

Compétence et incompétence à la conduite en sécurité (UE 2)

Dr Lucien NICOLAY

Univ. de Lorraine (Fac. Connaissance de l'Homme à Nancy):
**Evaluation des Aptitudes Psychologiques pour la Sécurité
dans les Transports Terrestres (Diplôme d'Université)**

**Compétence et incompétence à
la conduite en sécurité (suite)**

**Dysrégulation
émotionnelle et
behaviorale et sécurité
routière**

2ième partie (A & B)

UE2 / DUEVAPST

Contenu de la deuxième partie A:

- 0 Psychopathologie du conducteur?
- 1 Comorbidités au volant; positionnement psychopathologique
- 2 Définitions et relations: Impulsivité et dysrégulation émotionnelle
- 3 Trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité

Conc.: sources/références cfr. Nicolay 2012; présentation complétée par des articles en langue française

o Psychopathologie du conducteur?

Au dernier siècle, la conduite automobile fut déjà bien perçue comme activité complexe, requérant un minimum d'habiletés, et les accidents furent interprétés comme une défaillance des capacités perceptuelles (p.ex. acuité visuelle), psychomotrices (p.ex. coordination, temps de réaction), cognitives (p.ex. estimation des distances, attention, intelligence); on négligeait cependant les émotions ou la régulation affective.

Que très rarement, les accidents, infractions ou erreurs de conduite n'ont pu être attribués à une inclinaison psychologique, à un type de personnalité ou à un groupe psychopathologique sur la base de recherches scientifiques. Cependant, il existent des constellations psychopathologiques qui augmentent de façon significative le risque de commettre des erreurs de conduite et des infractions ou de causer des accidents.

En France fut publiée en 1968 une classification psychiatrique de l'INSERM, comprenant 20 catégories diagnostiques avec des taxinomies pour les états anxieux (LICET A), les dépressions (LICET D), les personnalités pathologiques (LICET P), Les psychoses non affectives comme la schizophrénie, les délires chroniques et les psychoses délirantes aiguës (LICET S) et à la fin, les troubles mentaux organiques (LICET O).

Vingt plus tôt, l'OMS avait déjà publiée la première classification internationale des maladies mentales, CIM (1948); actuellement nous sommes toujours à la 10ième version, publiée en 1992 et la 11ième version est attendue pour 2015.

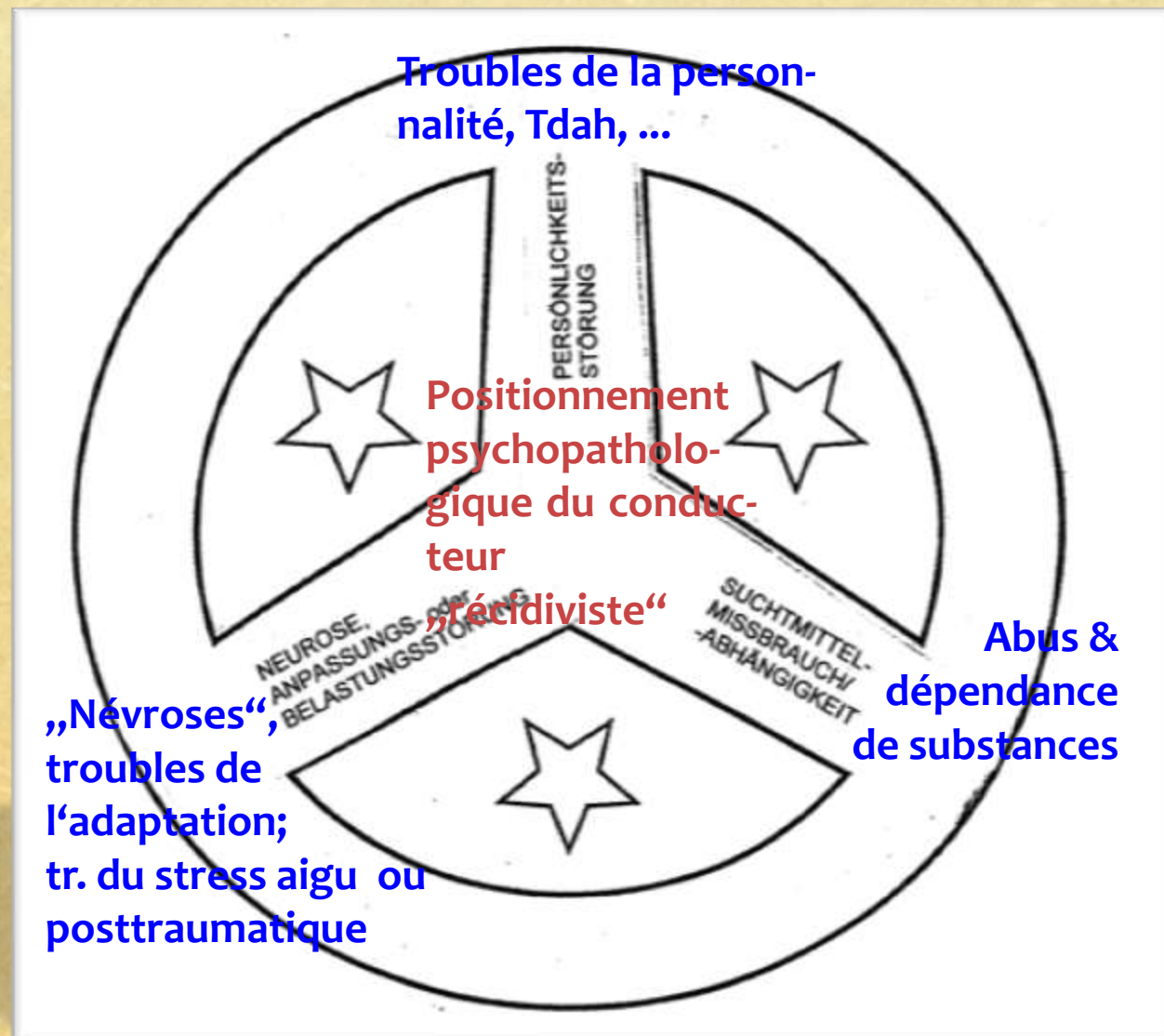
Au printemps de cette année (2013), l'APA (American Psychiatric Association) a publié la 5ième version de leur Manuel diagnostique et statistique, le DSM 5, dont les changements vis-à-vis des versions précédentes furent beaucoup discutés. (La première version datait de 1952.)

Je vais présenter les critères diagnostiques „objectifs“ et „précis“ d’une sélection de troubles psychiques qui sont susceptibles d’entraver gravement les comportements sécuritaires des conducteurs qui en sont atteints. Le choix du langage descriptif clinique se fait selon la version DSM IV-TR ou DSM 5 (traduction non validée en français) .

Dans la pratique quotidienne du psychologue clinicien de la circulation, il s’est avéré utile et suffisant, de situer (virtuellement) les conducteurs ou infractionnistes récidivistes en relation à trois dimensions psychopathologiques (voir schéma ci-après) afin de pouvoir poser l’indication pour un traitement ou avancer un pronostic.

Dans le processus qui a mené à l’infraction ou à l’accident chez ces sujets, la dysrégulation émotionnelle et comportementale (impulsivité) ont joué un rôle primordial!

1 Comorbidités au volant (Nicolay & Höcher, 2000, 2010)



2 Définitions & relations:

Impulsivité & (dys-)régulation des émotions

IMPULSIVITE

Selon la Société internationale pour la Recherche sur l'Impulsivité (ISR): En comparaison avec d'autres personnes ayant les mêmes connaissances et les mêmes aptitudes, l'impulsivité d'un individu se distingue par une conduite humaine manifestant la tendance d'agir sans avoir prémédité resp. assez anticipé les conséquences ou par une prédisposition à réagir de façon rapide et non-réfléchie face à des stimuli internes ou externes sans envisager les conséquences négatives que pourraient engendrer ces actes. (trad. libre, L.N.) D'autres définitions parlent plutôt de trait de la personnalité qui mène à la forme comportementale décrite.

Whiteside et Lynam (2001) avaient trouvés 4 facettes de l'I.: le manque de persévérance (se concentrer sur et mener à bout une tâche sans être distrait ou sans être perturbé par des intrusions, manque de préméditation ou d'anticipation, la recherche de sensations et l'urgence face aux émotions (ici: impossibilité d'inhiber une réponse dominante ou automatique particulièrement dans des situations émotionnelles positives ou négatives, quitte à le regretter par après). (p.m. Eysenck: Prise de risque, manque de planification mentale, décision rapide)

L'I. est mise en relation avec des formes d'agressivité, d'autoagression en relation avec des états de stress aigus. Certaines formes sont liés au système de la sérotonine, d'autres à celui de la dopamine et la base génétique est généralement admise.

Les chercheurs de Genève (Van der Linden et alii, 2006 ff) ont établis à l'aide de „l'UPPS Impulsive Behavior Scale“ encore d'autres liens, p.ex. entre l'impulsivité et les fonctions exécutives, l'autorégulation, les comportements à risque et/ou antisociaux, les schémas hostiles, les troubles du sommeil et d'autres troubles psychiques.

Selon Stanford (et alii, 2009) l'I. est une notion importante pour bien comprendre le comportement normal (adaptation rapide, urgence positive) et pathologique (maladaptation).

Aujourd'hui, on admet en principe que l'I. est un concept psychologique multifactoriel qui inclut donc des composantes cognitives, émotionnelles, motivationnelles, conatives et des dimensions de personnalité (p.ex. Holmes & Bearden, 2009) et également, que l'I. est présente chez plusieurs psychopathologie comme: troubles dépressifs, bipolaires, THAD, abus de substance, tr. alimentaire/boulimie, tr. explosif intermittent, troubles de personnalité du groupe B, ... L'I. peut varier, changer de facette selon le trouble (cfr. Fossati, 2007):

Trouble bipolaire et recherche d'excitation; TP antisocial et agressivité physique;

TP narcissique et agressivité, traits colériques, irritabilité;

TP état-limite et impulsivité émotionnelle, sans planification;

TDAH et impulsivité motrice, sans planification

Selon Billieux (et alii, 2008), les différentes dimensions de l'impulsivité, mesurée à l'aide de l'UPPS (urgence, manque de persévérance, manque de persévération, et recherche de la sensation) présentent un lien avec divers états psychopathologiques.

Ainsi l'urgence (score élevé) renvoie à la tendance à céder à de fortes impulsions et ce, souvent en présence d'affects négatifs: dépression, anxiété, dépendance alcool, jeu pathologique, boulimie, besoin de fumer du tabac, troubles obsessionnels et compulsifs, dépendance au téléphone portable, et, ce qui nous intéresse particulièrement ici, aux troubles de la personnalité „borderline“, aux déficits d'attention et à l'hyperactivité et aux conduites antisociales.

Le manque de préméditation (score bas) est associé aux comportements antisociaux chez les jeunes adultes, à l'utilisation de stupéfiants, à l'occurrence de conduites sexuelles à risque, au jeu pathologique et à la boulimie.

Le manque de persévérance (score bas), est notamment en lien avec les symptômes du TDAH, le TP „borderline“, l'existence d'obsessions, les conduites antisociales, la tendance à la procrastination ou encore l'utilisation abusive du téléphone portable.

La recherche de sensation (score élevé) est en lien avec diverses conduites à risque pour le plaisir, des comportements antisociaux, la fréquence de jouer de l'argent (p.ex. Poker) ou de consommer de l'alcool.

Van der Linden et alii (2005/06) proposent comme explication pour le haut degré d'urgence une perturbation de la capacité d'inhiber une réponse automatique ou dominante; pour le **manque de persévérance** une perturbation de la capacité de résister à l'interférence proactive ou à inhiber des pensées ou souvenirs non pertinents en mémoire de travail.

Le manque de préméditation est interprété comme dépendant des processus liés aux capacités de prise de décision, c-à-d capacités de prise en compte des conséquences positives ou négatives d'une décision.

La recherche de sensation serait le reflet d'une hypersensibilité aux renforcements positifs (dépendance à la récompense).

Ainsi les trois premiers „traits“ sont sous-tendus par des processus d'autocontrôle tandis que le dernier (RS) est plutôt lié au versant motivationnel.

(DYS-)REGULATION EMOTIONNELLE

p.m. : Fonctions des émotions:

- ♦ Communiquer aux autres des infos sur nous-mêmes et l'environnement (mode non-/para-verbal)
- ♦ Signaler à l'organisme, que ses motifs, besoins, souhaits, attentes et normes sont ou ne sont pas satisfaits
- ♦ Contribuer à l'identité d'une personne à travers la recherche de contextes situatifs et sociaux afin d'éprouver des émotions
- ♦ Synchroniser à court terme les processus physiologiques et cognitifs (p.ex. blocage de la digestion en cas de panique, ou bien: le small-talk est interrompu)
- ♦ Energétisation des tendances à l'action (Fuite, attaque, comportement dominant ou d'humilité etc. afin de garantir la survie sociale)

(DYS-)REGULATION EMOTIONNELLE

On entend par RE les processus qui permet aux êtres humains d'influencer quelles émotions ils produisent à quels moments (quand), et sous quelles formes ils les ressentent ou les expriment.

La régulation émotionnelle peut être automatique ou contrôlée, consciente ou inconsciente et sert à réduire, accroître ou maintenir plusieurs composantes d'une réponse émotionnelle.

Les stratégies de RE mises en place influencent la dynamique émotionnelle, la latence, le moment d'émergence, sa magnitude, sa durée ainsi que le processus en jeu dans le domaine des réponses comportementales, expérientielles ou physiologiques en fonction du but de l'individu. (selon Gross & Thompson, 2009)

On parle de dysrégulation émot. (DE) lorsque les émotions s'expriment de façon explosive, lorsqu'elles sont inhibées et trop contrôlées, lorsque la personne tend à fuir les situations qui provoquent l'émotion, lorsqu'elles deviennent un état affectif permanent et pénible (dépression).

On distingue des stratégies anticipatrices (éviter, rechercher, modifier la situation, centrer l'attention sur des aspects moins pénibles, réévaluer la situation) et des stratégies réactives (inhibition du comportement, des symptômes physiologiques, augmenter, atténuer la réaction) qui sont plus ou moins adaptives selon la situation et même à long terme.

On distingue également des stratégies protectives (acceptation, réévaluation, résolution de problèmes) et des stratégies malsaines (ruminant, évitement suppression); les dernières étant en lien avec plus d'états psychopathologiques que les premiers.

Garnefski et alii (2001) ont développé le questionnaire CERQ (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) qui renseigne sur l'utilisation préférentielle de 9 stratégies de REC après un événement de vie négatif/critique.

Les psychopathologies internalisantes font plutôt preuve d'une hyperrégulation d'émotions positives (angoisse => évitement => absence de réaction sociale positive) et d'une hyporégulation d'émotions négatives (p.ex. irritations, colère, rage); les pathologies externalisantes (avec comportement désorganisé, impulsif, hyperactif, agressif, abusif de substances, ...) se réduisent sur la hyporégulation d'émotions négatives.

Les stratégies ER dysfonctionnelles ne réussissent pas à réduire ou terminer les états émotionnels désagréables et à atteindre les buts motivationnels désirés à long ou court terme (ruminant, blâme de soi, autrui, dramatisation) tandis que les stratégies effectives (centration ou réévaluation positive, mise en perspective, centration sur l'action, acceptation) minimisent les suites désagréables d'émotions (négatives) et permettent de réaliser l'objectif et de satisfaire les besoins du sujet.

Hisaire (2010) résume les mécanismes psychologiques sous-tendant la RE, ce qui permet également de comprendre mieux le lien avec les phénomènes psychopathologiques.

Les aspects volontaires (contrôlés) de la RE seraient liés au système attentionnel antérieur* qui est responsable d'opérations de contrôle attentionnelle volontaire (p.ex. désengager son attention d'une source de menace); ce système remplit également différentes fonctions exécutives telles que la mise à jour du contenu de la mise à jour du contenu de la mémoire de travail en fonction de nouvelles entrées, le „shifting“ entre différents traitements ou stimuli, l'inhibition de réponses dominantes ainsi que l'inhibition d'informations non pertinentes internes.

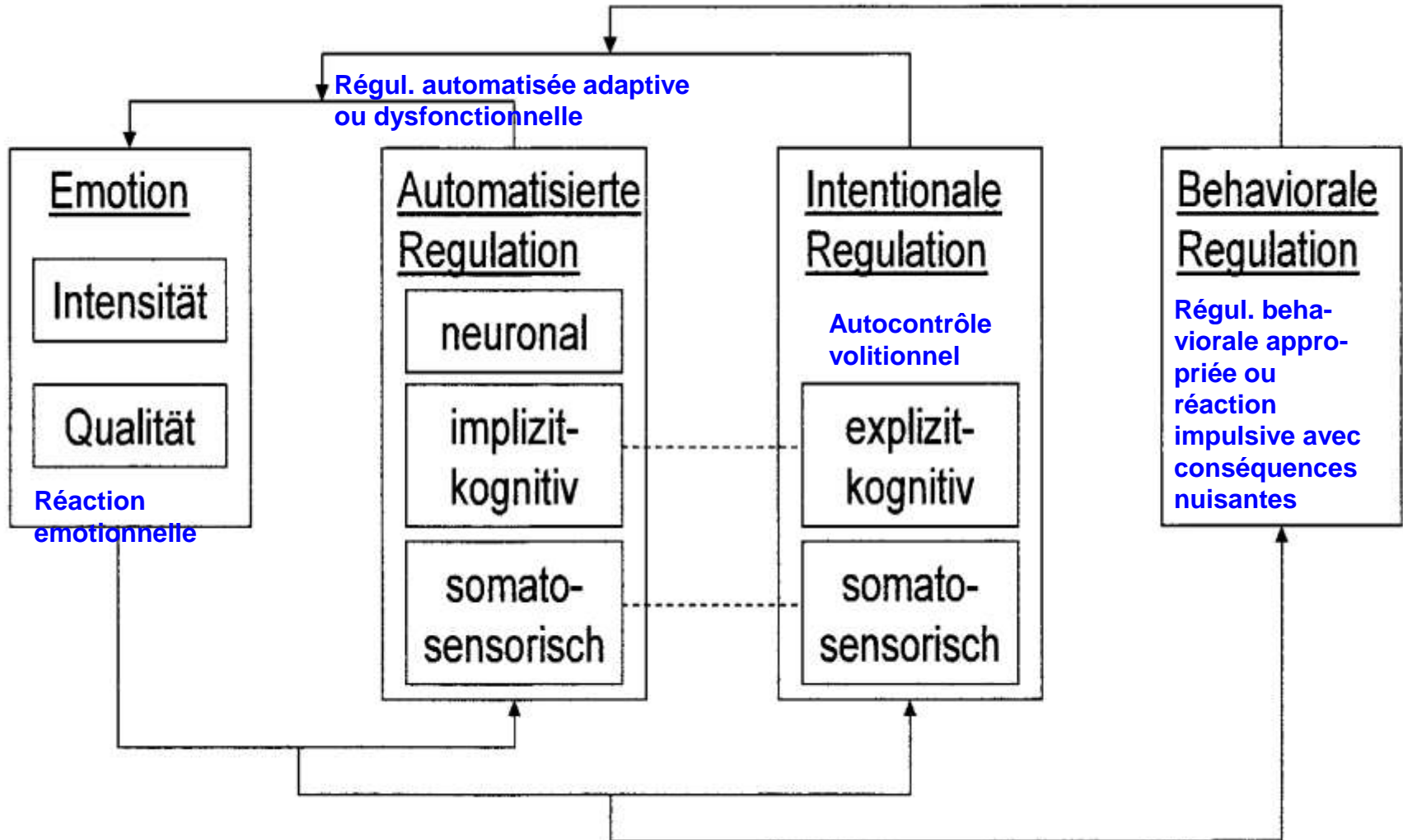
Ex: La rumination chez les personnes dépressives ou dysphoriques diminue p.ex. la capacité des fonctions exécutives; ces ressources manquent alors pour la suppression d'une réponse dominante ou des capacités d'inhibition de matériel à valence négative.

* (N.B.: Les aspects plus réactifs de la RE sont liés au système attentionnel postérieur.)

IMPULSIVITE & DYSREGULATION EMOTIONNELLE sont unis par un lien étroit, surtout au sein du spectre psychopathologique:

Tandisque l'instabilité émotionnelle (colère, angoisse, émotions +↔-) et la labilité émotionnelle (hypersensitivité, hyperréactivité, changement rapide de l'intensité et de la qualité) représentent le versant affectif de certains troubles psychiques (TSPT, TDAH-adulte, TP état-limite, ...), l'impulsivité représente la composante behaviorale dysfonctionnelle, activée par les émotions négatives ou aversives. Elle comprend tous les actes qui mènent à une nuisance pour soi-même, l'environnement et les relations interpersonnelles.

Régulation émotionnelle et behaviorale selon Bohus, 2009



3 TDAH-adulte

3.1 Trouble déficitaire de l'attention & hyperactivité

Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental/neuroévolutif marqué par 3 groupes principaux de symptômes: **inattention, impulsivité et hyperactivité**. La présentation ci-après tient compte à la fois du DSM-IV-TR et du nouveau DSM-5 en ce qui concerne les exemples des critères **pour les adultes** (ce qui manque dans la CIM-10). Une publication officielle en français n'est attendue que pour 2015. Comme alternative diagnostique seront également présentés les critères „UTAH“ selon Wender, spécifiques pour l'âge adulte.

Le TDAH touche entre 5 et 8% des enfants e 4 à 5 % des adultes. Le facteur héréditaire fait en sorte que plusieurs personnes d'une même famille peuvent être atteintes. Le TDAH nuit aux mécanismes d'auto-modulation et le cerveau des personnes atteintes fonctionne différemment.

Le TDAH peut se compliquer d'un trouble des conduites (cfr. CIM-10: „troubles hyperkinétiques“ F 90), souvent accompagné d'un problème de consommation de substances et de traits de personnalité pathologiques. Les TP du groupe B, marqués par l'impulsivité et des difficultés de régulation affective (cfr. Wender-Reimherr), mais également du groupe C de type évitant ou obsessionnel sont fréquents (p.m. „névrosisme“).

Mais surtout: le TDAH augmente le risque d'accidents graves, dont les traumatismes cranio-cérébraux et les accidents de la route (comme piéton et conducteur) de même que les grossesses non planifiées. Les répercussions du TDAH dépassent largement le contexte scolaire et touchent plusieurs sphères de fonctionnement. Le tableau clinique peut varier d'une personne à l'autre.

Réf.: Vincent, Proulx, Lemelin, 2013; Marchant, Reimherr, Robinson, Wender, 2013

3.2 Critères diagnostiques TDAH selon DSM-IV-TR & DSM-5

(source: Sirois, Proulx, Lemelin, 2013)

Chez l'adulte, les symptômes du TDAH doivent être présents depuis l'enfance (avant 12 ans) et avoir persisté sans rémission à l'ado-lescence et à l'âge adulte!

Critère A: Il faut la présence soit de 1 „INATTENTION“) soit de 2 „HYPERACTIVITE-IMPULSIVITE“

A1 INATTENTION

Au moins six des symptômes suivants jusqu'à l'âge de 16 ans, 5 au-delà de 17 ans. Persistance pendant au moins 6 mois à un degré qui est inadapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant.

- (a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- (b) souvent, a du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- (c) souvent, semble ne pas écouter quand on lui parle personnellement
- (d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition ni à une incapacité à comprendre les consignes)
- (e) souvent, a du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- (f) souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecoeur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à domicile)
- (g) souvent, perd les objets nécessaires à son travail ou ses activités (ex.: jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)
- (h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes
- (i) oublis fréquents dans la vie quotidienne

Exemples:

- a) mal lire une question, écrire sans s'autocorriger, ne pas signer un chèque, remettre un travail incomplet
- b) perdre le fil de sa lecture, d'une conversation, d'un cours
- c) avoir l'air distrait, être „dans la lune“
- d) perdre le fil en cours d'exécution, s'éparpiller pendant la tâche, abandonner avant d'avoir terminé
- e) avoir des difficultés à accomplir des tâches séquentielles et à maintenir un système d'organisation, être désordonné et désorganisé, gérer son temps avec difficulté, être en retard
- f) fonctionner à la dernière minute, pour le travail scolaire ou de bureau, pour commencer ou terminer la rédaction de rapports, remplir les formulaires, faire ses comptes ou tout autre type de „paperasse“
- g) perdre ou égarer son matériel scolaire ou ses documents de travail, ses lunettes, ses crayons, son agenda, son téléphone cellulaire, son porte-monnaie, ses clés, ses outils

Exemples (suite):

- h) être facilement distrait par les bruits, les conversations, les stimuli, visuels, les messages électroniques (p.ex. réseaux sociaux, ...); éprouver des difficultés à ne pas s'égarer dans ses propres idées, phénomène touchant particulièrement les adultes
- i) ne pas se rappeler la tâche en cours ou à faire, ne pas rappeler les gens, oublier de faire un achat, de payer les factures à temps ou de se présenter à un rendez-vous

A2 HYPERACTIVITE-IMPULSIVITE

Au moins six des symptômes suivants jusqu'à l'âge de 16 ans, 5 au-delà de 17 ans. Persistance pendant au moins 6 mois à un degré qui est inadapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant.

- (a) souvent, remue les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège
- (b) souvent, se lève en classe ou dans d'autres situations où il est censé rester assis
- (c) souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié; chez les adolescents et les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice

- (d) souvent, a du mal à se tenir tranquille dans les jeux (jeu bruyant) ou les activités de loisir (participation silencieuse)
- (e) souvent, est „sur la brèche“, ou, souvent agit comme s’il était „monté sur des ressorts“
- (f) souvent, parle trop
- (g) souvent, laisse échapper la réponse à une question qui n’est èpas encore entièrement posée
- (h) souvent, a du mal à attendre son tour
- (i) souvent, interrompt les autres et impose sa présence (p.ex. En faisant irruption dans les conversations ou dans les jeux)

Exemples:

- a) pianoter avec ses doigts, tortiller une mèche de cheveux, jouer avec son stylo, remuer les pieds, bouger, se tortiller ou se balancer sur son siège, fredonner
- b) quitter sa place en classe, se lever de son poste de travail
- c) bouger de façon excessive lorsque ce n'est pas approprié: le besoin de courir, de grimper des plus jeunes peut se transformer en grandissant en une sensation d'agitation interne ou de bougeotte inconfortable
- d) a un besoin d'être en action ou a une difficulté à tolérer les activités plus calmes ou passives
- e) présenter un inconfort net en cas d'immobilité prolongée, comme à l'école, au restaurant, au cinéma ou dans une réunion; donner l'impression d'être pressé, agité ou „être difficile à suivre“
- f) parler de façon excessive ou d'un ton qui peut être fort ou dérangentant
- g) répondre avant la fin de la question, compléter les phrases ou couper la parole dans une conversation
- h) être très impatient dans une file ou dans la circulation/le trafic

Exemples:

- i) se mêler aux conversations, s'imposer ou prendre la place des autres dans les jeux ou les activités, utiliser les objets d'autrui sans leur permission
- j) agir ou prendre des décisions sans réfléchir aux conséquences ultérieures, comme traverser la rue sans regarder, parler ou acheter impulsivement, accepter ou quitter impulsivement un emploi (ces comportements impulsifs sous j ne sont pas classés dans les critères)

Critère B: Certains symptômes d'H-I ou d'IA ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans selon DSM-IV ou avant 12 ans selon DSM-5 (ce déplacement du seuil faciliterait le diagnostic rétrospectif de ce trouble neuro-développemental).

Critère C: Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnement (p.ex. école, travail, maison). Il est important de retracer la présence de symptômes dans au moins deux sphères de la vie quotidienne ou encore les relations interpersonnelles avec la famille ou les amis.

Critère D: On doit clairement mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. Les symptômes doivent donc interférer avec le fonctionnement social, scolaire et professionnel.

N.B.: Comme DSM-5 n'utilise plus le format multiaxial, l'axe 5 (éval. globale du fonct.) est remplacé par un indicatif de gravité du TDAH (léger, modéré, grave)

Critère E selon DSM-IV-TR: Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p.ex. T.affectif(thymique, anxieux, dissociatif, de la personnalité).

et selon DSM-5: Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un comportement oppositionnel ou de défiance ou une incapacité à comprendre les directives; mais le TDAH peut coexister avec le diagnostic d'autisme et de déficience intellectuelle.

Le TDAH peut entraîner des difficultés à moduler les émotions, p.ex. seuil plus bas de tolérance à la frustration, irritabilité ou humeur labile! (à différencier: „disruptive mood dysregulation disorder“)

Sous-types (DSM-IV-TR) vs. Tableau clinique actuel (DSM-5):

TDAH, type mixte si à la fois critères A1 et A2 sont remplis pour 6 derniers mois

TDAH, type inattention prédominante si A1 sans A2

TDAH, type hyperactivité-impulsivité dominantes si A2 sans A1

Sous-types remplacés par la notion de **tableau clinique actuel** dans les derniers six mois; ce tableau peut être combiné (inattention plus hyperactivité-impulsivité) ou associé à une prédominance (inattention ou hyperactivité-impulsivité).

Pour les personnes ayant déjà satisfait aux critères, dont les symptômes résiduels entraînent des répercussions fonctionnelles actuelles, mais dont le nombre est inférieur au nombre minimal exigé, le diagnostic est conservé, mais en précisant: TDAH en rémission partielle.

Problèmes concomitants au TDAH adulte: Troubles de la maîtrise des impulsions, troubles de la personnalité (=>60%), T. anxieux (47%), T. de l'humeur (38%), T. du sommeil, toxicomanies 18%, troubles d'apprentissage.

3.3 Critères diagnostiques TDAH selon WENDER-REIMHERR (UTAH)

Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale WRAADDs de 1995;

nouvelle évaluation des qualités psychométriques: Marchant et alii, 2013)

Deux facteurs expliquent 58% de la variance: 1 facteur émotionnel et 1 facteur attention-désorganisation; hyperactivité/agitation-nervosité contenus dans ces deux facteurs chez l'adulte.

TRIAS: Inattention (distraction, abandon, rêverie etc., mais également hyperfocus); **Hyperactivité** (agitation, nervosité etc.); **Impulsivité** (inhibition déficitaire, comportement irréfléchi, impatience etc.) selon critères DSM et CIM récents

PLUS: Désorganisation ou chaos, labilité ou instabilité affective/émotive (DE), contrôle émotionnel ou tempérament chaud (DE), hyperréagibilité émotionnelle ou intolérance au stress (DE)

Dysrégulation émotionnelle (DE) chez les adultes „TDAH“

Recherche (Univ. Bâle par Corbisiero, Mörsstedt, Stieglitz en 2012) à l'aide de l'interview WRI:

- ♦ 2/3 des adultes TDAH remplissent les conditions d'une DE.
- ♦ Bonne fiabilité/fiabilité, validité factorielle, sensibilité des 3 sous-échelles de la **dysrégulation émotionnelle**: instab./labilité affective, tempérament chaud, intolérance au stress. S'y rajoutent 3 items de l'impulsivité.
- ♦ Sur la base de l'analyse des composantes principales, les auteurs de la recherche suggèrent, d'assembler les sous-échelles similaires IMP & TEMP.
- ♦ Ensemble, les items DE expliquent la majorité de la variance; DE prédit de façon significative un TDAH
- ♦ DE est un domaine psychopathologique important à côté du trias classique. Ce concept aide à décrire et saisir les problèmes de la régulation de l'humeur et les interférences émotionnelles présents chez la majorité des adultes avec TDAH.

Troubles de la personnalité chez les adultes atteints du TDAH

Recherche (Utah Univ.: Robinson, Reimherr, Gale, Marchant et alii, 2010):

- ♦ Dans les échantillons cliniques TDAH, 21% des individus remplissent les critères DSM-IV pour au moins 2 Troubles de la personnalité et 23% montrent les traits d'un TP. En principe tous les TP sont représentés, mais ceux du type B et le TP anankastique dominant dans le groupe TP.

Aides au diagnostic complet:

www.caddra.ca (documentation, questionnaires et interviews en français)

www.divacenter.eu (DIVA 2.0; interview en français)

3.4 TDAH et la conduite automobile

(CADDRA document 6c, 2011; Jérôme & Ségal, 2008; Nicolay, 2009-2012)

Les jeunes conducteurs avec un TDAH non traité ou mal traité ont entre 2 et 4 fois plus d'accidents et infractions routières que la population générale et indépendamment de la comorbidité. Le profil des problèmes inclut la rage ou le style agressif au volant. On leur retire plus fréquemment le permis de conduire.

La présence du TDAH et les tr. comorbides de substances magnifient les risques de conduite.

L'immaturité du développement neurologique des fonctions exécutives (trias + DE) combiné avec un manque d'expérience de conduite automobile peut entraîner des problèmes de conduite automobile chez les jeunes en général.

Des médicaments spécifiques comme certains stimulants peuvent réduire le risque auprès des personnes atteints du TDAH, mais ils n'ont qu'une durée d'action limitée dans le temps. Souvent, en soirée ou tôt le matin, les jeunes conduisent sans médication ce qui augmente le risque d'accidents (plus fatigue, plus consommation!?!).

De nombreux conducteurs atteints du TDAH ne présentent aucun risque significatif de problèmes de conduite, en particulier s'ils ont été informés des risques et les gèrent volontairement de façon adéquate: ils n'utilisent pas le cellulaire, ils évitent de conduire le soir ou en fin de semaine ou bien prennent leur médicaments même en soirée s'ils doivent faire un trajet plus important, ils sont absolument abstinent concernant la consommation d'alcool ou de drogues s'ils doivent conduire; ils gardent les deux mains au volant, sauf pour changer de vitesse (boîte manuelle!!!), respectent leur distance de sécurité, évitent toute distraction à l'intérieur de la voiture, évitent les vitesses excessives et contrôlent les émotions derrière le volant.

Questionnaire sur la conduite automobile de Jérôme (JDQ) de 2010 (www.caddra.ca; www.adhddriving.com) en 2 parties:

- ♦ **Antécédants de conduite automobile; partie A, à compléter par le conducteur (= actuariat)**
- ♦ **Questionnaire sur la conduite automobile; partie B, à compléter par un proche, un ami et le conducteur lui-même afin de recueillir les habitudes de conduite au cours du dernier mois. Une croix doit être placée sur une barre horizontale entre deux extrêmes, à chaque fois pour la conduite sur autoroute et pour la conduite en ville. Les items sont: frustration, prise de risque, monter sa colère verbalement ou physiquement aux autres conducteurs, excès de vitesse, anxiété, moments de panique, concentration sur la route, attentif aux changements soudains des conditions routières, facilement distrait par ce qu'il y a de l'extérieur ou par les sons dans la voiture ou sur le côté de la route, anticiper les dangers potentiels en provenance d'autres voitures ou des piétons; différence si passagers ou si seul au volant?**

Suite:
Troubles de la personnalité et
sécurité routière

2ième partie B
UE2 / DUEVAPST