouble psychologique<sup>35,37</sup>.

Même lorsqu'ils sont traités médicalement, les enfants TDAH connaissent plus d'actes de maltraitance<sup>39</sup>. Un taux de maltraitance de 70 % est observé chez les adolescents TDAH, diagnostiqués et traités depuis l'enfance<sup>41</sup>. Toutefois, aucune étude ne renseigne sur le type de médication, la durée du traitement ni sur le moment où la maltraitance a eu lieu pour ces enfants TDAH diagnostiqués durant l'enfance. Il est donc difficile de dire si la médication du TDAH diminue le risque de maltraitance.

Les taux alarmants de maltraitance chez les enfants ayant le double diagnostic de TOP et de TDAH posent la question d'un éventuel lien causal de la maltraitance dans le développement de ce type de comorbidité chez l'enfant TDAH<sup>39,40</sup>. La présence d'un TOP chez l'enfant TDAH augmente-t-elle les risques de maltraitance ou est-ce que le TOP se développe à mesure que l'enfant TDAH est exposé à des actes de maltraitance et de négligence ? La question n'est pas tranchée. *A priori*, les deux hypothèses peuvent coexister. Quoiqu'il en soit, il reste évident que deux études, portant sur des échantillons de population très différents, pointent le taux majeur de maltraitance pour les enfants présentant le double diagnostic TDAH et TOP<sup>39,40</sup>.

Enfin, l'étude de De Sanctis *et al.* (2008)<sup>41</sup> semble particulièrement alarmante, puisque 70 % de leurs adolescents TDAH avaient connu des actes de maltraitance, après 10 ans de *follow-up*. Seuls 50 % de leur population présentaient un TOP. Il semble donc que, même en l'absence de comorbidité, les enfants TDAH sont plus fréquemment maltraités. Un biais dans ces chiffres pourrait être le niveau socio-économique faible de leur population, ainsi que la fréquence élevée de toxicomanie parentale. Néanmoins, même si le taux de maltraitance important retrouvé dans cette étude peut être expliqué par ces cofacteurs de risque, il s'agit d'une réalité pour certains enfants TDAH.

Il est également interpellant de constater que la maltraitance serait le facteur prédictif d'abus de substance le plus important chez l'enfant TDAH, plus que la présence d'un trouble des conduites ou d'un TOP durant l'enfance<sup>41</sup>.

En conclusion, il semble que : 1) l'enfant TDAH est plus souvent victime de maltraitance<sup>38-41</sup> ; 2) l'enfant TDAH maltraité a plus de risque de présenter une comorbidité avec un TOP<sup>39,40</sup> ; 3) l'enfant TDAH maltraité est plus souvent victime de rejet par les pairs et présente plus de difficultés de comportement<sup>40</sup> ; 4) l'enfant TDAH maltraité a plus de risque de développer un abus de substance à l'adolescence ou l'âge adulte<sup>41</sup>.

La maltraitance de l'enfant TDAH a donc des conséquences majeures en termes de pronostic psychiatrique et de coûts en soins de santé.

Tous les auteurs concluent de façon unanime sur la nécessité de mieux dépister et de prévenir la

maltraitance chez les enfants TDAH<sup>21,38-41</sup>, d'autant plus si l'enfant présente un double diagnostic de TDAH et TOP<sup>39</sup>.

## **POURQUOI CE RISQUE ACCRU DE MALTRAITANCE ?**

### **La triade symptomatique**

L'enfant TDAH connaît d'autres difficultés que la distraction, l'agitation motrice et l'impulsivité<sup>9,10</sup>. Si la triade symptomatique est bien connue des parents, ils comprennent moins que ces symptômes changent au cours du temps et que leur sévérité varie en fonction des demandes faites à l'enfant. De nombreux parents ne conçoivent pas que les symptômes de leur enfant sont plus sévères en public qu'à la maison, lors du travail scolaire plutôt que lors des jeux, alors que cette variabilité est explicable au travers des caractéristiques de la triade symptomatique<sup>10</sup>. Cette divergence entre symptômes reconnus et déficits associés méconnus crée des incompréhensions majeures dans l'étiologie des problèmes de comportement de l'enfant TDAH. Ainsi, des parents considèrent, parfois, l'enfant TDAH comme " paresseux " ou comme " n'en faisant qu'à sa tête ". Si ces variations ne sont pas expliquées et acceptées par les parents, cela peut provoquer des réactions inadaptées envers l'enfant et un risque de maltraitance.

### **Les déficits associés**

Les enfants TDAH vivent des expériences de rejet de la part de leur groupe de pairs et des conflits avec d'autres enfants ou adultes<sup>42-44</sup>. Ils ont des connaissances appropriées du comportement social adéquat à adopter mais éprouvent des difficultés à appliquer ces connaissances dans la réalité<sup>9</sup>. Le fonctionnement adaptatif des enfants TDAH étant limité<sup>9</sup>, l'enfant a du mal à adapter son comportement à l'état de fatigue ou de tension du parent. Les enfants TDAH se montrent " intrusifs " socialement et ont des difficultés à résister à la provocation<sup>45</sup>. Les parents se plaignent souvent que l'enfant tente de les " pousser à bout ", ce qui peut entraîner un risque de maltraitance.

L'enfant TDAH se retrouve souvent en situation d'échec, la situation étant parfois aggravée par un trouble des apprentissages. Les parents sont en difficulté durant les devoirs scolaires, d'autant plus si l'enfant s'oppose aux exigences scolaires à force d'échouer<sup>10</sup>. En outre, il s'agit d'un enfant souvent maladroit, qui casse ou perd ses affaires. L'enfant est plus brusque dans ses mouvements et risque de se blesser plus sérieusement ou d'être plus violent dans ses accès éventuels d'agressivité<sup>9</sup>. Tout ceci peut augmenter le stress parental et le risque de conflits. Ces différentes situations d'échecs répétés sont susceptibles d'amener le parent à être plus violent envers l'enfant.

### **Les comorbidités**

Un enfant TDAH sur deux connaît d'importants

troubles du sommeil<sup>17</sup>. Ces troubles englobent une résistance à l'heure du coucher, des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes, des difficultés lors du réveil matinal et des assoupissements durant la journée<sup>17</sup>. Ceci constitue un important facteur de stress pour le parent, qui ne peut " souffler " en soirée et finit par être en conflit avec son enfant du lever au coucher. C'est un facteur de stress pour la vie conjugale des parents de l'enfant TDAH. Rappelons que les parents d'enfants TDAH rapportent souvent un niveau de satisfaction conjugale plus faible<sup>22</sup>. La fréquence plus élevée d'énurésie diurne et nocturne chez l'enfant TDAH<sup>18,46</sup> peut augmenter le risque de conflits parents/enfants, donc de maltraitance envers l'enfant. Ceci est d'autant plus vrai si les parents ignorent que l'énurésie est liée au TDAH de l'enfant, et en viennent à penser que l'enfant " fait exprès ".

40 % des enfants TDAH présentent un TOP<sup>14</sup>. La dépression maternelle, l'existence d'un TDAH chez le parent, la mauvaise qualité des interactions parent/enfant ainsi que l'existence de conflits familiaux sont des facteurs de risque de développer un TOP chez l'enfant TDAH<sup>23</sup>. Or, ces facteurs de risque sont également des facteurs de risque de maltraitance. L'enfant opposant, perturbateur, remettant la faute sur autrui ou contestant chaque ordre risque de provoquer conflits et interactions violentes. Des chiffres élevés de co-occurrence de maltraitance chez l'enfant TDAH et TOP montrent, de façon évidente, l'apparition d'une escalade dans les rapports de force entre parents et enfants TDAH et TOP<sup>39,40</sup>.

Le niveau de qualité de vie psychosociale des enfants TDAH et de leurs parents dépend de la sévérité des symptômes et du nombre de troubles comorbides<sup>47</sup>. Plus l'enfant connaît de déficits associés, plus le risque de maltraitance pourrait donc être élevé. La maltraitance survient surtout lors de la combinaison de plusieurs facteurs de risque<sup>33</sup>. Un enfant TDAH qui présente de multiples déficits associés risque de confronter le parent à de multiples exigences et de perturber la qualité de vie de toute la famille.

### **Le " burn-out " parental**

Les parents d'enfants TDAH sont particulièrement soumis au stress<sup>22,23</sup> et donc au risque de " burn-out " et de dépression. Non seulement l'enfant est plus agité, plus bruyant, respecte moins les consignes, n'écoute pas lorsqu'on lui parle, mais il nécessite une supervision quasi constante. Les parents sont plus sollicités au niveau de la prise en charge scolaire et se retrouvent parfois à devoir conduire l'enfant en logopédie ou chez un thérapeute plusieurs fois par semaine. De même, l'enfant se blesse plus souvent et plus gravement, ce qui accroît encore la charge de soins du parent<sup>9,11,12,48</sup>.

Le stress des parents se retrouve, aussi, dans leurs interactions avec l'entourage scolaire de l'enfant et dans leurs relations familiales et sociales. Le TDAH est très stigmatisé au sein de notre société, peu

reconnu comme trouble neurodéveloppemental et fait l'objet de nombreux débats dans les médias<sup>9</sup>. Ces parents sont culpabilisés à tort par leur entourage et rapportent parfois un sentiment d'incompréhension et de solitude face au comportement de leur enfant<sup>9</sup>. Ils se sentent jugés par rapport à leurs méthodes éducatives et leur choix de traiter leur enfant par médication. Ce facteur de stress est important, les parents de l'enfant TDAH rapportant leur crainte de parler du trouble de leur enfant et de s'entendre répondre qu'ils devraient être " plus sévères ", qu'ils " manquent d'autorité " ou devraient administrer une correction physique à l'enfant. Si cette " pression sociale " pousse certains parents à se montrer plus attentifs aux besoins de leur enfant, elle risque de faire basculer certains parents vers la violence physique.

## Synthèse

En reprenant les différents facteurs de risque de maltraitance dans la population générale, il est patent que le TDAH cumule plusieurs facteurs :

- *La présence d'un handicap* - et le TDAH peut être considéré comme tel -, plus encore s'il y a une comorbidité présente.
- *L'impulsivité du parent* lui-même<sup>24</sup>.
- *L'isolement social*, couramment dénoncé par les parents d'enfant TDAH<sup>9</sup>.
- *Le niveau socio-économique* : les soins à apporter à l'enfant peuvent grever le budget familial. Ceci peut devenir une source de reproches envers l'enfant, surtout lorsque les troubles sont persistants et sévères.
- *L'existence de pathologies mentales chez le parent* : il existe un risque accru de dépression chez les mères d'enfants TDAH<sup>22</sup>. Le TDAH chez un des parents est également plus fréquent<sup>24</sup> et concernerait 20 % des enfants TDAH<sup>8</sup>. Or, l'adulte TDAH présente un niveau scolaire plus bas et change plus souvent d'emploi, a de moins bonnes relations sociales et une plus grande instabilité émotionnelle<sup>24</sup>. Il présente plus de troubles psychiatriques comorbides<sup>8</sup>.
- *L'alcoolisme ou la toxicomanie du parent* : certaines familles d'enfants TDAH présentent ce facteur de risque, le TDAH chez l'adulte étant associé à un risque accru d'abus de substance<sup>8</sup>.
- *Les attentes peu réalistes* par rapport au niveau de développement de son enfant s'observent fréquemment chez les parents d'enfant TDAH, par manque de connaissance du trouble.

Par conséquent, il nous semble que le taux de maltraitance accru retrouvé chez les enfants TDAH peut s'expliquer.

## PREVENTION ET DEPISTAGE DE LA MALTRAITANCE CHEZ L'ENFANT TDAH

### Prévention

Les praticiens se doivent d'être attentifs au risque de maltraitance chez l'enfant TDAH, afin de s'en

prémunir, par exemple par des conseils éducatifs auprès des parents sur la prévention des accidents et la nécessité de supervision de ces enfants<sup>38</sup>.

L'identification des facteurs de risque de maltraitance et l'évaluation des stratégies éducatives des parents afin de les soutenir et de les guider sont les deux principales pistes de prévention<sup>28,36</sup>.

### L'anamnèse

La prévention de la maltraitance chez l'enfant TDAH peut être initiée, dès le tout premier entretien avec la famille et l'enfant, par une anamnèse complète du développement de l'enfant. Cette dernière devrait être réalisée en présence des deux parents et de l'enfant afin de bien identifier les perceptions de chacun.

Cette anamnèse investigate les antécédents obstétricaux et médicaux. Ceux-ci permettent parfois de mettre en évidence différents facteurs de risque environnementaux ayant pu jouer un rôle dans l'étiologie du TDAH de l'enfant. Il est nécessaire d'expliquer aux parents l'impact de ces facteurs de risque pour faciliter la compréhension du trouble de l'enfant, et ainsi, une meilleure tolérance face à ses difficultés. Cette anamnèse établit un diagnostic différentiel précis et décèle les troubles comorbides nécessitant une prise en charge adaptée. Dès la première consultation, il peut apparaître que l'enfant présente une énurésie non traitée, des symptômes de TOP ou d'importants troubles du sommeil.

Cette anamnèse fouillée des difficultés de l'enfant permet de mettre en évidence différents facteurs de risque de maltraitance. Elle nous renseigne sur les méthodes éducatives des parents, leur niveau d'anxiété et leurs réactions face aux différents problèmes de l'enfant. Un génogramme est indispensable afin d'identifier les antécédents médicaux et psychiatriques familiaux, mettre à jour les éventuels conflits familiaux et révéler l'histoire familiale des parents.

Lors de la première demande de soins, il faut résumer avec les parents les symptômes qu'ils estiment être les plus invalidants pour leur enfant et leur vie familiale. Ceci établit une alliance thérapeutique et indique les priorités des parents pour le suivi. Il est essentiel que les parents soient reconnus dans leur souffrance, afin qu'ils puissent avouer leurs difficultés à affronter la maladie de leur enfant sans crainte d'être jugés. Il convient de préciser aux parents que l'amélioration du comportement de leur enfant prendra du temps.

### L'information

Un moyen efficace de prévenir la maltraitance chez l'enfant TDAH est d'informer correctement les parents sur le trouble de leur enfant. Ce travail de psychoéducation est indispensable tout au long du suivi de l'enfant.



Lorsque le diagnostic de TDAH est établi, il convient de l'expliquer aux deux parents et à l'enfant, ainsi qu'à la famille et aux enseignants, si les parents ne s'en sentent pas capables. Les déficits associés de ce trouble et les éventuelles comorbidités associées sont commentés. Les hypothèses étiologiques du TDAH sont énoncées aux parents, afin qu'ils puissent comprendre la nature neurobiologique, invalidante et persistante du trouble de leur enfant. Il s'agit là d'informations essentielles pour déculpabiliser le parent autant que l'enfant d'une responsabilité " éducative " dans la survenue du trouble. Tout parent doit avoir conscience que le trouble provient de modifications cérébrales et qu'il n'existe, à ce jour, aucun traitement curatif. Correctement informé, le parent aura moins tendance à utiliser des méthodes punitives inadaptées envers l'enfant. Les méthodes éducatives et les punitions utilisées doivent, d'ailleurs, être constamment réévaluées et discutées avec les parents.

### *La médication*

L'étape de psychoéducation accomplie, il sera plus aisé pour le parent de comprendre la nécessité d'une médication et de l'accepter. Le traitement médicamenteux de première ligne du TDAH est le méthylphénidate<sup>8,19,20</sup> (Rilatine®, Rilatine MR®, Concerta®) qui a souvent mauvaise presse auprès des parents. Une information correcte est donc indispensable, et expliquer le mécanisme d'action du médicament est souvent bénéfique. En cas d'effets secondaires, de tics ou de trouble anxieux associé, le traitement recommandé sera l'atomoxétine (Strattera®) dont le mode d'action et la pharmacocinétique sont tout à fait différents<sup>8</sup>. Prendre du temps avant la prescription du traitement est donc essentiel. Le parent doit pouvoir réfléchir aux différentes implications du traitement médicamenteux. Un parent bien informé du coût et des différents effets secondaires potentiels de la médication sera plus à même de les tolérer.

Avant de prescrire un traitement médicamenteux, il est indispensable d'obtenir l'assentiment des deux parents quand bien même ils sont séparés et l'adhésion de l'enfant au traitement, ceci afin de réduire le risque de conflits lors de la prise du traitement. L'enfant doit comprendre en quoi la médication peut l'aider dans la réduction des symptômes cardinaux du TDAH. A nouveau, on expliquera aux parents et aux différents intervenants quel est l'effet attendu du traitement. Même médiqués, les enfants TDAH se blessent plus gravement et plus fréquemment<sup>11</sup>. Les parents doivent donc être prévenus que le traitement médicamenteux ne réduira pas tous les risques d'accidents, et que leur enfant restera un enfant impulsif avec une moindre capacité de planification. La supervision de l'enfant est indispensable. Certains parents semblent peu conscients que la médication ne va pas " donner envie " à leur enfant de se mettre au travail, ou l'empêcher de faire des crises de colère, ce qui augmente leur incompréhension face aux difficultés de l'enfant. Si c'est le cas, le parent risque d'abandonner le traitement

médicamenteux ou de rendre l'enfant responsable des symptômes résiduels et de le punir ou le maltraiter. La survenue éventuelle d'effets " rebond " est parfois pénible à supporter pour les parents et l'enfant. Le type de médication proposé doit donc être constamment réévalué.

Au vu du coût important de certaines médications à longue durée d'action (Concerta®, Strattera®), les possibilités financières des parents doivent aussi être prises en compte.

### *Les cibles thérapeutiques*

Au cours du suivi, il faudra réévaluer la nécessité d'une prise en charge individuelle pour l'enfant, notamment en cas de comorbidité avec un trouble oppositionnel, ou en présence de symptômes anxieux ou dépressifs. Il s'agira d'estimer dans quelle mesure les parents ont besoin d'aide spécifique au niveau éducatif, par exemple de programmes d'entraînement aux habiletés parentales afin de répondre plus adéquatement au comportement de leur enfant. L'association d'une thérapie comportementale à la médication de l'enfant permet une meilleure adaptation et un meilleur niveau de satisfaction des parents face au TDAH de leur enfant<sup>19</sup>. Il est donc important de laisser une place à des entretiens avec les parents seuls, afin d'estimer leurs capacités à répondre de façon adéquate aux différents problèmes rencontrés avec leur enfant.

### *L'entourage*

Un point essentiel en termes de prévention de maltraitance chez l'enfant TDAH est l'évaluation de la présence d'un TDAH ou d'un autre trouble psychiatrique chez le parent. Cette évaluation peut conduire à proposer une aide individuelle au parent. Un parent TDAH non diagnostiqué risque d'être plus impulsif envers son enfant et plus inconstant dans ses réponses envers l'enfant. Les adultes TDAH sont plus instables émotionnellement et ont un risque accru d'abus de substance<sup>8</sup>. Si le TDAH du parent n'est pas pris en compte, il risque d'y avoir interférence dans le traitement de l'enfant. Ainsi, les parents TDAH ont plus de difficultés à suivre les stratégies d'entraînement parental mises en place pour réduire les troubles du comportement de leur enfant<sup>8</sup>. Le parent TDAH est parfois plus intolérant à l'égard des symptômes présentés par son enfant, parce qu'il reconnaît chez celui-ci ses propres difficultés et veut les " corriger ".

La prévention de la maltraitance chez l'enfant TDAH devrait se faire en collaboration avec l'entourage de l'enfant. Un échange avec les enseignants permet d'être tenu au courant de l'évolution de l'enfant par d'autres personnes que les parents. Des entretiens familiaux ou avec la fratrie sont nécessaires afin de réduire les interactions conflictuelles entre parents et enfants.

La maltraitance est mal identifiée par les professionnels et peu rapportée aux services de protection de l'enfance<sup>25,29</sup>, ceci étant d'autant plus vrai en cas de handicap<sup>26,36</sup>. Le cas de l'enfant TDAH est particulier dans le sens où les professionnels risquent de confondre les signes de maltraitance chez cet enfant plus agité et imprudent avec une blessure accidentelle. Au vu de la fréquence plus élevée de blessures et d'accidents chez ces enfants<sup>11,48</sup>, le praticien pourrait moins rapidement émettre l'hypothèse de maltraitance que pour un autre enfant.

L'enfant lui-même rapportera sans doute moins facilement les faits de maltraitance, considérant comme " normal " de s'être fait frapper après un conflit. L'enfant TDAH a l'habitude d'entendre qu'il n'agit pas " comme il faut "9.

Différents signaux peuvent nous alerter et nous faire suspecter un acte de maltraitance<sup>28,33</sup> :

1. *La nature de la blessure* : les manifestations les plus fréquentes d'abus sont les ecchymoses. Elles sont plus suspectes si elles surviennent sur les fesses, le visage, les zones génitales, si elles portent la trace d'une empreinte, si elles sont disséminées et de dates différentes. Les empoisonnements, les marques pouvant provenir d'une maîtrise physique de l'enfant, certains types de brûlures ainsi que certains types de fractures sont très suspects. Impétigo et brûlures de cigarette se confondent aisément.
2. *L'existence d'un délai non explicable* entre la survenue d'une blessure/maladie et les soins apportés à l'enfant.
3. *Le manque d'explications* ou une *histoire incohérente ou changeante* concernant la survenue de la blessure ou de la maladie de l'enfant.
4. *Le défaut de soins manifeste* envers l'enfant : retard de croissance, retard de développement en l'absence d'une affection médicale spécifique, obésité sévère non traitée, maladie ignorée, absence de vaccinations, manque d'hygiène, absence de soins dentaires, tenue vestimentaire non adaptée, visites répétées aux urgences de l'enfant ou de sa fratrie.

En outre, chez l'enfant TDAH, la réapparition de symptômes d'inattention/d'hyperactivité après une période de rémission sous médication peut être le signe d'actes de maltraitance. En effet, s'il est courant de devoir réajuster la posologie de la médication parce que l'enfant grandit, les médicaments du TDAH ne créent pas d'accoutumance ni de tolérance. Dès lors, il n'y a aucune raison que la médication " ne fonctionne plus " après avoir démontré son efficacité.

Un autre signe de maltraitance peut être une chute des résultats scolaires ou une stagnation dans les apprentissages chez un enfant TDAH dont les symptômes seraient contrôlés. En effet, la maltraitance a un impact négatif sur les performances scolaires des

enfants présentant un handicap<sup>35</sup>.

De même, l'enfant déclenchant au cours du suivi un trouble oppositionnel, une énurésie, un trouble du sommeil ou des symptômes dépressifs doit alerter la vigilance du clinicien. Ces comorbidités sont fréquentes dans le TDAH mais aussi dans la maltraitance. Il est donc indispensable de voir l'enfant seul régulièrement, et de l'interroger sur son vécu.

Enfin, le parent lui-même doit être interrogé régulièrement sur les pratiques éducatives qu'il met en place face au comportement de l'enfant. Dans notre pratique, nous avons constaté que ce sont les parents eux-mêmes qui avouent, les premiers, être maltraitants envers leur enfant. Consacrer un temps aux parents seuls afin d'évaluer les perceptions qu'ils ont de leur enfant et de son évolution nous semble essentiel. Ces entretiens parentaux permettent au parent d'avouer avoir été violents envers l'enfant.

Enfin, au sein de notre pratique, certains signes nous ont semblé être des indicateurs de phénomènes de violence envers l'enfant : 1) lorsqu'un des deux parents refuse de s'impliquer dans le suivi de l'enfant (père systématiquement absent lors des entretiens, parents divorcés dont un des deux refuse le suivi, etc.) ; 2) des changements répétés d'intervenants au cours du suivi (un " shopping médical " ) ; 3) des annulations répétées et non justifiées de rendez-vous ; 4) l'auto-médication par le parent, qu'il s'agisse de traiter les troubles du sommeil de l'enfant ou de changer de traitement par l'intermédiaire d'un autre médecin ; 5) une incohérence dans l'évolution de l'enfant, que cette incohérence soit temporelle (parent qui change totalement d'avis d'une consultation à l'autre sur la nature ou l'intensité des symptômes présentés par l'enfant) ou individuelle (par exemple quand l'école estime que l'enfant a fortement progressé alors que le parent ne constate aucune amélioration et inversement).

## CONCLUSION

Le TDAH est un des premiers motifs de consultation en pédopsychiatrie. Ce trouble touche 5 % des enfants en âge scolaire. Le praticien doit se rappeler qu'un enfant sur 30 est victime de maltraitance. Malgré le fait que le parent consulte souvent de son plein gré, le diagnostic de TDAH n'empêche pas que l'enfant soit victime de maltraitance à un moment du suivi. Au vu de la littérature, l'enfant TDAH est à risque plus élevé d'être maltraité. La maltraitance est de manière générale mal reconnue par les professionnels, sa non-détection est d'autant plus plausible face à un enfant réputé " difficile " et " maladroit ". Pourtant, non détectée, la maltraitance chez l'enfant TDAH risque d'aggraver les difficultés de l'enfant et son pronostic. Cette maltraitance peut découler de la nature même des symptômes présentés par l'enfant, mais elle peut provenir également d'une mauvaise détection du TDAH chez le parent et d'un suivi irrégulier, basé seulement sur un traitement médicamenteux.

Un travail de prévention et de dépistage de cette maltraitance doit faire partie des priorités du pédopsychiatre face à un enfant TDAH. De par la prescription de la médication à l'enfant, le pédopsychiatre occupe une place qui lui permet d'évaluer tout à la fois les stratégies éducatives utilisées par les parents, de les conseiller, de prévenir la maltraitance, de la dépister mais également de référer la famille vers une psychothérapie individuelle ou familiale.

Dès que la maltraitance envers l'enfant est détectée, il convient d'en parler au parent et/ou à l'enfant, sans craindre de briser l'alliance thérapeutique. Dans certains cas, il est indispensable d'en parler avec l'enfant afin d'estimer le risque encouru par celui-ci. Lorsque c'est l'enfant qui rapporte des actes de maltraitance en entretien individuel, il faut procéder à un examen physique et référer l'enfant à des services spécialisés afin d'assurer sa protection. Lorsque le parent avoue avoir été violent envers son enfant ou en avoir été témoin, il convient de mesurer avec souplesse le type d'aide à apporter aux parents et à l'enfant.

En conclusion, le suivi pédopsychiatrique de l'enfant TDAH doit : 1) être régulier ; 2) intégrer des interventions familiales et individuelles ; 3) s'adresser aux deux parents autant qu'à l'enfant ; 4) laisser une part importante à la psychoéducation du trouble. La nécessité d'une psychothérapie individuelle, de logopédie, d'entretiens avec une assistante sociale ou d'une thérapie familiale doit être constamment réévaluée au cours du suivi. Ce n'est qu'à ce prix que la prévention de la maltraitance peut s'exercer efficacement chez l'enfant TDAH. Des études évaluant les types de traitement mis en place lors d'un TDAH et les bénéfices de ces traitements sur le risque de maltraitance de l'enfant pourraient, aussi, améliorer nos pratiques.

## BIBLIOGRAPHIE

- Biederman J, Faraone S : Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2005 ; 366 : 237-48
- Sharp SI, McQuillin A, Gurling H : Genetics of attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropharmacology* 2009 ; 57 : 590-600
- Williams NM, Zaharieva I, Martin A *et al.* : Rare chromosomal deletions and duplications in attention-deficit hyperactivity disorder : a genome-wide analysis. *Lancet* 2010 ; 376 : 1401-8
- Steinhausen H-C : The heterogeneity of causes and courses of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2009 ; 120 : 392-9
- Polanczyk G, Silva de Lima M, Lessa Horta B, Biederman J, Rohde L : The worldwide prevalence of ADHD : a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007 ; 164 : 942-8
- Lecendreux M, Konofal E, Faraone S : Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. *J Atten Disord* 2011 ; 15 : 516-24
- Biederman J, Petty CR, Clarke A, Lomedico A, Faraone S : Predictors of persistent ADHD : an 11-year follow-up study. *J Psychiatr Res* 2010 ; 45 : 150-5
- Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A *et al.* : European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD : the European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010 ; 10 : 67
- Wodon I : Déficit de l'attention et hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent. Wavre, Mardaga, 2009
- Barkley RA : Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain Dev* 2003 ; 25 : 77-83
- Bruce B, Kirkland S, Waschbusch D : Relationship between childhood behaviour disorders and unintentional injury events. *Paediatr Child Health* 2007 ; 12 : 749-54
- Ghanizadeh A : Small burns among out-patient children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Burns* 2008 ; 34 : 546-8
- Pliszka SR : Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000 ; 9 : 525-40
- Elia J, Ambrosini P, Berrettini W : ADHD characteristics : I. concurrent co-morbidity patterns in children and adolescents. *Child and Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008 ; 2 : 15
- Ishii T, Takahashi O, Kawamura Y, Ohta T : Comorbidity in attention deficit-hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003 ; 57 : 457-63
- Biederman J : Attention-deficit/hyperactivity disorder : a selective overview. *Biol Psychiatry* 2005 ; 57 : 1215-20
- Konofal E, Lecendreux M, Cortese S : Review article : sleep and ADHD. *Sleep Med* 2010 ; 11 : 652-8
- Baeyens D, Roeyers H, Vande Walle J, Hoebeke P : Behavioural problems and attention-deficit hyperactivity disorder in children with enuresis : a literature review. *Eur J Pediatr* 2005 ; 164 : 665-72
- MTA Cooperative Group : A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 56 : 1073-86
- Findling RL : Evolution of the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children : a review. *Clin Ther* 2008 ; 30 : 942-57
- Alizadeh H, Applequist KF, Coolidge FL : Parental self-confidence, parenting styles and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse & Neglect* 2007 ; 31 : 567-72
- Johnston C, Mash EJ : Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder : review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001 ; 4 : 183
- Deault LC : A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev* 2010 ; 41 : 168-92
- Blondeau C, Rénéric J-P, Martin-Guehl C, Bouvard M : ADHD in adulthood : concept, diagnosis and treatment. *Annales médico-psychologiques* 2009 ; 167 : 234-42
- Euser EM, van Ijzendoorn MH, Prinzie P, Bakermans-Kranenburg MJ : Prevalence of child maltreatment in the Netherlands. *Child Maltreatment* 2010 ; 15 : 5-17
- Hibbard RA, Desch LW and the Committee on Child Abuse and Neglect and Council on Children with Disabilities : Maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics* 2007 ; 119 : 1018-25
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R : Rapport mondial sur la violence et la santé : chapitre 3 : la maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs. Genève, OMS, 2002

28. Violence and injury prevention program. World Health Organization Regional Office for Europe : Preventing child maltreatment in Europe : a public health approach. Policy briefing EUR/07/5063121
29. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M *et al.* : Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4) : Report to Congress. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families
30. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB : Child maltreatment in the United States : prevalence, risk factors and adolescent health consequences. *Pediatrics* 2006 ; 118 : 933-42
31. Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, Hamby SL : Violence, abuse and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics* 2009 ; 124 : 1411-23
32. Mersky JP, Berger LM, Reynolds AJ, Gromoske AN : Risk factors for child and adolescent maltreatment. A longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child Maltreatment* 2009 ; 14 : 73-88
33. Dubowitz H, Bennett S : Physical abuse and neglect of children. *Lancet* 2007 ; 369 : 1891-9
34. Mottron L : L'autisme : une autre intelligence. Sprimont, Mardaga, 2006
35. Sullivan PM, Knutson JF : Maltreatment and disabilities : a population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect* 2000 ; 24 : 1257-73
36. Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children with Disabilities. Assessment of maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics* 2001 ; 108 : 508-12
37. Spencer N, Devereux E, Wallace A *et al.* : Disabling conditions and registration for child abuse and neglect : a population-based study. *Pediatrics* 2005 ; 116 : 609-13
38. Ouyang L, Fang X, Mercy J, Perou R, Grosse SD : Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment : a population-based study. *J Pediatr* 2008 ; 153 : 851-6
39. Ford JD, Racusin R, Ellis CG *et al.* : Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and Attention Deficit Hyperactivity Disorders. *Child Maltreatment* 2000 ; 5 : 205-17
40. Briscoe-Smith MA, Hinshaw SP : Linkages between child abuse and ADHD in girls : behavioral and social correlates. *Child Abuse & Neglect* 2006 ; 30 : 1239-55
41. De Sanctis VA, Trampush JW, Harty SC *et al.* : Childhood maltreatment and conduct disorder : independent predictors of adolescent substance use disorders in youth with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008 ; 37 : 785-93
42. Nijmeijer JS, Minderaa RB, Buitelaar JK, Mulligan A, Hartman CA, Hoekstra PJ : Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clin Psychol Rev* 2008 ; 28 : 692-708
43. Van der Oord S, Van der Meulen EM, Prins PJM, Oosterlaan J, Buitelaar JK, Emmelkamp PMG : A psychometric evaluation of the social skills rating system in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Behav Res Ther* 2005 ; 43 : 733-46
44. Hoza B, Mrug S, Gerdes AC *et al.* : What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder ? *J Consult Clin Psychol* 2005 ; 73 : 411-23
45. Frankel F, Feinberg D : Social problems associated with ADHD vs ODD in children referred for friendship problems. *Child Psychiatry Hum Dev* 2002 ; 33 : 125-46
46. Shreeram S, He J-P, Kalaydjian A, Brothers S, Merikangas KR : Prevalence of enuresis and its association with attention-deficit/hyperactivity disorder among U.S. children : results from a nationally representative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009 ; 48 : 35-41
47. Klassen AF, Miller A, Fine S : Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of ADHD. *Pediatrics* 2004 ; 114 : 541-7
48. Di Scala C, Lescossier I, Barthel M, Li G : Injuries to children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics* 1998 ; 102 : 1415-21

**Correspondance et tirés à part :**

F. PRAYEZ  
 Centre Psy-Pluriel  
 Avenue Jacques Pastur 47A  
 1180 Bruxelles  
 E-mail : fprayez@gmail.com

Travail reçu le 16 mai 2011 ; accepté dans sa version définitive le 22 septembre 2011.