

WEBINAR

Le TDAH de l'enfant et de l'adolescent :

à la croisée des chemins entre pédiatrie
et pédopsychiatrie



Pr Diane Purper Ouakil

*Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent,
Responsable du service de psychiatrie
de l'enfant et de l'adolescent du CHU de
Montpellier-Saint Eloi.*



Pr Yann Mikaeloff

*Professeur en pédiatrie à la Faculté de
médecine Paris-Saclay, Neuropédiatre,
Médiateur santé et Expert judiciaire
auprès de la Cour d'appel de Paris.*



Points clés TDAH



Trouble déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) (1)

Inattention

Impulsivité

Hyperactivité

Scolaire

Familial

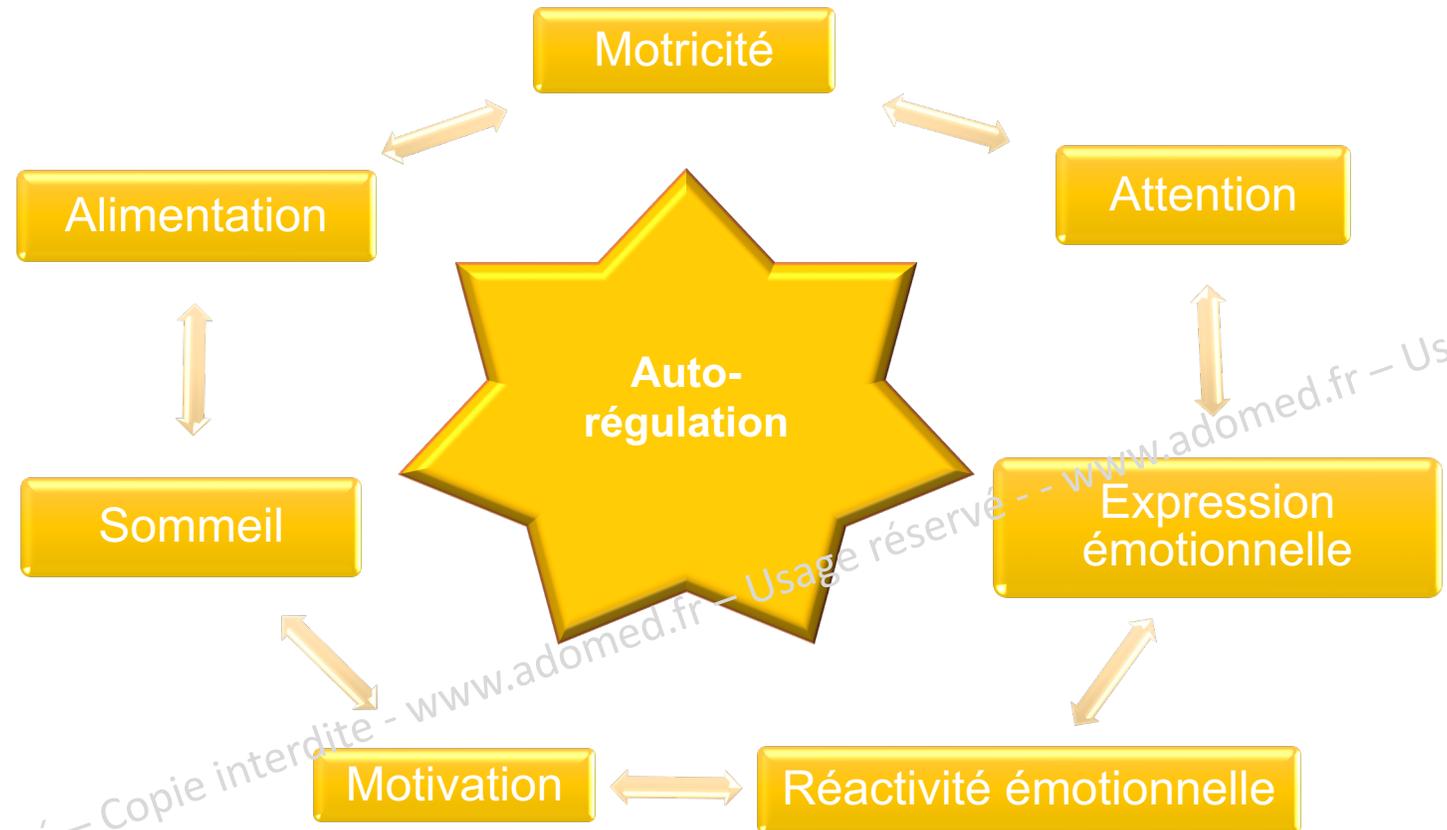
Social

Pour le diagnostic syndromique de TDAH, outre l'identification des symptômes, il est nécessaire de vérifier que ceux-ci sont en décalage avec l'âge développemental, interfèrent avec le fonctionnement dans plusieurs domaines de vie et ne sont pas mieux expliqués par d'autres troubles.

Trouble déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) (2)

« De plus en plus le TDAH est considéré non comme un trouble attentionnel mais comme le dysfonctionnement d'un système multidimensionnel d'auto-régulation. »

J Nigg, Biol Psychiatry 2005



Autres dimensions cliniques associées

Recherche de sensations

Difficultés d'autodétermination

Biais d'auto-évaluation
(persistant chez le jeune adulte)

Difficultés de communication sociale

Fragilité de l'estime de soi

Irritabilité /
dysrégulation émotionnelle

Variations des symptômes avec le contexte

Augmentation	Diminution
Effort/attention soutenue	Supervision / évaluation
Situation monotone	Écrans (console, ordinateur..)
Situation non structurée	Renforcement immédiat
Groupe	Situation duelle
Fatigue	Tâches fractionnées
Avec mère	Avec père

+ variations liées à l'âge, la **comorbidité**, les **événements de vie**...

Expression clinique chez la fille et la femme

- Le sex-ratio H > F du diagnostic clinique de TDAH tend à s'équilibrer à l'âge adulte
- Les filles et femmes avec TDAH ont plus souvent une prédominance d'inattention et des symptômes internalisés
- Le diagnostic de TDAH est souvent plus tardif chez les filles (moins repéré par les cliniciens, comorbidités avec troubles internalisés, masquage/compensation)
- Les difficultés dans les relations intimes et les comportements auto-vulnérants sont fréquemment associées au TDAH chez l'adolescente et la femme
- Les femmes avec TDAH sont exposées à la violence conjugale, aux grossesses précoces ou imprévues.

Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M., & Rosenthal, E. A. (2022). Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 484-496.

Caractéristiques neuropsychologiques fréquemment associées au TDAH

Déficit
d'inhibition

Déficits
exécutifs

Intolérance
au délai de
récompense

Variabilité du
temps de
réaction

- Ces caractéristiques ne sont pas spécifiques du TDAH
- Elles sont sensibles au contexte (état de fatigue, motivation)
- Leurs corrélations avec les symptômes sont inconstantes

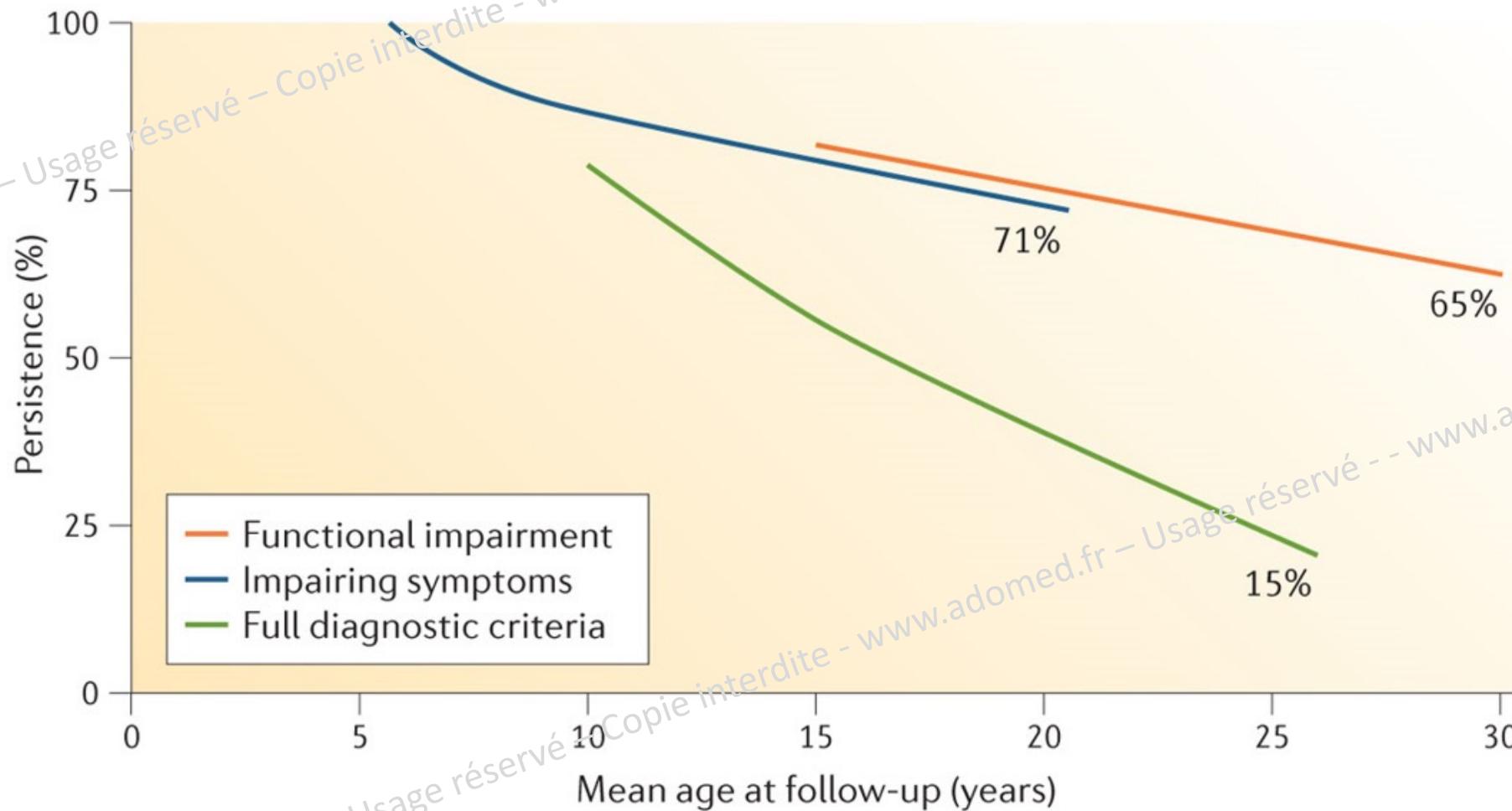
Évolution du TDAH



Évolution des symptômes avec l'âge

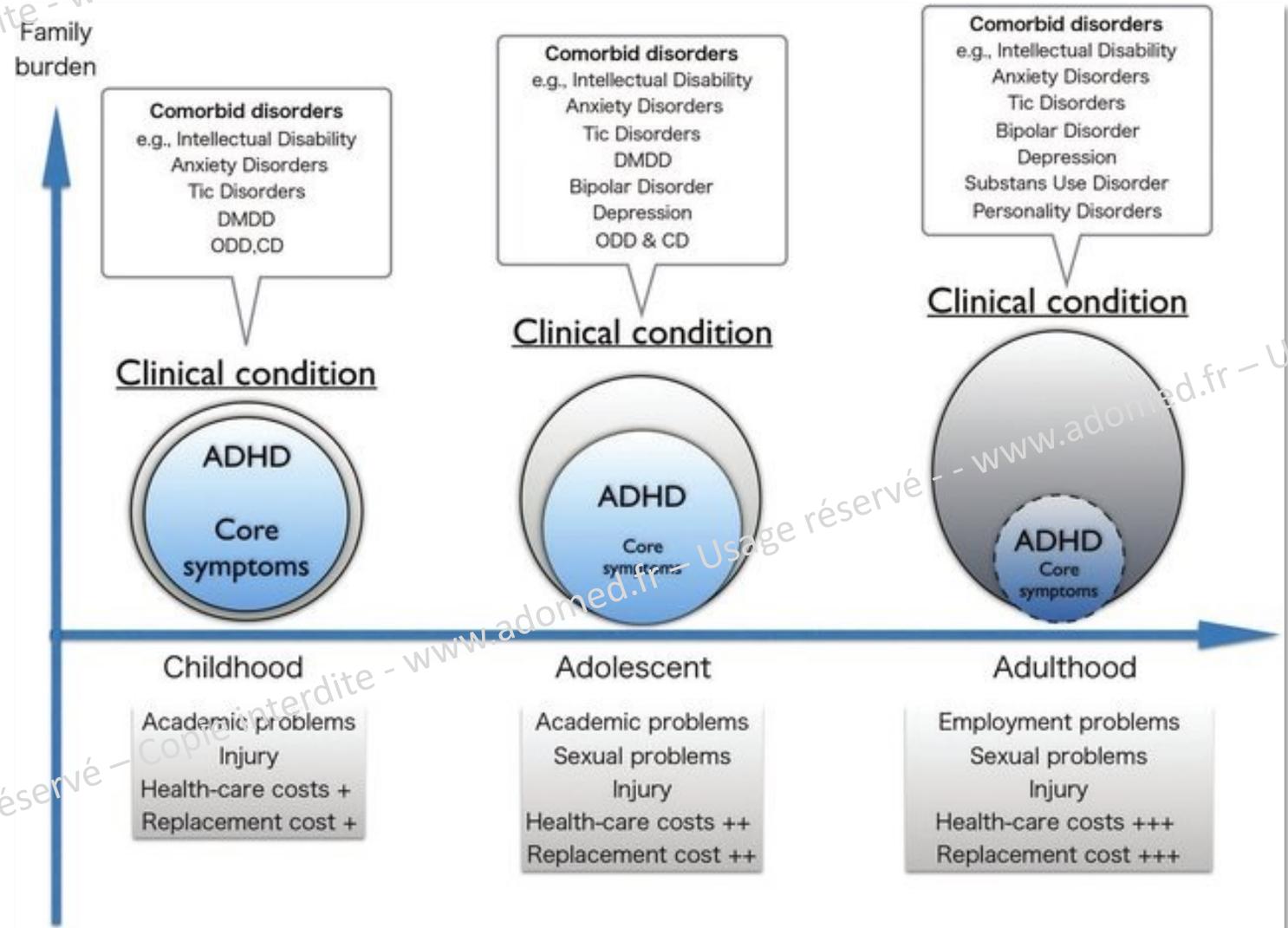


Évolution des symptômes avec l'âge



(Faraone, et al. Nature Reviews Disease Primers 2015)

Conséquences des TDAH sur les enfants et leur famille



Psychiatry and
Clinical Neuroscience

doi:10.1111/pcn.12393
PCN Frontier
Review

Functional consequences of attention-deficit hyperactivity disorder on children and their families

Masahide Usami, MD, PhD*

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine, Chiba, Japan

Compensation et pronostic



Niveaux de compensation différents

- Comportement
- Cognition
- Neurobiologique



Une approche de l'hétérogénéité et des besoins thérapeutiques pertinente en termes **d'intervention adaptée aux besoins développementaux**



Objectif : **améliorer le pronostic à long terme** en optimisant les processus de compensation



Étudier **trajectoires** TDAH persistant vs rémittent

Comorbidités neurodéveloppementales / psychiatriques

Le TDAH est souvent associé à d'autres troubles psychiatriques ou neurodéveloppementaux

Leur présence n'exclut pas le TDAH.

Troubles du neurodéveloppement (tous)

Troubles anxieux/dépressifs/trouble bipolaire

Troubles oppositionnel avec provocation/troubles des conduites

Abus de substances

Troubles du sommeil

Troubles post-traumatiques

Troubles de la personnalité

Conduites à risque, idées et comportements suicidaires

Autres problèmes de santé

Les personnes atteintes de TDAH sont plus à risque d'avoir les maladies suivantes :

- Obésité
- Asthme
- Allergies
- Diabète
- Hypertension artérielle
- Troubles du sommeil / SAOS
- Psoriasis
- Épilepsie
- Infections sexuellement transmissibles
- Anomalies de l'œil
- Troubles immunitaires
- Troubles métaboliques

Diagnostics différentiels

Troubles de
l'adaptation

Dysthyroïdies

Troubles
métaboliques

Trouble bipolaire

Déficits
sensoriels

Comorbidités
ND et
psychiatriques
du TDAH

Bases des programmes parentaux

Modifier la réponse parentale pour changer le comportement de l'enfant

Aider les parents à porter attention aux comportements positifs de l'enfant et lui transmettre des messages clairs

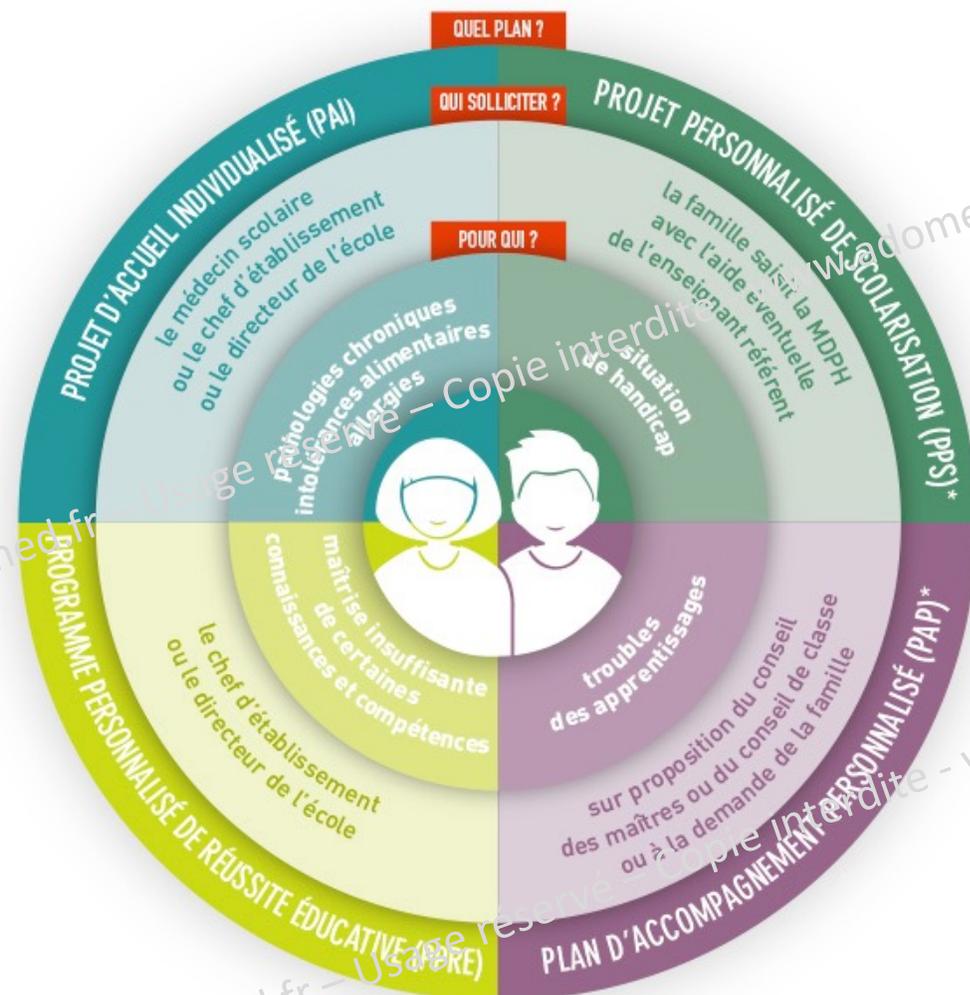
S'appuyer sur

- Le renforcement positif des comportements souhaitables
- Le non renforcement des comportements indésirables

Renforcer les progrès des parents



Aménagements pédagogiques



(* Les élèves "dys", en fonction de leur besoin et du souhait de la famille, peuvent relever soit d'un PAP, soit d'un PPS.

<http://eduscol.education.fr/cid86144/plan-d-accompagnement-personnalise.html>

Données d'efficacité – approches TCC

Formations à la gestion parentale (FGP)

Pas de diminution des symptômes de TDAH dans les études en aveugle mais augmentation des stratégies éducatives positives (0,63), diminution des stratégies négatives (0,43), diminution des troubles du comportement de l'enfant (0,31).

TCC enfant

Peu d'arguments pour une efficacité en modalité principale sur les symptômes cardinaux du TDAH ; possible intérêt dans des programmes combinant habiletés sociales/résolution de problèmes mais souvent combinées à des FGP. Possible intérêt de certains programmes basés sur le développement des compétences exécutives avec implication des parents et enseignants.

Interventions en classe

Basées sur la gestion des contingences ; efficacité probable mais données hétérogènes.

TCC adulte

Score de symptômes (0.43) lorsque la TCC est comparée à un autre type de traitement. Une autre méta-analyse montre également une efficacité modérée sur les symptômes (0,65) et le fonctionnement (0,51).

Données d'efficacité – approches cognitives

Neurofeedback

Effets non significatifs dans les évaluations en aveugle mais hétérogénéité des protocoles nécessitant plus d'études

Entraînement cognitif

Score total de symptômes TDAH (0,20), inattention (0,32), mémoire de travail (0,52-0,47) ; pas d'effet sur hyperactivité/impulsivité ni sur les performances scolaires. Absence de généralisation.

Psychostimulants (ES 0,75-0,9)

Molécule	Formes galéniques	Durée d'effet Doses types	Remarques
Méthylphénidate	Ritaline® LI	3-6 heures 0,3-1 MKJ Dose max AMM France 60 mg/j	Plusieurs prises nécessaires
	Ritaline LP® (10, 20, 30 et 40 mg) Medikinet® (5, 10, 20, 30, 40 mg)	8 heures 0,3-1 MKJ Dose max AMM France 60 mg/j	50% des microgranules contenues dans la gélule sont délivrés immédiatement, 50% le sont 4 heures après la prise
	Quasym® (10, 20, 30 mg)	8 heures 0,3-1 MKJ Dose max AMM France 60 mg/j	30% des microgranules contenues dans la gélule sont délivrés immédiatement, 70% le sont 4 heures après la prise
	Concerta® (18, 36, 52 mg)	12 heures Dose max FDA 72 mg	Deux modes de libération : l'enveloppe de la gélule libère immédiatement une petite quantité de méthylphénidate, suivie d'une libération prolongée ascendante au moyen d'une pompe osmotique contenue dans la gélule (système OROS®). Le pic de concentration plasmatique apparaît donc au bout de 7-9 heures. NB : le générique ne dispose pas de la technique OROS®.
	Méthylphénidate Mylan (18, 36, 52 mg)	Générique	
Dexamphétamine		0,1-0,5 MKJ	Non commercialisé en France, ATU possible
Lisdexamphétamine		30-70 mg/j	Non commercialisé en France, ATU possible

Non-psychostimulants (ES 0,65)

<p>Atomoxetine (Inhibiteur de la recapture de la noradrénaline)</p>	<p>Strattera® (10, 18, 25, 40, 60 mg)</p>	<p>1,2-1,8 MKH</p>	<p>Non commercialisé en France, AAC possible Effets sur 24 heures, efficacité au bout de quelques semaines</p>
<p>Guanfacine (agoniste alpha2)</p>	<p>Intuniv®</p>	<p>1-5 mg/j</p>	<p>En attente de commercialisation. Nécessite arrêt progressif pour éviter rebonds hypertensifs. Non disponible en France</p>
<p>Clonidine (agoniste alpha2)</p>	<p>Catapressan®</p>	<p>0,2-0,4 mg/j</p>	<p>Hors AMM, troisième ligne ; effets sur impulsivité/hyperactivité ; intérêt en cas de tics/troubles du sommeil. Nécessite arrêt progressif pour éviter rebonds hypertensifs.</p>

Prévention



Facteurs périnataux



Interventions précoces



Formes légères



Prévention secondaire (complications)



Lutte contre la stigmatisation

TDAH Enjeu de santé publique : Stratégie nationale TND



Formation

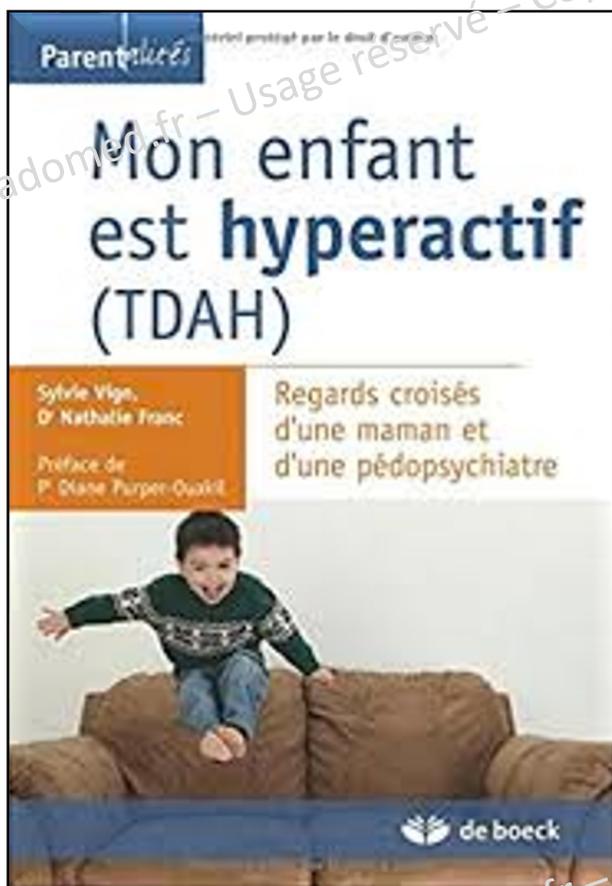


Accessibilité
Organisation des soins

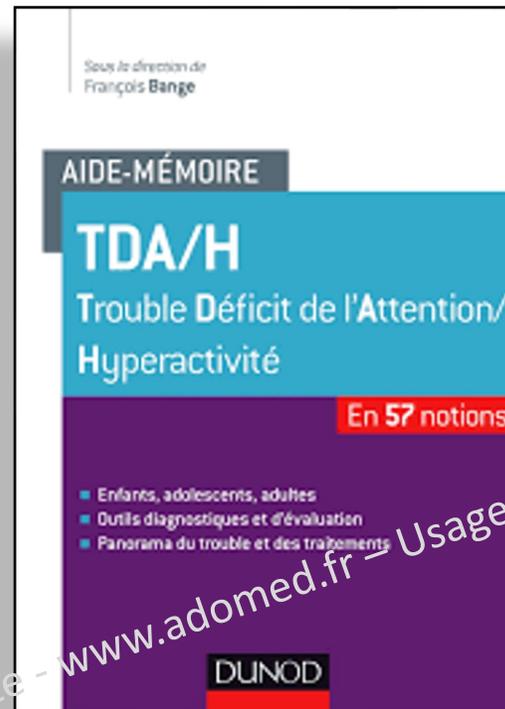
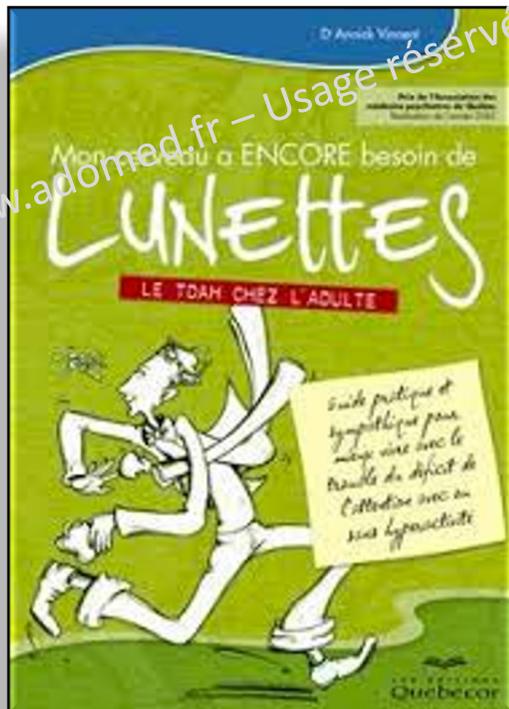


Représentations
sociales

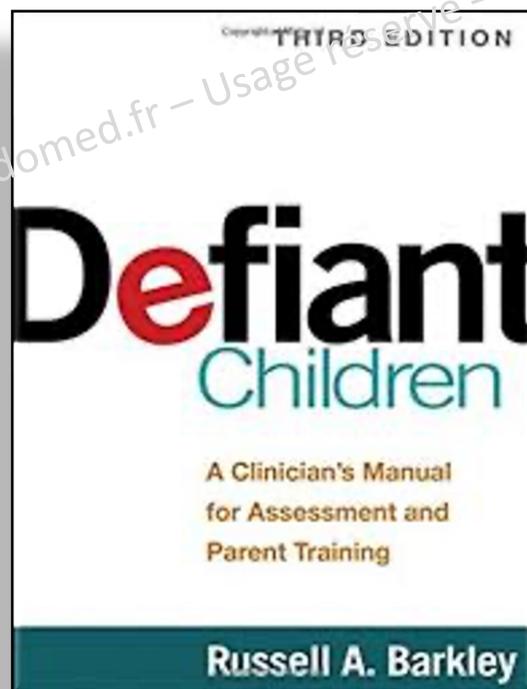
Ouvrages (enfants/adolescents)



Ouvrages (adultes)



Guides



**Merci pour
votre attention**

