



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille

QUESTIONS / RÉPONSES

SOMMAIRE

LE TDAH

Qu'est-ce le TDAH ? Peut-il être qualifié de maladie ?	2
A partir de quel moment peut-on parler de TDAH et à partir de quand faut-il le prendre en charge ?	2
Un enfant souffrant de TDAH, est-ce un enfant turbulent ?.....	3
Quand et comment le TDAH apparaît-il ?	3

REPERAGE ET PRE-DIAGNOSTIC

Comment repérer ce trouble chez l'enfant ou l'adolescent ?.....	3
Pourquoi est-ce un trouble particulièrement complexe à repérer ?	4
<i>Encadré : L'accompagnement de l'enfant et de la famille</i>	

LA PRISE EN CHARGE

Quelle prise en charge adopter lorsque le diagnostic est confirmé ?.....	5
Quelle place pour le médicament méthylphénidate (plus connu sous l'un de ses noms commerciaux Ritaline®)? Est-il trop prescrit en France ?	6
Quelle collaboration peut être mise en place entre le médecin généraliste et les autres professionnels de soins ?	6
Et quelle collaboration entre le médecin généraliste et les professionnels de l'Education nationale ?	7

Chiffres clés :

- ✓ 3.5 à 5.6 % des enfants scolarisés souffriraient de TDAH en France
- ✓ L'âge moyen du diagnostic par un spécialiste se situe à 9-10 ans
- ✓ Répartition des 3 symptômes chez les enfants diagnostiqués : Trouble de l'attention (environ 47%) hyperactivité/impulsivité (environ 36%) et associant les 3 (environ 17%)

Le TDAH

Qu'est-ce le TDAH ? Peut-il être qualifié de maladie ?

Non, le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble, un syndrome associant 3 symptômes, dont l'intensité varie selon la personne :

1. **le déficit de l'attention** (l'incapacité à maintenir son attention, à terminer une tâche, les oublis fréquents, la distractibilité ou le refus ou évitement de tâches exigeant une attention accrue)
2. **l'hyperactivité motrice** (une agitation incessante, l'incapacité à rester en place lorsque les conditions l'exigent)
3. **l'impulsivité** (la difficulté à attendre, le besoin d'agir, la tendance à interrompre les activités des autres)

Le TDAH doit être pris en charge lorsque ces symptômes altèrent de manière durable et significative le fonctionnement social, scolaire et la qualité de vie de l'enfant ou adolescent.

Si des discussions persistent sur le TDAH - aussi bien sur ses origines que sur sa reconnaissance -, la recommandation de la HAS vise à adopter une démarche pragmatique en se concentrant sur les enfants et adolescents en souffrance et en sensibilisant les médecins de premiers recours qui sont en première ligne.

A partir de quel moment peut-on parler de TDAH et à partir de quand faut-il le prendre en charge ?

L'agitation ou le manque d'attention peuvent constituer des traits de caractère habituels chez l'enfant ou des signes réactionnels à un stress particulier, une période de transition,... C'est uniquement lorsque ces symptômes vont constituer un handicap pour l'enfant - que ce soit dans son apprentissage scolaire, ses relations sociales et/ou sa vie quotidienne - qu'il conviendra d'évoquer un diagnostic de TDAH et qu'une prise en charge pourra être envisagée¹. Le TDAH nécessite un suivi uniquement lorsqu'il existe une souffrance chez l'enfant et un retentissement dans sa vie quotidienne qui persistent dans le temps (plus de 6 mois).

La précocité du repérage du TDAH est d'ailleurs cruciale. En effet, un retard diagnostique et/ou une absence de prise en charge peuvent conduire au fil du temps chez l'enfant à une aggravation des conséquences psychologiques (perte de confiance en soi, faible estime de soi), scolaires (redoublements plus fréquents, exclusion scolaire), familiales (conflits familiaux) et sociales (difficultés relationnelles avec les pairs). Il est aussi rapporté un risque accru de troubles oppositionnels (contestation et opposition aux règles), de troubles des conduites (transgression des règles sociales) ainsi qu'un risque de conduites addictives à partir de l'adolescence.

¹ par un médecin spécialiste du trouble ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH (médecin psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, neuro-pédiatre ou neurologue).

Sur le long terme, il existe un risque de répercussions délétères sur la vie entière (difficultés dans les champs de l'emploi et du travail, désinsertion sociale et conduites addictives notamment).

Un enfant souffrant de TDAH, est-ce un enfant turbulent ?

Non. Le TDAH est souvent réduit à l'expression « hyperactivité » induisant qu'il ne s'agit que d'enfants agités ou turbulents. Si l'un des 3 symptômes du TDAH peut effectivement être hyperactivité motrice, on ne peut conclure qu'un enfant « qui bouge » souffre de TDAH. En effet, il peut tout à fait s'agir d'un comportement naturel qui ne provoque pas de souffrance dans le quotidien de l'enfant ou d'un comportement passager ou réactionnel, qui ne correspond pas aux critères diagnostiques du trouble TDAH.

Il est intéressant de signaler que même dans le cas d'enfants diagnostiqués TDAH, le symptôme d'hyperactivité motrice n'est pas celui qui est le plus prégnant. Une enquête avait ainsi pu permettre d'observer que chez les enfants de 6 à 12 ans souffrant d'un TDAH, la majorité d'entre eux (45,5%) présentaient une dominante de symptômes relevant du trouble de l'attention et non de l'hyperactivité motrice (35,9% des enfants présentaient une dominante des symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité et 17,6% une combinaison des 3 symptômes).

Quand et comment le TDAH apparaît-il ?

D'une façon générale, les signes évocateurs d'un TDAH sont majoritairement observés avant 12 ans. Ils sont plus fréquents chez le garçon que chez la fille (2 à 3 garçons pour 1 fille). En effet, la forme avec prédominance du déficit d'attention, de manifestation moins bruyante, bien que fréquente, est moins souvent ou plus tardivement repérée et cette forme est plus souvent observée chez les filles.

Chez l'adolescent, l'inattention persiste et son retentissement est plus important compte tenu de la demande d'attention croissante et de la complexité des tâches dans sa vie quotidienne et notamment scolaire. Si l'hyperactivité motrice tend à s'atténuer avec l'âge, l'impulsivité quant à elle demeure et expose à des conduites à risques.

Repérage et pré-diagnostic

Comment repérer ce trouble chez l'enfant ou l'adolescent ?

Plusieurs difficultés observées par l'entourage ou le personnel scolaire peuvent être à l'origine d'un repérage par le médecin de premier recours.

- ***L'école, un acteur important du repérage***

Le TDAH ayant une incidence scolaire importante, le personnel scolaire (enseignants, médecins scolaires et de l'Education nationale) est souvent en première ligne pour repérer ce trouble souvent associé aux troubles des apprentissages. Certains signes évocateurs de TDAH peuvent être signalés par le personnel scolaire à la famille et au médecin de premier recours : un enfant excessivement rêveur, un manque accru de concentration, un comportement très agité, une difficulté à s'organiser et être autonome ou une difficulté de mémorisation à court terme, une irrégularité des résultats scolaires,...

- ***Le rôle clef du médecin de premier recours***

Par sa proximité et sa connaissance de l'enfant, le médecin de premier recours (le médecin généraliste, le pédiatre...) joue un rôle central dans le repérage de ce trouble. Face aux difficultés exprimées par la famille, il est l'interlocuteur de confiance qui sera le plus à même d'établir un pré-diagnostic.

Le médecin peut suspecter un TDAH face aux trois principaux symptômes (le trouble de l'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité) ou à d'autres difficultés associées comme les troubles de l'apprentissage (par exemple la dyslexie), les difficultés d'endormissement ou encore les difficultés relationnelles avec les pairs. D'autres problèmes peuvent être ressentis par l'enfant lui-même comme par exemple les difficultés à établir des liens d'amitié, les conflits fréquents avec les parents ou une faible estime de soi.

Face à ces signes, et avant d'évoquer un pré-diagnostic de TDAH, il est important de prendre en compte leur durée (plus de 6 mois), leur fréquence, le retentissement sur la vie de l'enfant, et la survenue de ces signes dans plusieurs milieux de vie. Le contexte de la vie de l'enfant (situation familiale, contexte social, situation de violence etc..) est aussi un élément à prendre en compte.

o **L'entretien clinique pour évaluer la souffrance**

L'entretien clinique et l'examen clinique permettront ensuite d'orienter si besoin l'enfant vers un médecin spécialiste du trouble² capable de confirmer ou non le diagnostic de TDAH. Ils ont pour objectif d'étayer les hypothèses du médecin. Ces entretiens pourront préciser les plaintes et les difficultés, évaluer la souffrance de l'enfant et de la famille et permettre de recueillir des informations sur le contexte social de l'enfant et sur son processus d'apprentissage. Ces entretiens doivent aborder les différentes sphères de la vie de l'enfant : le comportement de l'enfant, les antécédents médicaux (familiaux, psychologiques, obstétriques etc.), les relations au sein de la famille, l'environnement social et scolaire de l'enfant.

Il est recommandé de dédier une ou plusieurs consultations à ces entretiens avec la famille mais aussi avec l'enfant seul si possible, d'autant plus s'il s'agit d'un adolescent. Cela permet lors de l'entretien de se concentrer davantage sur le ressenti de l'enfant, sa perception de la situation, la recherche de troubles psychologiques associés et d'éventuels comportements addictifs, en particulier chez l'adolescent.

Pourquoi est-ce un trouble particulièrement complexe à repérer ?

Le TDAH est un trouble difficile à repérer pour différentes raisons, ce qui conduit souvent à un retard - voire à une absence - de diagnostic et de prise en charge.

Tout d'abord, on constate que les professionnels de santé sont peu ou pas formés à ce trouble, et ont souvent des difficultés pour répondre aux questions des familles, apporter un soutien à l'enfant et l'orienter vers une prise en charge adaptée.

En deuxième lieu, le diagnostic est complexe pour différentes raisons. Il n'y a pas de signe neurologique ou physique propre au trouble, et l'expression du TDAH est variable : entre les 3 symptômes (avec des manifestations plus ou moins bruyantes, surtout dans le cas du trouble de l'attention) et dans le temps (avec notamment l'existence de périodes d'amélioration).

Les difficultés observées chez les enfants et adolescents sont également très variées et aucune n'est non plus, à elle seule, spécifique du TDAH. Pour pouvoir parler de TDAH, on doit constater un cumul de difficultés dans différents milieux de vie (scolaire, familial, extrascolaire,...). Ces difficultés rencontrées par l'enfant et l'adolescent souffrant de TDAH sont en outre également variables selon l'âge, évoluent avec le développement, et s'expriment différemment en fonction des exigences scolaires, du contexte environnemental ou de la motivation de l'enfant.

Enfin d'autres pathologies présentent des signes proches ou apparentés à ceux du TDAH, ce qui complexifie encore davantage le diagnostic : les troubles des apprentissages, du comportement, la précocité intellectuelle, les troubles anxieux, la dépression, la maltraitance, les troubles du spectre autistique,...

Seule une évaluation rigoureuse - confirmée par un médecin spécialiste du trouble - permet de ne pas passer à côté d'un TDAH mais aussi d'éviter d'éventuels sur-diagnostic.

² Médecin spécialiste ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH ; ce peut être un médecin psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, neuro-pédiatre ou neurologue.

L'accompagnement de l'enfant et de la famille

Confrontée aux difficultés du quotidien, la famille se sent souvent responsable voire coupable des difficultés éprouvées par l'enfant. C'est pourquoi il est essentiel que la famille soit informée et impliquée par le médecin de premier recours à chaque étape du diagnostic. Cet accompagnement est décisif dans l'évolution des symptômes du trouble de l'enfant.

Lorsque le médecin soupçonne un TDAH chez l'enfant, son rôle est d'orienter l'enfant et sa famille vers un spécialiste du trouble, qui pourra confirmer ou non le diagnostic. Dans l'attente d'une confirmation de ce pré-diagnostic, le médecin peut informer les familles sur les différents types de prises en charge disponibles, leur proposer des conseils pour gérer les difficultés et les orienter éventuellement vers des associations de parents. Parmi les conseils et stratégies à appliquer au quotidien, quelques exemples : donner une consigne à la fois, donner des responsabilités à l'enfant, l'encourager, utiliser des routines et repères temporels, mettre en place des moments de pause en cours d'activité et établir des règles claires dans des temps limités.

Il est aussi important de planifier des consultations régulières avec l'enfant et sa famille pour observer l'évolution du trouble. Une prise de contact avec les professionnels du milieu scolaire est aussi recommandée pour que la prise en charge soit complète.

La prise en charge

Quelle prise en charge adopter lorsque le diagnostic est confirmé ?

Une fois le diagnostic posé par le spécialiste du trouble³, la prise en charge doit être globale et adaptée aux symptômes de l'enfant et à leur sévérité. Cette prise en charge a pour objectif d'agir à la fois sur les symptômes du TDAH, sur les comorbidités associées et elle comporte une information et des conseils destinés à la famille. Il est d'ailleurs important de rappeler que plus la prise en charge est précoce plus elle permet de prévenir l'apparition de certains troubles associés.

o **Les différentes approches**

La prise en charge non médicamenteuse est primordiale, elle peut être déclinée selon différentes mesures psychologiques, éducatives et sociales.

Parmi ces mesures, les modalités cognitivo comportementales visent à aider l'enfant à améliorer son attention et contrôler son impulsivité. Elles se composent de plusieurs techniques dont les thérapies cognitivo comportementales (TCC) mais aussi, le programme de renforcement des compétences familiales pour aider les parents à mieux gérer le comportement de leur enfant, les techniques de rééducation (souvent menée par des neuropsychologues) pour améliorer ses compétences cognitives et les groupes d'affirmation de soi pour aider l'enfant dans ses relations sociales.

L'approche psychodynamique quant à elle ne constitue pas un traitement spécifique du TDAH et se focalise sur la dynamique familiale. Par exemple, les consultations thérapeutiques entre parents enfants et pédopsychiatre ou psychologue visent à soutenir le travail psychique de l'enfant en s'intéressant à ses symptômes dans le fonctionnement global de l'enfant.

La prise en charge médicamenteuse par le méthylphénidate n'est pas systématique, elle est indiquée dans le cadre d'une prise en charge globale du TDAH, lorsque les mesures non médicamenteuses se sont révélées insuffisantes et en complément de ces mesures. Cette prescription doit se fonder sur une évaluation rigoureuse de la sévérité, de la fréquence des symptômes et de leur retentissement sur la vie de l'enfant, en tenant compte de l'âge de l'enfant.

Ainsi, la prise en charge du TDAH est avant tout « multimodale », en combinant différents traitements non médicamenteux et voire si besoin médicamenteux. Cette approche plurielle s'avère plus efficace pour traiter l'ensemble des symptômes et agir sur leur impact dans les différents domaines de vie de l'enfant.

³ Médecin spécialiste ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH ; ce peut être un médecin psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, neuro-pédiatre ou neurologue.

- **Intégrer l'école à la prise en charge**

En parallèle, lorsqu'un pré-diagnostic de TDAH est établi par le médecin de premier recours, pour accompagner au mieux l'enfant, il est important de mettre en lien l'enseignant, la famille et les soignants éventuellement par l'intermédiaire du médecin scolaire. En effet, des aménagements pédagogiques adaptés à chaque enfant sont souvent très utiles à la prise en charge. Ces aménagements peuvent être d'ordre éducatif (valoriser l'enfant, lui donner des « missions » par exemple) ou d'ordre pédagogique (donner des consignes courtes et claires, proposer un exercice à la fois). Il est donc recommandé de préparer l'arrivée de l'élève et d'expliquer les spécificités du trouble auprès de l'équipe éducative.

- **Evaluer l'efficacité de la prise en charge**

L'efficacité de cette prise en charge se vérifie sur plusieurs critères : les symptômes du TDAH, les difficultés scolaires, les comportements psychosociaux et les éventuels retentissements familiaux. Le suivi du spécialiste combiné à celui du médecin de premier recours permet d'évaluer l'évolution des symptômes et d'adapter si besoin les traitements associés.

Tout au long de cette prise en charge, le suivi de l'enfant doit être régulier quel que soit son traitement, avec ou sans médicaments. Ce suivi est organisé par le spécialiste en collaboration avec le médecin de premier recours et éventuellement avec les autres professionnels du champ de la santé impliqués dans la prise en charge du trouble et de ses comorbidités (orthophoniste, psychologue, psychomotricien clinicien, etc.).

Quelle place pour le médicament méthylphénidate (plus connu sous l'un de ses noms commerciaux Ritaline®)? Est-il trop prescrit en France ?

En France, le méthylphénidate est le seul médicament disponible à ce jour et indiqué pour le traitement pharmacologique du TDAH (noms commerciaux : Ritaline®, Concerta® et Quasym®).

Ce médicament n'est recommandé qu'en seconde intention lorsqu'une prise en charge psychologique, éducative et sociale s'avère insuffisante. Il doit en outre être intégré dans une approche personnalisée à chaque enfant et être prescrit en complément d'une thérapie non-médicamenteuse.

La prescription de ce médicament est très encadrée en France. A la différence notamment des pays anglo-saxons, la première prescription n'est possible qu'à l'hôpital par un spécialiste du trouble, et ce pour une durée de 28 jours (une seule dispensation en pharmacie est possible). A l'issue de ces 28 jours, un médecin (spécialiste ou généraliste) évaluera l'efficacité et la tolérance du médicament et choisira ou non de renouveler la prescription pour une nouvelle durée de 28 jours. Le médecin généraliste ne pourra renouveler cette prescription que dans la limite d'une année. Il est enfin recommandé aux médecins de débiter avec la dose la plus faible possible et d'adapter ensuite la posologie en fonction de chaque enfant.

En France, l'utilisation de méthylphénidate reste très limitée comparée à d'autres pays européens ou à l'Amérique du Nord, dans lesquels elle est environ 7 à 48 fois plus élevée qu'en France. Par ailleurs, le nombre d'utilisateurs reste bien inférieur au nombre estimé d'enfants atteints de TDAH en France (environ 10% des enfants souffrant de TDAH).

Quelle collaboration peut être mise en place entre le médecin généraliste et les autres professionnels de soins ?

La coordination avec les autres professionnels du champ de la santé impliqués dans la prise en charge des comorbidités du TDAH est essentielle. Le partage des informations permettra d'évaluer de manière pertinente l'évolution comportementale de l'enfant. L'orthophoniste, le psychologue, le psychomotricien ou encore l'ergothérapeute sont autant de spécialistes capables de renseigner le médecin sur la nature des difficultés de l'enfant, sur l'évolution du trouble et l'efficacité des traitements choisis si nécessaires. Ils sont donc des interlocuteurs privilégiés du médecin dans le suivi de l'enfant.

Et quelle collaboration entre le médecin généraliste et les professionnels de l'Education nationale ?

En parallèle, en collaboration avec les parents, les professionnels de l'Education nationale ont aussi une place centrale dans le travail de suivi mené avec le médecin et le spécialiste du trouble. Il est recommandé que l'enseignant soit informé des difficultés de l'enfant et informé des adaptations possibles pour y remédier.

Leur éclairage sur le parcours de l'enfant apporte une aide cruciale pour la prise en charge. Pour cela un lien doit être noué entre le médecin et le médecin scolaire, l'infirmier(e) scolaire, ou le psychologue scolaire. Tous ces acteurs peuvent se rencontrer dans le cadre d'« équipes éducatives » afin de mettre en place un soutien adapté et favoriser le partage d'informations concernant l'enfant.